

Inspirationsnotat om, hvordan erfaringerne fra det kommunale demensområde kan anvendes på andre områder

Inspirationsnotat om, hvordan erfaringerne fra det kommunale demensområde kan anvendes på andre områder	1
Indledning.....	2
Udviklingen på demensområdet	2
En social- og sundhedsfaglig kontekst.....	2
Den trinvise udvikling	3
Koordinering af indsatsen.....	7
Specialisering på andre kommunale indsatsområder.....	8
Kan erfaringerne fra demensområdet bruges på andre områder?	10
Erfaringerne fra Horsens	10
Århus kommune om specialisering på andre områder.....	12
Konklusioner fra workshoppen.....	13



Indledning

Notatet er et delprodukt i KL's kvalitetsprojekt om demensområdet. Notatet skal bidrage til at skabe videns- og erfaringsdeling på det kommunale social- og sundhedsområde. I notatet sættes der fokus på, hvordan kommunerne er lykkedes med at udvikle organiseringen af demensområdet, som er karakteriseret ved at have fokus på kontinuerlig udvikling af en specialiseret indsats.

KL har i samarbejdet med en række kommuner igangsat et udviklingsprojekt vedrørende demensindsatsen i kommunerne under Det Fælleskommunale Kvalitetsprojekt. Det Fælleskommunale Kvalitetsprojekt består af 18 delprojekter med ledelse, kvalitet i kerneydelser, attraktive arbejdspladser samt dokumentation og styring som hovedtemaer. Det er væsentligt at bemærke, at kvalitetsprojektet er udviklet og gennemføres i tæt samarbejde med kommunerne for at sikre fokus på den kommunale praksis samt sikker forankring i kommunerne.

Demensprojektets primære formål er at formidle og udbrede kommunernes gode erfaringer og resultater samt sætte fokus på den kommende års udfordringer på demensområdet. Det er desuden projektets intention at vurdere, om de gode erfaringer fra demensområdet kan nyttiggøres i forhold til enkelte eller flere andre specialiserede områder. Gennem en systematisk beskrivelse af vejen til den nuværende faglige indsats på ældreområdet vil det være muligt at overføre erfaringer og virkningsfulde tiltag til tilrettelæggelsen af den faglige indsats på andre specialiserede områder - fx funktionshandicappede, rehabilitering, kronikerindsats og bedre akutberedskab på ældreområdet.

Notatet her er resultatet af projektgruppens arbejde med at afdække og beskrive udviklingen på demensområdet samt en afholdt workshop med deltagelse af ledere, specialister og nøglepersoner fra forskellige social- og sundhedsområder, hvor det blev diskuteret, hvordan man kan overføre de gode erfaringer fra demensområdet til andre områder.

Udviklingen på demensområdet

En social- og sundhedsfaglig kontekst

Demensområdet er karakteriseret ved kontinuerligt at have udviklet den specialiserede indsats i takt med nye udfordringer på området. Siden slutningen af 1980'erne har kommunerne haft fokus på, at demensområdet krævede en særlig indsats, idet der var tale om borgere med problemer og behov, som på mange måder var væsentlig anderledes end det traditionelle ældreområde.

Det stod derfor hurtigt klart, at kommunerne på dette område var nødt til målrettet at arbejde med at kortlægge, beskrive og prioritere udfordringerne og derefter udvikle indsatsen og tilbuddene, så de matchede borgernes særlige behov. En af de første væsentlige erfaringer var, at på dette område er det ikke tilstrækkeligt alene at tænke i traditionelle socialfaglige løsninger. For at kunne udvikle nødvendige faglige kompetencer og målrettede tilbud skulle der tænkes i tværfaglige løsninger. Demensområdet er derfor i dag kendetegnet ved at være det første kommunale indsatsområde inden for ældreplejen, hvor diagnosen er kommet i fokus.

På alle andre områder har de kommunale indsatser på ældreområdet været kendetegnet ved at tage afsæt i sociallovgivningens intentioner, hvor der fokuseres på borgernes funktionsniveau og funktionstab. Indsatsen tilrettelægges som følge heraf, så den enten udvikler, vedligeholder eller kompenserer borgernes funktionstab. Det er i den sammenhæng mindre væsentligt, hvilken årsag der er til det erhvervede funktionstab.

På demensområdet er det imidlertid af stor betydning at have fokus på diagnosen. Dels kan diagnosen fortælle meget om, hvordan sygdommen vil udvikle sig, og hvilke særlige behov, der kendetegner sygdomsforløbet. Dels kan symptomer på demens være identiske med symptomer på andre og mindre alvorlige sygdomme som fx væskemangel, infektionssygdomme og depression. Endelig er der i løbet af årene udviklet forskellige behandlingsmuligheder til borgere med demens, og selvom ingen behandling kan helbrede, kan behandlingen forsinke følgerne af sygdommen, hvorfor behandling skal iværksættes så tidligt som muligt på baggrund af diagnosen.

Den tidlige erkendelse af, at demensområdet skulle udvikles med afsæt i både en socialfaglig og en sundhedsfaglig kontekst har således haft stor betydning for en vellykket udvikling af et specialiseret indsatsområde.

Den trinvis udvikling

De første specialister

Den første store udfordring handlede om at skabe de fornødne faglige kompetencer – ikke blot i forhold til at varetage den daglige pleje samt omsorgs- og aktivitetssydelserne, men i høj grad også i forhold til at kunne producere beslutningsgrundlag til at håndtere den hastigt stigende udfordring.

Hele udviklingsforløbet blev i høj grad båret af engagerede medarbejdere og ledere, som målrettet gik i gang med at kortlægge og beskrive udfordringerne og samtidig tilegne sig viden om demenssygdommene og de indsatser, der kunne støtte og lindre borgerne i deres sygdomsforløb.

Det stod hurtigt klart, at behovet for faglig kompetenceudvikling var meget stort, og at der ikke eksisterede etablerede undervisningstilbud, hverken natio-

nalt eller internationalt. Pionererne i indsatsen måtte på egen hånd finde ny viden, og der blev hentet inspiration og viden fra både den sociale, den sundhedsfaglige og den pædagogiske verden.

Tidligt i udviklingsforløbet blev der etableret forskellige faglige fællesskaber, hvor de kommunale demenskonsulenter/-koordinatorer, etablerede netværk på tværs af kommunerne, og disse netværk har i alle årene haft stor betydning og været meget synlige i demensindsatsen.

Det første trin bestod altså i at udvikle specialistfunktionen som demenskonsulent/-koordinator, og i dag har så godt som alle kommuner demenskonsulenter/-koordinatorer, som udgør kernen i det kommunale demenstilbud.

Kompetenceudvikling i organisationen

En fælles opgave for landets demenskonsulenter var at sætte fokus på behovet for at kompetenceudvikle bredere i organisationen. Erfaringerne viste hurtigt, at antallet af borgere med demens var betydeligt større, end hvad en enkelt specialist kunne varetage i sit daglige virke. Det næste trin bestod derfor i at kompetenceudvikle på flere niveauer i organisationen for at sikre en større bredde i, hvilke medarbejdere der kunne varetage de særlige pleje- og omsorgsopgaver.

Den brede kompetenceudvikling skete dels internt i organisationen, men også eksternt skubbende demenskonsulenterne på for at få udviklet målrettede efteruddannelses tilbud indenfor ældreområdets forskellige faggrupper. Og i dag er der for alle faggrupper etableret forskellige former for efteruddannelses tilbud, der strækker sig fra få dages kursus og op til diplomniveau. KL's kortlægning af demensområdet viser, at langt hovedparten af alle ældreområdets medarbejdere i dag har større eller mindre efteruddannelse i demens.

Konceptet med at sikre stor bredde i gruppen af medarbejdere, som opnår særlige kompetencer og stor bredde i de faglige kompetencer inden for specialitet er et vigtigt bidrag til områdets udvikling. Dels er det urealistisk, at der vil være ressourcer til i omfattende grad at uddanne specialister på demenskonsulentniveau. Dels medfører specialister stor grad af fragmentering i indsatsen for den enkelte borger.

Med den nuværende kompetencefordeling vil en stor gruppe medarbejdere kunne håndtere langt hovedparten af pleje-, omsorgs-, og aktivitetsopgaverne og dermed skabe kontinuitet og sammenhæng i det enkelte borgerforløb. Demenskonsulenten/-koordinatoren bliver på den måde specialisten, som kan træde til med sparring og ny viden, når dette er nødvendigt, men han/hun er ikke den primære person i borgerens hverdagsliv.

En anden væsentlig gevinst i denne måde at organisere indsatsen på har været, at demenskonsulenterne også løbende har kunnet udvikle egne faglige kompe-

tencer i takt med nye udfordringer og problemstillinger og i takt med, at der nationalt og internationalt er sket et stort udviklingsarbejde på demensområdet.

Det politiske fokus

I begyndelsen og midt i 1990'erne havde de kommunale demenskonsulenter/-koordinatorer indhentet en god portion ny viden og erfaringer og kunne dermed begynde at danne sig et overblik over de væsentligste udfordringer og udviklingstendenser inden for demensområdet.

Det resulterede i en række forskelligartede politiske beslutningsgrundlag, som havde stor betydning for den videre udvikling på demensområdet. Der blev eksempelvis truffet beslutninger om at etablere særlige tilbud til borgere med demens både i forhold til botilbud og dag-, aflastnings-, og aktivitetstilbud.

Det politiske arbejde med demensområdet har løbende udviklet sig og i dag har ca. 70 % af kommunerne besluttet en egentlig demenspolitik. Hertil kommer, at mange kommunale ældrepolitikker indeholder særlige afsnit om demensområdet¹. I alle kommuner er der således stor politisk interesse i og vilje til at udvikle demensområdet og arbejde målrettet for at sikre gode og faglige kompetente tilbud til borgere med demens.

De særlige og målrettede tilbud

De særlige tilbud på demensområdet har ligesom de faglige kompetencer udviklet sig løbende gennem årene.

I de fleste kommuner var de første målrettede tilbud ”skærmede enheder”, som var botilbud, der såvel fysisk som indholdsmæssigt rettede sig mod de særlige behov, som kendetegner borgere med demens. Den største gruppe, og i begyndelsen af 1990'erne den eneste, var borgere med Alzheimers sygdom. Alzheimers sygdom resulterer bl.a. i, at borgerne har en meget dårlig korttidshukommelse og ofte en stor grad af forvirring. Dette resulterer i, at borgerne har meget svært ved at finde rundt på et plejecenter og ikke kan finde egen bolig. Derfor går de ofte ind i andres boliger og kan finde på at lede efter, anvende og fjerne ting, som tilhører andre borgere. En adfærd som mødte stor frustration og vrede fra andre medbeboere og pårørende og resulterede i meget uheldige sammenstød. De skærmede enheder havde derfor bl.a. det formål, at de kunne afskærme og beskytte den demente borger og dermed forebygge konflikter. Samtidig gav nogle nye organisatoriske muligheder for at skabe særlige kompetenceudviklingsforløb for den gruppe af medarbejdere, som var beskæftiget i de skærmede enheder.

Udviklingen frem til i dag har vist, at i takt med, at flere og flere borgere på landets plejecentre har Alzheimers eller lignende demenssygdomme, er der skabt så mange kompetencer blandt medarbejderne, at demensindsatsen i dag sker i hovedparten af alle plejeboliger. Det anslås, at mere end 65 % af borger-

¹ KL's kortlægning om demensområdet, 2008

ne i de almindelige plejeboliger har en demenssygdom, og dermed er det ikke længere meningsfuldt at arbejde med få meget specialiserede tilbud til denne gruppe.

Til gengæld har kommunerne nu fået nye og store udfordringer med en anden gruppe af demente borgere, som har en særlig problematisk adfærd, karakteriseret ved meget støjende adfærd, vrede og aggressivitet. Med den etablerede organisering af demensområdet har det været muligt løbende at arbejde med at tilpasse tilbud og kompetencer til den nye målgruppe af borgere. En stor del af de skærmede enheder anvendes således i dag specifikt til borgere med særlige problemer som følge af deres demens, og der arbejdes på højtryk med at uddanne medarbejderne i de skærmede enheder til at varetage disse nye og meget specialiserede opgaver.

I dag har langt hovedparten af kommunerne udviklet en parallel demensorganisation på ældreområdet, hvor de generelle tilbud på ældreområdet har en "lillesøster" i form af et begrænset antal tilbud til borgere med demens. Det gælder eksempelvis inden for botilbud, dagtilbud, aktivitetstilbud og aflastningspladser. Herudover er der i mange kommuner oprettet specialiserede tilbud til pårørende til demente, fordi pårørende til demente har særlige behov for støtte, rådgivning og vejledning.

Eksterne samarbejdspartnere

Gennem alle årene med udvikling af de kommunale tilbud på demensområdet har der været et udpræget behov for at skabe og sikre et godt samarbejde med det regionale sundhedsvæsen. Dels har der været et stort behov for kontinuerligt at erhverve ny viden om sygdommen, og dels har der været behov for at samarbejde om at sikre borgerne udredning, diagnosticering og behandling.

I begge sektorer har der igennem årene været en oplevelse af, at det til tider har været meget vanskeligt at få sat den rette dagsorden på demensområdet. Der har været og er fortsat, om end i betydelige mindre omfang, tabu om det at have en demenssygdom. Det har resulteret i, at oplysning og opsporing har været et højt prioriteret, men også vanskeligt, indsatsområde. Hertil kommer, at sygdommen i mange år blev opfattet som ubehandlelig og dermed medicinsk ikke højt prioriteret.

I dag ser verden anderledes ud, idet der er kommet et betydeligt større fokus på demensområdet og dermed også en større efterspørgsel på specialisternes kompetencer i begge sektorer. Specialisterne i de to sektorer har nu igennem mange år samarbejdet om indsatsen på demensområdet, og samarbejdet har resulteret i en lang række gode historier om samarbejde på tværs af sektorerne. Et samarbejde som kan være forbillede for mange andre kommunale indsatsområder.

Der er i dag i langt hovedparten af kommunerne aftale om et formelt samarbejde om indsatsen på demensområdet mellem region og kommuner. Samar-

bejdet er i de fleste kommuner skåret over samme model og metode og kaldes slet og ret ”samarbejdsmodellen”². Modellen har medført et godt samarbejde, som omhandler faglig udvikling, sparring, opsporing, udredning, og behandling samt pårørendesamarbejde.

Der er ingen tvivl om, at kommunernes prioritering af at uddanne særlige specialister, som både har sundhedsfaglige og socialfaglige kompetencer her medvirket til, at der i dette samarbejde er opnået anerkendelse af den kommunale indsats.

Koordinering af indsatsen

I takt med, at antallet af borgere med demens er steget, har kommunerne udviklet en vifte af tilbud og et styrket samarbejde med regionerne. Det har betydet, at der er opstået et meget synligt behov for koordinering af den specialiserede indsats.

I mange kommuner er denne særlige indsats koblet op på den særlige funktion som demenskoordinator, i andre kommuner er opgaven med at sikre koordinerede demensforløb en del af demenskonsulentens arbejdsområde³.

Som i alle andre komplekse sagsforløb med mange involverede aktører og komplekse problemstillinger er der behov for at sikre koordinering. På demensområdet har det vist sig, at koordinering kræver, at den koordinerende person både skal have stor viden om demenssygdomme, om borgernes særlige behov samt om kommunens forskellige tilbud på demensområdet og tilknyttede funktioner.

Fælles for både koordinator- og konsulentfunktionen gælder endvidere, at der er behov for en række personlige kompetencer for at sikre høj kvalitet i opgaveløsningen. Medarbejderen skal eksempelvis være i besiddelse af en god portion empati, gode mundtlige og skriftlige kommunikationskompetencer, samt være vedholdende og meget målrettet i sit arbejde.

² www.servicestyrelsen.dk/wm139731

³ Eksempler på funktionsbeskrivelser kan findes på www.kl.dk/demens

THE COORDINATORS



Specialisering på andre kommunale indsatsområder

Der findes talrige eksempler i den kommunale praksis på indsatsområder, hvor der vurderes at være behov for en specialiseret indsats både i form af særlige faglige kompetencer og særlige målrettede tilbud.

Behovet for specialisering kan dels have afsæt i særlige sygdoms- eller handicapgrupper, som fordrer særlige faglige kompetencer. Men også på områder, hvor der kontinuerligt sker faglig udvikling, der løbende skal implementeres som ny praksis, som det eksempelvis er tilfældet på sårplejeområdet.

Et andet væsentligt kendetegn for indsatser, der kræver særlig specialistkompetencer er komplekse borgerforløb med sammensatte behov. Den koordinerende indsats i disse forløb er helt afgørende for en succesfuldt forløb. Og den koordinerede indsats kræver en høj grad af specialiserede kompetencer og viden hos den person, som skal sikre koordineringen.

På sundhedsområdet er der i dag særligt stort fokus i forhold til indsatsen på en række af de nye ansvarsområder, som kommunerne overtog med reformen 1. januar 2007. Mange kommuner arbejder i dag med specialistfunktioner på eksempelvis kronikerområdet og mere specifikt på diabetes- og KOL-området.

På det traditionelle hjemmesygeplejeområde arbejdes der endvidere med specialister inden for eksempelvis sårpleje, inkontinens og palliation.

På socialområdet kendes specialisatorråderne bl.a. på misbrugsområdet, hvor kommunerne også vælger at organisere indsatsen omkring få personer med særlige kompetencer. Herudover er der tradition for at etablere meget specialiserede botilbud til fx borgere med autisme.

I forbindelse med KL's kortlægning af hjemmesygeplejeområdet i 2007 blev der sat særlig fokus på den kommunale udvikling af specialer og specialister, hvilket bl.a. blev beskrevet i et KL-notat om specialisering⁴.

Fælles for de mange forskellige områder, hvor der vurderes at være behov for specialisering gælder, at den store udfordring ofte består i at sikre koblingen i praksis mellem specialistkompetencen og de konkrete arbejdsopgaver over for borgeren. Spørgsmålet er, hvordan man sikrer, at borgere med behov for specialiseret pleje og omsorg rent faktisk også i en travl hverdag med mange funktionelt differentierede enheder kobles til de rigtige specialister?

En generel ulempe ved specialisering er, at specialiseringen i sig selv skaber merarbejde i form af et øget behov for koordination, men særligt gør det sig gældende, når specialistkompetencerne er placeret i hver deres funktionelle enhed. Dette skyldes, at jo flere aktører, der er involveret i borgerforløbet, jo større krav stiller det til at sikre koordination og sammenhæng i forløbene. Selvom fordelene ved specialisering realiseres bl.a. ved en fordybelse i enkeltprocesser og enkeltdele, er der således en risiko for, at dette sker på bekostning af overblikket over helheden.

En anden ulempe vedrører forandring: En højt specialiseret organisation er effektiv, så længe den skal gøre lige præcis det, den er designet til – og intet andet. Det øjeblik der er behov for justering, enten på grund af ændringer i arbejdsmængden, eller -typen, så er en højt specialiseret organisation mindre fleksibel og derfor langt sværere at forandre og omstille.

Man kan overordnet tale om tre specialiseringsmodeller:

1. Direkte specialiseringsmodeller baseret på horisontal fagspecialisering, hvor specialister anvendes som supplement til generalisterne i det udførende led. Her bibeholdes en gruppe af rene generalister, og der videreuddannes en gruppe af mere eller mindre specialespecifik-

⁴ KL, "Inspirationsnotat. Specialisering i hjemmesygeplejen – fremtidens udfordringer og muligheder", 2007, www.kl.dk/hjemmesygepleje.

- ke specialister der kan supplere disse, der hvor det skønnes nødvendigt.
2. Indirekte specialiseringsmodeller, hvor kommunerne selv eller i samarbejde med sekundærsektoren opbygger specialistfunktioner, hvor specialisternes rolle bliver den løbende sparring, rådgivning og vidensdeling i relation til den øvrige kommunale organisation. I denne vertikale specialiseringsmodel kan specialisterne både befinde sig i særlige adskilte funktioner, eller der kan være tale om, at specialisterne indgår i driften samtidig med, at de har rollen som faglig ansvarlig specialist på et givent område.
 3. Integreerede specialiseringsmodeller, hvor specialistkompetencen forankres hos generalister (her videreuddannes alle eller nogle af medarbejderne) til at varetage generelle såvel som specialiserede opgaver. Dette er således en variation af den horisontale fagspecialisering, hvor specialisten ikke er et supplement til den generelle opgavevaretagelse, men overtager den samlede opgavevaretagelse hos de relevante borgere.

Kan erfaringerne fra demensområdet bruges på andre områder?

”JA!” var det tydelige svar på Demensprojektets workshop om spørgsmålet. De inviterede fagpersoner fra forskellige hjørner af den kommunale social- og sundhedsverden var enige om, at erfaringerne fra demensområdet med fordel kan anvendes på andre områder.

Erfaringerne fra Horsens

På workshoppen blev deltagerne præsenteret for, hvordan man i Horsens Kommune har anvendt erfaringerne fra demensområdet på en række sundhedsindsatsområder.

I Horsens Kommune har man organiseret indsatsen på demensområdet således, at kommunen har én koordinator og tre konsulenter som er placeret i hver af de tre hjemmeplejedistrikter. I de enkelte plejeenheder er der endvidere udpeget nøglepersoner med særlig faglig viden om demensområdet. Modellen skal sikre, at den faglige viden om demensområdet både sikres på specialistniveauet og tilgår den samlede organisation på et generalistniveau.

Formålet med modellen er veldefineret og beskrives i fem hovedpunkter:

1. Kvalitetsløft – Bruger aspekt
2. Kompetenceløft – Medarbejder aspekt

3. Helhedstænkning – Bruger og pårørende
4. Udviklingsaspekt: Ny viden
Ny lov
Ny praksis
5. Tidlig opsporing og sundhedsfremme

Demenskoordinatorens funktionsområde beskrives i følgende hovedpunkter:

Kompetenceudvikling

- Alle medarbejdere har 2 dages obligatorisk undervisning
- Alle i demensenhed har 14 dages obligatorisk undervisning
- Alle konsulenter har gennemført specialistuddannelse i demens

Netværk for pårørende

Hver måned mødes ca. 25 pårørende (åben og rullende indlæg)

Månedlige møder med demenskonsulent

- Ny viden – ny lovgivning
- Tilrettelægge kompetenceudvikling/undervisning
- Rådgive i svære og komplicerede sager

Demenskonsulenternes funktionsområde beskrives i følgende punkter:

- Demensudredning
- Underviser nøglepersoner
- Underviser hjælpegrupper
- Faglig rådgivning i konkrete sager

Nøglepersonernes opgave er først og fremmest sparring for kolleger og:

- At sikre brugere optimal pleje, behandling og helhed
- At sikre sundhedsfremmeperspektiv
- At sikre og fremme tidlig opsporing

På sundhedsområdet i øvrigt har Horsens Kommune valgt at anvende samme model på følgende områder:

- Inkontinensområdet
- Palliationsområdet
- Hygiejne/MRSA området

- Diabetesområdet
- Psykiatriområdet

Århus kommune om specialisering på andre områder

Fra udviklingskoordinator Ellen Madsen, Århus Kommune, fik deltagerne et oplæg med eksempler på sociale indsatsområder, hvor erfaringerne fra demensområdet med fordel kan anvendes.

I oplægget blev der indledningsvis sat fokus på behovet for at styrke den specialiserede indsats inden for andre kommunale indsatsområder. Særligt inden for områderne misbrug, psykiatri og senhjerneskade er det aktuelt et stort og stigende behov for udvikling og koordinering.

Ellen Madsen fremhævede efterfølgende særligt enkelte elementer i specialiseringen på demensområdet, som bør indgå i en specialisering på andre områder:

- Synliggørelse af formål og rammer
- Tage udgangspunkt i borgeren
- Udpræget samarbejde og opbakning på alle niveauer og på tværs af faggrænser

En anden væsentlig pointe i oplægget var, at specialisering positivt medvirker til at fokusere indsatsen i forhold til målgrupper og den enkelte borgers særlige behov.

I praksis er der i dag mange yngre borgere, som modtager hjælp fra det kommunale ældreområde (hjemmeplejen). I denne sammenhæng er det væsentligt at bemærke, at begreberne ældrepleje og ældreområde sender uheldige signaler, hvis man 26 år og ramt af senhjerneskade. I modsætning hertil udsender en specialiseret indsats, hvor man modtager koordineret hjælp fra et team af hjerneskadespecialister og nøglepersoner, positive signaler om seriøsitet og målrettethed.

Afslutningsvis blev der i oplægget lagt vægt på, at der i specialiseringsarbejdet skal fokuseres på følgende formål:

- Høj brugertilfredshed
 - målrettet og individuel tilgang
 - sammenhæng i indsatsen - én indgang
- Bæredygtige kommuner - specialisering
- Optimal ressourceudnyttelse

Ellen Madsen afsluttede sit oplæg med at pointere, at vi skal i gang med at implementere denne specialiseringskultur på de væsentligste indsatsområder. Vi skal gøre det ”fordi det skylder vi borgerne og medarbejderne” og

første skridt på vejen er at få bragt det på den kommunalpolitiske dagsorden.

Konklusioner fra workshoppen

I workshoppens drøftelser var der særligt fokus på:

- Betydningen af det politiske ejerskab og interesse for indsatsen
- At den faglige specialistviden skal forplante sig bredt ned gennem organisationen, så specialisterne kan koncentrere indsatsen om sparring, rådgivning, vejledning, koordinering og at tilegne sig ny viden.
- At en kompetent koordinering af de enkelte borgerforløb har meget stor betydning for kvaliteten, både af den enkelte aktørs indsats og den samlede indsats.
- At det skal overvejes, hvilke indsatsområder, der har behov for en lignende organisering. Det kræver både en vis grad af kompleksitet og en vis volumen i opgaveløsningen.

Der var blandt deltagerne bred enighed om, at misbrugsområdet, psykiatrien og senhjerneskeområdet alle er områder, der kan profitere af erfaringerne fra demensområdet.

