



Dato: 02.03.2006

Sagsnr.: 277654

Dok.nr.: 1782662

/BNL /TL

## **Notat vedr. Ny struktur på misbrugsområdet.**

### **RESUMÉ**

Det foreslås, at der fremover skal være 4 rådgivningscentre opdelt i hver to enheder: en modtageenhed og en behandlingsenhed. Endvidere oprettes to dagcentre.

Modtageenheden skal være den professionelle og attraktive indgang til behandlingen for alle stofmisbrugere inklusiv misbrugere af hash og kokain. Modtageenheden udreder, visiterer og yder korterevarende stoffri behandlingsforløb. Alle modtageenhedens ydelser skal være tidsbegrænsede.

Behandlingsenheden skal være det professionelle behandlingssted for den store gruppe af brugere med længerevarende stofmisbrug. Behandlingsenheden skal – suppleret med lægeklinikker m.m. - stå for en højt kvalificeret skadesreducerende behandling til denne gruppe.

De to enheder skal ledes af to teamchefer, som er ansvarlige overfor den fælles centerchef.

Med den nye struktur tilpasses de ydelserne brugerne, ligesom der tages højde for en række visitations-, samarbejds- og kvalitetsproblemer i den eksisterende struktur. Det vægtes særligt

- at forbedre tilbudet til nye misbrugsgrupper (hash og kokain)
- at tilpasse behandlingen til de svage og ældre misbrugere i længevarende substitutionsmedicin
- at udvikle resultatmål, indikatorer og målinger

Samlet set vurderes driften af de fire nye rådgivningscentre at kunne ske inden for den eksisterende budgetramme på funktion 5.45.1.

Implementeringen af den nye struktur forventes at træde i kraft 1. september 2006 og i forbindelse hermed vil der være etårige udgifter til etablering og som følge af en manglende nettobesparelse på Dag- og Døgncenteret Enghaven på ialt 2,2 mill. kr. Disse udgifter finansieres ved kompenserende besparelser på området i 2006.

## SAGSBESKRIVELSE

### 0. Historik

Foregående indstilling blev tiltrådt af direktionen d. 28.11.2006. Her blev der forudsat høring i HSU. På mødet i HSU d. 10.02.2006 blev det vedtaget at fortsætte arbejdet med at iværksætte den nye struktur:

#### **Konklusion**

*HSU har drøftet ny struktur på misbrugsområdet. HSU er enige i, at vi kører videre med den proces, vi er i gang med. Beskrivelser af stillingsindhold/funktioner udarbejdes. HSU er enige i, at medarbejderne inddrages i indholdsdele i processen. HSU er enige i, at vi ikke løser kapacitetsproblemerne på misbrugsområdet med strukturændringen. De ældres misbrugsproblemer følges opmærksomt. Der er enighed om, at formålet ikke er at nedprioritere de ældre misbrugere.*

Der er fremstillet en oversigt - 1784054 – som giver et overblik over ændringerne fra den gamle til den nye indstilling.

### 1. Vision

#### *1.1. At specialisere og tilpasse behandlingen til ændringer i brugernes behov*

Der sker ændringer i brugergruppen, som kræver tilpasning fra behandlingssystemet. En stor gruppe brugere bliver således ældre og svagere. Det øger deres behov for pleje, omsorg og støtte i egen bolig. Det ambulante behandlingssystem må udvikles, så det kan varetage disse behov. Sideløbende skal suppleres med udvikling af plejehjem. Der er masser af gode erfaringer i det nuværende behandlingssystem, der kan medvirke til virkeliggørelsen af denne vision i den nye struktur.

Der sker også ændringer i misbrugets karakter. Med en stigning i antallet af hash- og kokainmisbrugere til 71 % af nyindskrevne brugere, må behandlingssystemet tilpasse sig. Det er brugere, som ikke kan tilbydes substitutionsmedicin, som hidtil har været en bærende søjle i behandlingen. Virkeliggørelsen af denne vision kræver, at de eksisterende erfaringer bliver udviklet og delt. Virkeliggørelsen kræver også helt nye forestillinger og dogmer om behandling.

#### *1.2. At understøtte brugerne til videst muligt omfang af selvhjulpenhed*

Det er en vision, at dogmet om hjælp til selvhjælp bliver styrket og udbredt. I det omfang det er muligt skal brugerne stå på egne ben og integreres i meningsfulde livssammenhænge uden for institutionen. Det bliver institutionens og behandlerens opgave at styrke brugerens kompetence til at klare sig i sammenhænge uden for institutionen. I denne vision ligger også tanken om shared – care, dvs at behandlingssystemet ikke varetager alle opgaver for brugeren, men trækker på de specialiserede ydelser, der er i f.eks. hospitalssystemet.

### *1.3. At skabe helhed for brugeren*

Det er en vision, at skabe mest mulig helhed for brugeren. Det er en udfordring med opdeling i forvaltninger. I det omfang Socialforvaltningen kan sammenlægge de socialfaglige ydelser med behandlingstilbudet for en gruppe brugere, er det dog et skridt nærmere visionen.

### *1.4. At lette tilgængeligheden til behandlingssystemet for brugerne*

Det er en vision, at alle kommunens borgere, som har et misbrug får et reelt tilbud om behandling. For nogle brugere har tærskelen til behandlingen været høj. Det har indtil for nylig gjaldt hashmisbrugere og det gælder stadig misbrugere med anden etnisk baggrund. Det kan være en svær beslutning at tage, og man kan føle sig stigmatiseret. Behandlingssystemet skal være let tilgængeligt og ikke-stigmatiserende.

### *1.5. At styrke mål og dokumentation*

Det er en vision, at fastholde og øge legitimiteten af det sociale arbejde i en tid, hvor krav til dokumenterede resultater vokser. Vi skal kunne tydeliggøre værdien af arbejdet udadtil. Det kræver præcise mål og forbedret dokumentation af resultaterne. Visionen indebærer, at de ”bløde mål” som skadesreduktion og brugertilfredshed kan blive synliggjort. Visionen kan også give forbedret arbejdsklima, når målene bliver synlige.

### *1.6. At udnytte ressourcerne bedst mulig til gavn for brugerne*

Det er en vision at gøre det så godt som muligt. Det lyder jævnt, men det er en krævende vision, når området bliver tilført betydelig flere brugere men ikke flere midler. Visionen kræver, at vi hele tiden formår at nytænke vores måder at tænke ydelser på og organisere arbejdet.

## **2. Eksisterende kvalitetsproblemer**

Den ny struktur skal rette op på en række organisatoriske problemer. Problemerne er forsøgt løst gennem kvalitetsudviklingsprojektet, men der står stadig alvorlige problemer tilbage.

### *2.1 Samarbejdsproblemer mellem rådgivningscentre og ambulatorier*

Der er fortsatte problemer med visitation fra rådgivningscentre til ambulatorierne og fra ambulatorier til lægeklinikker og egen læge. Rådgivningscentrene har visitationskompetencen, men ambulatorierne har også interesser i visitationen.

En ny ledelsesstruktur skal sikre, at disse interesse modsætninger opløses.

Der er fortsatte problemer med at få tilbudt alle brugere en social handleplan og motiveret dem for at tage imod tilbudet.

En ny systematik ved indskrivning i behandlingen skal sikre, at alle brugere får et motiverende tilbud om en social handleplan.

### *2.2 Problemer med tilsanding i systemet*

Dogmet om, at "behandling virker så længe den varer" giver - i samspil med substitutionsmedicinen - en høj grad af fastholdelse i behandlingen. Konsekvensen er, at tilgangen af brugere er større en afgang. Det har betydet konsekvent overbelægning af rådgivningscentrene.

Med den nye struktur skal ambitionsniveauet og normeringen tilpasses realiteten.

### *2.3 Manglende kvalitet i visitationen*

Visitationen til specialinstitutioner og ekstern døgnbehandling har lidt under kvalitetsbrist. Visitationen er nu ved at blive kvalitetssikret.

I den nye struktur skal ansvaret for kvaliteten i visitationer være entydigt og de nye retningslinier være lette at implementere.

## **3. Ny struktur**

### *3.1 Overordnet*

De eksisterende samarbejds-, styrings- og kvalitetsproblemer søges løst i den nye struktur gennem omfattende organisatoriske ændringer. Det foreslås således, at der gennem sammenlægning af fire rådgivningscentre og tre af de eksisterende ambulatorier (Dyveke,

Stæren og X-felt) oprettes fire centre. Centrene skal hver især bestå af to enheder: en modtageenhed og en behandlingsenhed. De to enheder er fordelt på to forskellige lokaliteter (undtaget RC Vest som er særlig stort) og har en ledelse bestående af en centerchef og to teamchefer.

Endvidere skal der oprettes to dagcentre i lokaliteterne for de nuværende ambulatorier Stæren og Enghaven. For Enghavens vedkommende kræver ændringen en ændring i samarbejdsaftalen med Dag- og døgncentret.

Modtageenheden skal fremstå som en professionel og attraktiv indgang til behandlingen for alle stofmisbrugere inklusiv misbrugere af hash og kokain.

Modtageenheden skal yde: modtagelse, udredning, visitation, kortvarig, ambulant, stoffri behandling og tilsyn med stoffri døgnbehandling.

Dertil kommer socialfagligt arbejde med den sociale handleplan, pensionssager og enkeltydelser. Af særlig vigtighed bliver opgaven at sikre et samarbejde med BIF i den nye struktur. Brugere på kontanthjælp vil være tilknyttet begge forvaltninger. Ansvar for et velfungerende samarbejde ligger for Socialforvaltningens vedkommende hos teamchefen i modtageenheden.

Modtageenheden skal kun yde tidsbegrænsede udrednings- og behandlingsforløb.

Behandlingsenheden skal målrette sine ydelser til den store gruppe af brugere i substitutionsbehandling, der ikke er i døgnbehandling. Behandlingsenhederne skal være imødekommende indrettede, så brugerne ikke oplever sig stigmatiserede. Medarbejderne skal besidde en høj grad af professionalisme for at kunne yde en differentieret, skadesreducerende behandling til brugerne.

Behandlingsenheden skal yde: Kvalificeret substitutionsbehandling, sundhedsfaglige ydelser, udgående støttefunktioner (udlevering af medicin, støtte i egen bolig), rådgivning og fleksible pædagogiske/terapeutiske tilbud.

Der skal samarbejdes (shared care) med socialcentre (sygepleje, hjemmepleje), somatiske og psykiatriske hospitaler, kriminalforsorg m.m.

For at sikre sammenhæng skal alle brugere have en behandlingsplan og en kontaktperson / case-manager.

### *3.2 Modtageenheden*

Modtageenheden – som er rådgivningscentrets mindste lokalitet - skal være brugerens entydige indgang til distriktets behandling. Det vurderes, at den hidtidige entydige indgang til behandlingssystemet har været hensigtsmæssig og derfor skal fortsætte. Det gør det lettest for brugeren at orientere sig. Også brugere som tidligere har været i behandling og/eller har afbrudt behandling skal henvende sig i modtagelsescentret.

Modtageenheden vil pr. definition være rettet mod omverdenen. Her vil tendenser indenfor misbrug kunne aflæses og et samarbejde med U-turn og forebyggelsesaktører være oplagt.

Udviklingen af modtageenheden vil også lette en eventuel senere integration af alkoholbehandling i rådgivningscenter regi.

### *3.2.1 Modtagelse*

De eksisterende modtagelser i rådgivningscentrene kan fremstå afvisende grundet sikkerhedshensyn. De nye modtagelser – som kommer til at ligge i en ny lokalitet – skal udadtil være imødekommende og indenfor signalere professionalisme. Brugeren er typisk ambivalent i sin søgen efter behandling og bør gives en tryk modtagelse.

Nødvendigheden af en pæn og åben modtagelse er aktualiseret af et stigende antal misbrugere af hash og kokain; misbrugere som ikke identificerer sig med det klassiske billede af en stofmisbruger. Ved at ændre miljøet for modtagelsen tager behandlingssystemet et vigtigt skridt i tilpasning til de nye tendenser blandt misbrugerne. Et skridt der kommer *alle*, der søger behandling, til gode.

Målsætning: Alle brugere oplever en betryggende og professionel modtagelse.

### *3.2.2 Forbehandling / udredning*

Efter modtagelsen skal brugeren indskrives i behandling. Som konsekvens af behandlingsgarantien skal det ske inden for 14 dage. Behandlingen kan være på en ekstern institution eller det kan være en forbehandling, inklusiv udredning, på modtageenheden. En forbehandling skal maksimalt vare 2 måneder.

I forbehandlingsfasen skal udredes status for misbrug, relevante somatiske og psykiske forhold, relevante sociale forhold og motivation for behandling. På baggrund af status og motivation skal udarbejdes en behandlingsplan. Endvidere skal brugeren tilbydes og motiveres for en social handleplan, som skal udformes, hvis brugeren takker ja.

Under udredningsfasen skal brugeren – afhængig af behov og professionel vurdering – tilbydes substitutionsmedicin og rådgivning. Det skal i den sammenhæng overvejes, hvorledes substitutionsmedicin kan udleveres til brugerne i udredningsfasen, uden at modtageenheden bliver domineret deraf.

Det skal overvejes om man kan arbejde med udredning i grupper, som det kendes fra Holland og som Rådgivningscenter Vest har erfaring med.

Målsætninger: Overholdelse af behandlingsgarantien. Hurtig, professionel udredning. Brugeren bliver udredningsfasen ud. Status er velbeskrevet. Behandlingsplan er udformet. Alle har fået tilbudt sociale handleplaner.

Ved opfyldelse af målsætningerne gives brugeren en oplevelse af effektiv service og behandlingssystemet et fyldestgørende beslutningsgrundlag for visitation til videre behandling.

### *3.2.3 Pension og enkeltydelser*

Modtageenheden varetager pensionssager og enkeltydelser i den tid brugerens sag er her. Det gælder de brugere, der er indskrevet i udredning og ambulans behandling, og de brugere som modtageenheden har visiteret til ekstern behandling (entreprise, kommunal stoffri behandling m.m.). Det skal i den fortsatte implementeringsproces overvejes, hvordan et rationelt samarbejde kan ske på tværs af de to enheder. Det er muligt, at modtageenheden skal trække på behandlingens kompetencer i pensionssager og enkeltydelser.

Centrene afgiver kontanthjælpen til BIF i den nye struktur, men skal fortsat udbetale pension og enkeltydelser. Pensionssagen følger brugeren i både modtage- og behandlingens enheden. Hvad angår samarbejdet med BIF om kontanthjælpssager, er ansvaret placeret hos teamchefen i modtageenheden, for at give en entydig kontakt til BIF.

Målsætninger: Afklaring af forsørgelsesstatus for alle brugere. Flexibilitet og lav ventetid for brugerne. Tilfredshed med samarbejdet fra jobcentre og socialcentre.

### *3.2.4 Visitation*

Visitationen skal ske på grundlag af den status, som udredningen under forbehandlingen har produceret. Visitationen skal kvalificeres ved altid at foretages i et tværfagligt visitationsudvalg. I undtagelses- og akuttilfælde ved drøftelse mellem behandler og formand for visitationsudvalg (teamchefen).

Visitation kan ske til behandlingsenheden, til specialinstitutioner, til døgnbehandling over entreprisepuljen, til kommunale institutioner eller til modtageenhedens ambulante stoffrie behandling.

Målsætninger: En visitation, der opfylder procedurer og krav, som de udvikles i den igangværende kvalitetssikring af visitationen.

### *3.2.5 Stoffri ambulat behandling*

Modtageenheden skal - som supplement til kommunale og private udbydere af stoffri behandling - tilbyde ambulat behandling til misbrugere, som ikke får substitutionsmedicin. Det vil sige opioidbrugere med stoffrihed som mål og misbrugere af stoffer, som ikke kan substitueres (hash, kokain, amfetamin m.fl.) får tilbud om kortvarig stoffri ambulat behandling. Med dette tilbud får en del af brugerne muligheden for at fortsætte i den samme lokalitet og dermed modtage et enhedsmæssigt tilbud.

Modtageenheden skal afgrænse sig fra specialinstitutionernes tilbud ved at definere modtageenhedens behandling som: tidsafgrænset (max 3 / 6 måneder) og struktureret (manual/evidensbaseret). Det er et ”1. trin behandlingsforløb”. Alle behandlingsforløb skal evalueres. Hvis målene for behandling er nået udskrives brugeren, hvis målene ikke er nået skal brugerens visiteres videre.

Det skal understreges, at den stoffri ambulante behandling *ikke* er et tilbud, brugeren automatisk fortsætter i efter udredningsfasen. Der skal en skriftligt begrundet visitation til.

Målsætninger: Brugere ophører med – eller reducerer brugen af – stoffer. Skaderne ved stofmisbruget reduceres. Brugere rehabiliteres.

### *3.2.6 Tilsyn med stoffri døgnbehandling*

Denne ydelse ligger nu i rådgivningscenterregi og skal fremover ligge i modtageenheden, så viden og kompetencer i relation til stoffri behandling samles et sted.

I forbindelse med tilsyn skal også ligge ansvaret for forbehandling og efterbehandling i forbindelse med stoffri døgnbehandling.

Tilsynet skal øge kvaliteten af døgnanbringelser. Resultaterne, af den pågående kvalitetssikring af visitationen, skal implementeres i modtageenhederne. Der skal ske løbende udvælgelse og fravælgelse af døgninstitutioner.



Teamchefen for modtageenheden skal have tilbagevendende møder med de kommunale stoffrie behandlingssteder, så der kan ske en løbende gensidig tilpasning af ydelserne.

Målsætninger: Høj procentdel fuldførte forløb med opnåelse af stoffrihed. Overholdelse af entreprisbudgettet.

### *3.2.7 Behandlingskulturen i modtageenheden*

Modtageenheden må ikke sande til. Derfor skal alle ydelser være tidsbegrænsede, og alle ydelser skal evalueres ved deres afslutning. Nye beslutninger på baggrund af evaluering skal være velargumenterede og nedskrevne. Der skal defineres procesmål omkring tidsfrister og evalueringer. Teamchefen bliver holdt ansvarlig for overholdelse af disse procesmål. Modtageenheden skal have et konstant flow og være udviklingsorienteret.

Det skal understreges, at der er en mening med at sætte tidsgrænser for opholdet i modtageenheden. Når det ikke længere er muligt at substituere for misbruget, skal man nytænke behandlingen. Da er det ikke længere et indlysende dogme, at behandling er godt, så længe det varer. Dogmet bør være, at så længe der er perspektiv med behandlingen, skal den fortsætte. Hvis der ikke er perspektiv med behandlingen, vil en misbruger lige så vel kunne finde ny motivation andre steder end i behandlingen. At være indskrevet uden perspektiv kan være et tomrum og en sovepude. Tidsbegrænsninger er med til at sikre evaluering af behandlingsforløbene og vurdere, om behandling fortsat er aktuel.

Modtageenheden skal være serviceorienteret og have åbent udover nuværende åbningstider i rådgivningscentre. Modtagelsen og den ambulante behandling bør tilbydes i tidsrum, der er praktiske for brugere i arbejde eller uddannelse.

## *3.3 Behandlingsenheden*

Behandlingsenheden vil være rådgivningscentrets største enhed. Her vil den store gruppe af brugere med et længerevarende misbrug få adækvate ydelser. Arbejdet i behandlingsenheden skal tage højde for de ældre stofmisbrugerers status og behov. Kerneopgaven i behandlingsenheden vil derfor være skadesreduktion i form af forebyggelse af social deroute; forebyggelse, lindring og mindskelse af psykiske og somatiske lidelser. Midlerne vil være substitutionsmedicin, sygepleje/sundhedspædagogik, brobygning til relevante instanser og socialfaglig understøttelse af brugerens behov.

### *3.3.1 Substitutionsbehandling*

Substitutionsbehandling er i mange misbruges tilfælde at sammenligne med medicinering af en kronisk lidelse. Der er ikke umiddelbar tiltro – fra nogen parter – til stoffrihed, mens substitutionsmedicin er et af de mest evidente skadesreducerende ydelser overhovedet. Substitutionsbehandlingen – dvs. dosering, udlevering – skal retmæssigt have en central plads i behandlingsenheden.

Brugerne vægter stabilitet og fleksibilitet i udleveringen. Denne interesse skal vægtes så vidt det lovgivningsmæssigt og praktisk er muligt.

Målsætninger: Høj grad af brugertilfredshed med udleveringen. Reduktion af skadevoldende forbrug af stoffer.

### *3.3.2 Sundhedsfaglige ydelser*

Mange brugere har en livsstil med mange sundhedsrisici. Behandlingsenheden skal have indrettet et sygeplejerskerum, hvor brugeren kan få sundhedspædagogiske råd, få foretaget vaccinationer, få tilbud om prævention m.m.

Læge / psykiatrisk konsulent skal bistå med diagnoser og medicinering.

En væsentlig opgave for det sundhedsfaglige personale vil være brobygning til somatiske og psykiatriske hospitaler / tilbud.

Målsætninger: Mindske brugernes somatiske og psykiske belastninger. Opretholde et medicinsk forsvarligt doseringsniveau. Brobygning til eksterne ydelser.

### *3.3.3 Udgående funktioner*

Behandlingsenheden skal sikre, at brugere med ringe mobilitet også får del i ydelserne. Medicinudlevering i egen bolig og støtte i egen bolig er ydelser, som vil blive yderligere efterspurgt i takt med brugergruppens ringere funktionsniveau. Der skal bygges videre på erfaringerne fra ambulatoriernes arbejde med at støtte brugerne i egen bolig.

De udgående medarbejdere skal også gå i dialog med lokalområdet, for at mindske friktionen mellem misbrugere og borgere i øvrigt. Det kan f.eks. være i forhold til en opkøbt stemning omkring kanyler.

En opgave kan også være at være opsøgende i forhold til brugere, der fylder i andre sammenhænge – f.eks. på herberger og natcaféer.

Erfaringer fra støtte- og kontaktpersonordningen på rådgivningscentre er centrale her sammen med erfaringer fra projektet på Vesterbro.

En afgørende vigtig opgave for de udgående medarbejdere er at koordinere arbejdet med socialcentrets hjemmesygeplejerske, hjemmepleje, ergoterapeuter, hjemløsesystemets sygeplejetilbud og boligrådgivere.

Målsætninger: At brugere med ringe mobilitet og ringe motivation for fremmøde får del i samme service som øvrige brugere med de deraf følgende resultater. Sikre samspil med – og brobygning til – socialcentrets ydelser. Reducere skaderne ved misbrugsadfærd for det omgivende samfund.

#### *3.3.4 Socialfaglige ydelser og planer*

Behandlingsenheden skal også varetage pensionssager og enkeltydelser. Det gælder for de brugere, de har i ambulante behandling, og for de brugere, som er på lægeklinik, hos egen læge og på specialinstitutioner (Forchammersvej og Familieambulatoriet).

Behandlingsenheden skal endvidere varetage arbejdet med den sociale handleplan og behandlingsplaner for de brugere, som er indskrevet på enheden. Det betyder, at man sammen med brugeren reviderer planerne i behandlingsenheden, i takt med valgte procedurer og i takt med, at forhold og brugerønsker ændrer sig.

Målsætninger: Lav ventetid på service og afgørelser. Tilfredshed med samarbejdet fra jobcentre og socialcentre. Kvalitet i planer.

#### *3.3.5 Psykosocial understøttelse*

Behandlingsenhedens medarbejdere skal yde rådgivende samtaler i det omfang, det har et behandlingsmæssigt sigte. Det betyder, at samtalerne skal knytte an til behandlingsplanen og understøtte de mål, der er fastlagt heri.

Behandlingsenheden kan udbyde pædagogiske tilbud, der understøtter de overordnede mål med behandlingen. Det bør være tilbud, der fleksibelt ændrer sig over tid i forhold til relevans for brugerne. Det kan være, at en gruppe brugere på et tidspunkt ønsker at arbejde med at kontrollere deres forbrug af hash. Det kan være en gruppe brugere vil arbejde med deres motivation for stoffrihed. Det kan være sundhedspædagogiske aktiviteter. Det kan være pædagogiske aktiviteter, der bygger bro til det omgivende samfund ved at øge brugernes sociale kompetencer.

Det er afgørende, at tilbudene *ikke* træder i stedet for tilbud i omverdenen, men skal øge brugernes evner og interesse i at integrere sig i meningsfulde sammenhænge uden for institutionen.

Målsætninger: Rehabilitering, skadesreduktion.

### *3.3.6 Behandlingskulturen i behandlingsenheden*

Behandlingsenheden skal være imødekommende og professionel. Det er afgørende, at brugerne oplever sig velkomne og ordentligt behandlere. Der skal ikke være dagcentersfunktioner i behandlingsenheden, men der bør selvfølgelig være behagelige og ordentlige ventefaciliteter.

Der er en stor udfordring i at integrere erfaringer fra rådgivningscentre i erfaringerne fra ambulatorierne. De nye behandlingsenheder vil på sin vis være sammenlignelige med ambulatorierne, men med flere brugere, medarbejdere, opgaver og uden dagcentersfunktionen.

For ikke at skabe flaskehalse i serviceringen og for at tage hensyn til brugere, som måtte være i arbejde / uddannelse, bør det overvejes at udvide åbningstiden.

## *3.4 Dagcentre*

Der er behov for dagcenter for misbrugere<sup>1</sup>. Byambulatorierne Støren og Enghaven foreslås omdannet til dagcentre. De er placeret i hver sin ende af byen og vil kunne betjene to distrikter hver.

### *3.4.1 Målgruppen*

Målgruppen er de brugere, som det er meget svært at integrere i de to andre enheder og i det omgivende samfund. Det er ustrukturerede brugere, hvoraf mange af dem vil have dobbeltdiagnoser. Målgruppen vil uden et meget rummeligt dagcentertilbud blive yderligere marginaliseret.

Dagcentrene bør være "visiterede dagcentre", hvor brugerne kun kan komme, hvis de henvist fra et rådgivningscenter. Det giver en tryghed for brugerne, at der ikke kommer for mange overraskelser ind ad døren.

### *3.4.2 Ydelser*

At være tilknyttet et dagcenter bliver at regne for en af ydelserne på behandlingsenheden. Dagcentrene skal ikke have styring med

---

<sup>1</sup> Som det blandt andet fremgår af sektorplanen.

medicin, behandlingsplaner og handleplaner. Indsatsen på dagcentrene har stor behandlingsmæssig betydning, men indsatsen skal ikke ledes af behandlingsplaner men af hensyn til brugernes dagsform, ressourcer og hensyn til fællesskabet.

De væsentligste ydelser er opbygning af netværk, udvikling af sociale kompetencer, omsorg (herunder mad). Ydelserne skal gives i et så trygt miljø som muligt.

### 3.4.3 *Fleksibilitet i omlægningen*

Der har været røre i forbindelse med omlægningen af ambulatorierne

Organisatorisk foreslås dagcentrene knyttet tæt til to rådgivningscentre. For dagcenter Enghavens vedkommende under skyldig hensyntagen til dets status som hørende under en selvejende institution.

Det foreslås, at hvert dagcenter bliver tilknyttet 5 medarbejdere, hvoraf én har funktion af daglig leder. Endvidere anslås det, at 60 brugere vil være en passende brugergruppe til hvert af dagcentrene.

Der har været en del uro omkring omlæggelsen af ambulatorierne. Det har skabt fokus om vigtigheden af at gøre overgangen til den nye struktur så smidig som mulig, særligt for de ældre og svage brugere. Temaet har også haft HSUs bevågenhed, hvor man har konkluderet: *De ældres misbrugsproblemer følges opmærksomt. Der er enighed om, at formålet ikke er at nedprioritere de ældre misbrugere.*

En konkret udmøntning for dagcenterbrugerne vil være:

- De brugere som har brug for dagcentertilbudet skal tilknyttes den behandlingsenhed, der er mest hensigtsmæssig for dem.
- Det skal understreges, at dosering af medicin ikke har noget at gøre med ny struktur.
- Udlevering af medicin og sygeplejefaglige ydelser skal være ydelser, der kan omfattes af en udgående ordning fra behandlingsenheden til dagcentret.
- Brugere, som har fået karantæne for fremmøde ved institutioner i den gamle struktur, kan regne med, at karantænerne ikke forfølger dem ind i den nye struktur.
- Medarbejdere som dagcenterbrugerne kender – det vil sige medarbejdere fra ambulatorierne – skal så vidt muligt gå igen i dagcentrene.

Med opbakning fra medarbejderne på ambulatorierne, bør ovenstående fleksibilitet gøre det muligt at skabe en smidig overgang, også for de svageste brugere.

#### *3.4.4 Målsætninger*

Målsætningen for dagcentrene er, at der er en meget høj grad af brugertilfredshed, højt fremmøde og at opholdet på dagcenteret understøtter målene i behandlingsplanen.

### **4. Organisering i enhederne**

Direktionen har igangsat en proces for målgruppeafklaring og fremtidig teamorganisering for teams på Social- Handicap og Rådgivningscentre. Denne proces skal spille sammen med organiseringen i den nye struktur. Det er derfor ikke muligt på nuværende tidspunkt at fremlægge den endelige organisering for den nye struktur.

### **5. Målstyring**

Målsætningerne for modtageenheden og behandlingsenheden skal operationaliseres i en række resultatmål, subsidiært procesmål.

Erfaringer fra projekt X-felt skal medtænkes. Monitorering med måleværktøjerne ASI (belastningsgrad) og SF26 (selvvurderet helbred) kan være måleredskaber for skadesreduktion, stofbrug og rehabilitering. Sammen med den eksisterende monitorering (Statusforskning, P-data, klientjournalen) kan man opnå en dækkende dokumentation.

I udviklingen af resultatmål og monitoreringsværktøjer skal indgå en pragmatisk afvejning mellem omkostninger i forbindelse med dataindsamling og vigtigheden af data. Princippet skal være "need to know" og ikke "nice to know". Der skal skabes realistiske systemer for feed-back af dokumentationen til ledelse og forvaltning, så monitoreringen bliver brugt i styringen.

Der skal overvejes om et redskab til måling af brugertilfredshed vil være relevant.

### **6. Ledelsen**

Den overordnede ledelse varetages af en centerchef, der fysisk er placeret i behandlingsenheden. Centerchefen er den overordnede ansvarlige i forhold til budget og resultatmål overfor forvaltning og myndigheder.

Modtage- og behandlingsenheden skal begge have tilknyttet en teamchef, der leder teamenes daglige arbejde og sikrer driften i forhold til love, retningslinier og målsætninger. Teamcheferne har endvidere ansvaret for de personalemæssige ressourcer, der hører under deres enhed.

Teamchefen i de to enheder skal have kompetencer, der matcher opgaverne.

I behandlingsenheden vil de nuværende ledere af ambulatorierne have relevante kompetencer, da målgruppe og ydelser har stort sammenfald med de nuværende ambulatorier.

Ledelse af modtageenheden kræver særlig økonomisk kompetence grundet entreprisepuljen, juridisk kompetence i forlængelse af det omfattende visitationsarbejde og kompetencer ud i dokumentationsarbejde. Disse kompetencer skal sikres ved ansættelsen af teamcheferne til modtageenhederne.

De tre chefer udgør tilsammen et chefteam, som sikrer koordinering og helhed i behandlingen og samarbejdet mellem enhederne. I den forbindelse skal de særligt rette opmærksomheden mod visitation (entreprisepuljen) og tilsanding/flow/belægnings-problematikken på deres eget center og hos deres samarbejdspartnere.

## **7. Socialfaglige ydelser og koordinering med BIF og SOF**

Den sociale handleplan for brugere i centrene er fortsat socialforvaltningens ansvar. Kontaktforsøg, afklaring af brugernes arbejdsevne og kontanthjælp er derimod, med den nye struktur, flyttet til BIF.

Det vil kræve et systematisk samarbejde mellem rådgivningscentre og BIF at yde en helhedsmæssig indsats for brugerne.

Hvad angår borgere som skal vurderes i forhold til førtidspension er det BIF, som indstiller til rådgivningscentret, hvis borgeren skal have førtidspension. Indstillingen sker på baggrund af afklaring af arbejdsevnen. Når BIF har indstillet sagen overtager rådgivningscentret den videre sagsbehandling.

For brugere, som *har* fået tilkendt førtidspension vil rådgivningscentret forestå ydelsen. Her vil ikke være væsentlige snitfladeproblematikker.

Brugere i misbrugsbehandling *og* på kontanthjælp vil skulle have kontakt med både rådgivningscenter og BIF. Rådgivningscentret er ansvarligt for behandlingen. Her skal der udvikles et gnidningsfrit samarbejde, så brugeren ikke havner mellem to stole. For at sikre entydighed i dette samarbejde placeres et ansvaret for rådgivningscentrets kontakt til BIF, hos modtageenhedens chef.

Udgangspunktet for samarbejdet er, at BIF er ansvarligt for kontaktforløb og udbetaling af ydelser. Hvis rådgivningscentret vurderer, at der er behandlingsmæssige indikationer for en ændret aktiveringsindsats, har rådgivningscentret pligt til at tage kontakt til BIF. Koordinering af sagen sker i det tilfælde gennem den sociale handleplan *og* via modtageenheden, hvor chefen er ansvarlig for samarbejdet til BIF.

Der sker en fortsat præcisering af snitfladeproblematikker i takt med implementeringen af den nye overordnede forvaltningsstruktur.

## **8. Distriktsinddeling**

Der er en række forhold at medinddrage ved inddelingen af rådgivningscentrenes distrikter = optageområder:

- Det er et vilkår at indrette distrikterne, så de er i overensstemmelse med de ny bydele. Da der forventes 8 bydele men kun fire rådgivningscentre skal der nødvendigvis slås bydele sammen til distrikter.
- Der skal være så ensartet et brugergrundlag som muligt i de fire distrikter.
- Det vil være praktisk og økonomisk hvis distrikterne bliver inddelt, så de eksisterende lokaliteter kan indgå i de nye distrikter.

### *8.1 Nye bydele*

Med de nye bydele må optageområderne for distriktscentrene nødvendigvis ændre sig. Således er "Det centrale byområde" og "Vanløse / Brønshøj Husum" en sammensmeltning af bydele på tværs af tidligere optageområder til rådgivningscentrene.

### *8.2 Brugergrundlag*



I 2004 var der i det samlede behandlingssystem tilknyttet 2804 brugere<sup>2</sup>. Brugergrundlaget er meget ujævnt fordelt over de nye bydele (se bilag 1). Der var f.eks. 63 i Det centrale Byområde og 407 på Amagerbro.

### 8.3 Lokalteter

Der er i alt 9 lokaliteter, der umiddelbart kan indgå i overvejelserne om distriktsinddeling. Det er de fire rådgivningscentre og de fem byambulatorier. Dog har Enghaven en særlig status som selvejende institution. Kommunen kan derfor ikke indlemme ambulatoriet i planerne med mindre ambulatoriet bliver kommunaliseret. Det skyldes dels, at det at være rådgivningscenter indebærer myndighedsopgaver og dels, at kommunen ikke har beføjelser over en selvejende institution.

### 8.4 Forslag

Under hensyntagen til ovenstående vilkår skønnes det bedste forslag at være følgende opdeling i distrikter (se også bilag 2 og 4 for grafik):

<b>Nye RC-distrikter</b>	<b>brugergrundlag</b>
Amagerbro	407
Østerbro + Det centrale Byområde + Nørrebro	670
Bisbebjerg + Vanløse, Brønshøj/Husum	704
Valby + Vesterbro / Kongens Enghave	503

Der vil være en relativ stor forskel i brugergrundlag, men det er svært at gøre det meget mere ligeligt (jævnfør bilag 1-3). Desuden åbner denne opdeling op for følgende brug af eksisterende lokaliteter:

RC Østerbro/Nørrebro får Ambulatoriet X-felts nuværende lokaler som modtageenhed og RCIndres lokaler til behandlingsenhed.

RC Amagerbro får Ambulatoriet Dyvekes lokaler til modtageenhed og RCAmagers lokaler til Behandlingsenhed.

RC Bisbebjerg/Vanløse/Brønshøj/Husum får Ambulatoriet Bellahøjs lokaler til modtageenhed og RCNords lokaler til behandlingsenhed.

<sup>2</sup> Det er vidt forskelligt, hvad brugerne kræver af ydelser, men opgørelsen her skal alene tages som en indikation på brugergrundlaget.

RC Valby, Vesterbro, Kongens Enghave får både modtageenhed og behandlingsenhed i RC Vests særlig store lokaler. Dog med separate indgange.

Dagcentrerne skal være ledelsesmæssigt underlagt rådgivningscentre. Det foreslås, at Enghaven tilknyttes RC Vest og Støren tilknyttes RC Nord.

### *8.5 Normering*

I bilag 5 gives et bud på den fremtidige belastning på de kommende enheder. Der vil gennemsnitligt være 226 brugere i ambulans behandling på behandlingsenhederne og 82 i ambulans behandling + visitation i modtageenhederne<sup>3</sup>. Derudover vil man skulle varetage tilsyn, pensionssager og enkeltydelser for de resterende brugere indskrevet i behandlingssystemet.

Med prognoserne for den fremtidige brugerudvikling, lader det til, at der vil være et stabilt antal brugere på behandlingsenheden, mens presset fra stigningen i indskrevne brugere vil ramme modtageenheden og den øvrige stoffri behandling.

## **9. Medarbejdere**

Alle ledere og medarbejdere i den nuværende struktur vil være ansat i den kommende struktur.

For ambulatoriet Enghaven gør sig dog særlige forhold gældende, da institutionen er selvejende. Hvis Dag- og Døgncentret i forbindelse med en ny samarbejdsaftale må opsig medarbejdere, vil kommunen se på mulighederne for kommunal ansættelse. Dog under forudsætning af et økonomisk råderum og sammenhæng mellem arbejdsopgaver og kompetencer.

Lederne af ambulatorierne forudsættes indplaceret som teamchefer i den nye struktur. De nuværende centerchefer fortsætter som chefer af de nye rådgivningscentre.

Der er ca. 150 medarbejdere på de omhandlede institutioner. 10 vil gå fra til dagcentrerne. De øvrige vil fordeles med gennemsnitligt 35 til hvert af de fire rådgivningscentre. De to rådgivningscentre med stor belastning vil skulle have flere ansatte end de to øvrige. Der skal udarbejdes en budgetfordelingsmodel, der omfatter brugergrundlaget.

---

<sup>3</sup> Tallene for modtageenheden udspringer af den gamle struktur og tager ikke højde for det flow, der skal være i modtageenheden. Der vil formentlig være færre brugere end de 82, da en del visiteres hurtigt videre til anden ambulans stoffri behandling.

Hovedsamarbejdsudvalget har vedtaget en procedure for omrokering af medarbejdere. Proceduren er vedlagt som bilag.

## **10. Implementering**

### *10.1 Organisering af implementeringen*

Der er nedsat en styregruppe med deltagelse fra Mål- og Rammekontoret for Misbrug, hjemløse, bolig og byggeri + deltagelse fra Personalekontoret. Gruppen mødes hver 2. uge og sikrer fremdrift i implementeringen.

Der er nedsat en koordinationsgruppe med deltagelse af de kommende center- og teamchefer + Mål- og Rammekontoret. Gruppen mødes 1 gang om måneden og sikrer sammenhæng i implementeringen.

Der bliver løbende nedsat ad-hoc grupper til at varetage praktiske og strategiske opgaver. Det gælder udvikling af målstyring og dokumentation, brugerflytninger, flytning praktisk, ombygning og organisering. Gruppernes arbejde bliver kvalificeret i koordinationsgruppen, som indstiller til styregruppen. Strategiske beslutninger indstilles videre til direktionen.

Når medarbejderne er omroket, bliver der nedsat en række faglige grupper på tværs af institutionerne. Grupperne skal – på baggrund af præcise kommissorier - udvikle standarder for ydelserne.

Når omrokeringen er overstået vil der blive nedsat midlertidige afdelingssamarbejdsudvalg. Endvidere vil lederne påbegynde udviklingen af behandlingskulturen på de kommende institutioner.

Der har været afholdt ét møde for tillidsrepræsentanter og der skal snarligst afholdes yderligere et for at sikre dialogen i implementeringsprocessen.

### *10.2 Kommunikationsplan*

Der er udarbejdet en kommunikationsplan for orientering til medarbejdere, brugere og eksterne samarbejdsparter. Det første nyhedsbrev er kommet ud, og der er oprettet en side med orientering på KK-net.

### *10.3 Øvrige opgaver*

Forvaltningen skal sikre at følgende forhold bliver fulgt til dørs:

- Forhandle samarbejdsaftale med Enghaven.

- Placering af ambulatoriet Stærens projekter (kørselsordning, plejeboliger på Bogfinkevej, ødegård i Sverige og injektionsprojektet).
- Finde ud af tilbudet Nåleøjets fremtidige placering.

#### 10.4 Tidsplan med milepæle

	Feb.	Marts	April	Maj	Juni
Prioriterings-notat til medarbejdere	x				
Prioriterings-skemaer til personale		x			
Rokade af personale			x		
Starte faglige grupper + "teambuilding" + ASU				x	
Overblik over økonomi - råderum		x			
Opslag til teamchefer				x	
Plan for Ombygning		x			
Plan for flytning af brugere (+ IT)				x	
Plan for flytning af medarb. + div.				x	
Plan for Mål og dokumentation (+ IT)				x	
Nyhedsbreve	x		x		x
Plan for samspil m. specialinst.					x
Ny samarb. aftale m. Enghaven					

## 10. Konklusion

Med ovenstående forslag til ændringer af struktur, vurderes det, at behandlingen af stofmisbrug i Københavns Kommune bliver

yderligere kvalificeret. Med omlægningen er der en række af målene i sektorplanen, som bliver understøttet såvel som socialforvaltningens vision. Der skal særligt peges på følgende brugerrettede og organisatoriske forbedringer:

- Tilpasning af ydelserne til udviklingen i brugergruppen. Misbrugere af hash, kokain o.l. får således en mere attraktiv indgang til behandlingssystemet. Misbrugere i længerevarende substitutionsmedicin får et målrettet skadesreducerende og sammenhængende behandlingstilbud, der tager højde for øget behov for sygepleje og støtte i egen bolig.
- Oprettelse af to dagcentre, hvor brugerne kan modtage et kvalificeret omsorgstilbud.
- Udvikling af resultatmål, indikatorer og måling gennem implementering af erfaringer fra projekt X-felt og injektionsprojektet.
- Sammenlægning af institutioner, så ledelse og ansvar bliver entydigt og visitationsproblemer undgås.
- Fordeling af socialfaglige ydelser på begge rådgivningscentrets enheder, så arbejdet med den sociale handleplan kommer tættere på brugeren.

Udover de umiddelbare fordele, vurderes det også, at den nye struktur forbereder behandlingssystemet bedre på fremtidige udfordringer. Nye brugergrupper – herunder alkohol – vil lettere kunne integreres i den nye struktur end på de nuværende rådgivningscentre. Samarbejdet med U-turn og eventuelle forebyggelsesopgaver vil også lettere kunne integreres i den nye struktur.

Strukturændringen gennemføres pr. 1. september 2006.



Dato: 03-03-2006

Sagsnr.: 277654

Dok.nr.: 1784217

**Bilag. Ny struktur på misbrugsområdet.**

Bilag 1: Brugergrundlag fordelt på nye bydele

Bilag 2: Brugergrundlag fordelt på 4 distrikter under hensyn til eksisterende lokaliteter

Bilag 3: Brugergrundlag fordelt på 4 distrikter uden hensyn til de eksisterende lokaliteter

Bilag 4: De nye bydele og de eksisterende lokaliteter

Bilag 5: Brugerfordeling på det nye rådgivningscenter i relation til fordelingen på det nuværende center

Bilag 6: Personale og lønudgifter i ny struktur

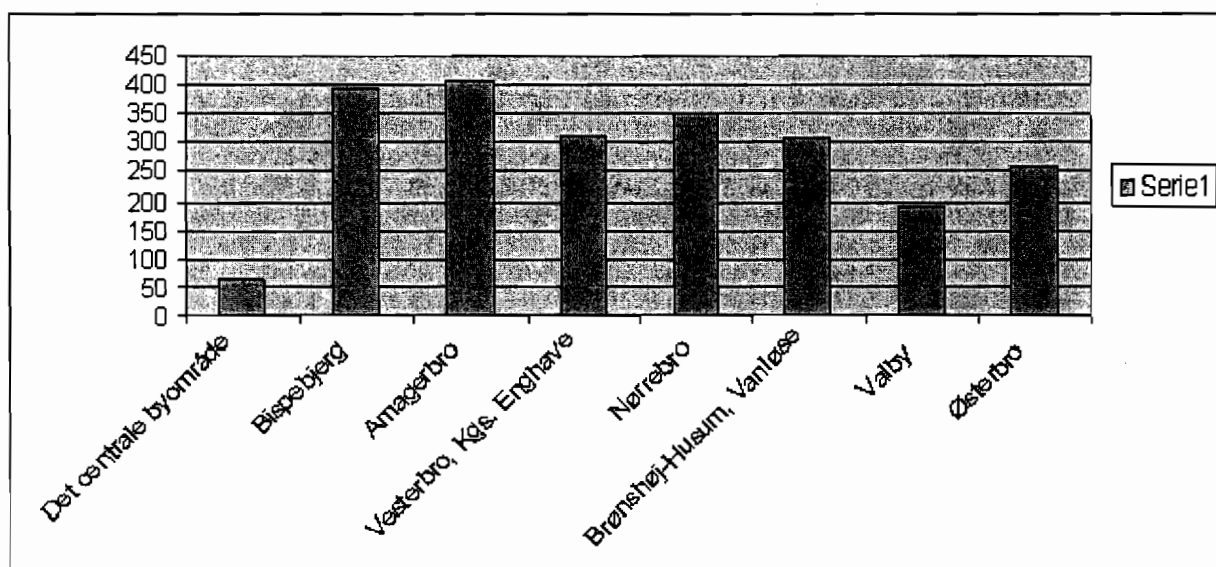
Bilag 7: Udgifter til værested

Bilag 8: Principper og tidsplan for rokering af personale på rådgivningscentrene

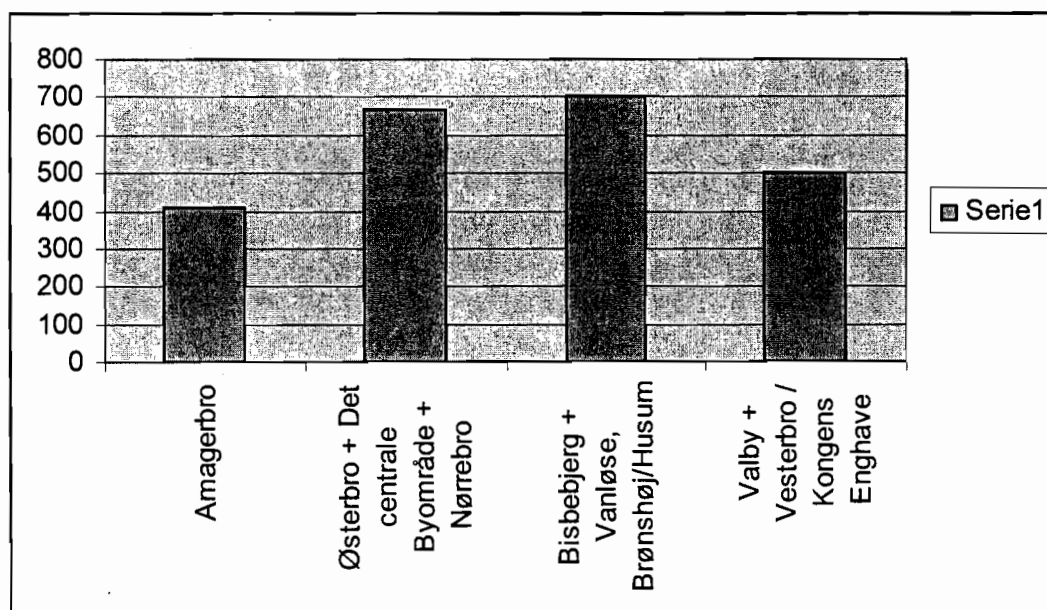
Bilag 9: Brev af 7. marts 2006 fra Administrerende direktør Grethe Munk til medarbejderne på Ambulatoriet Stæren

Bilag 10: Referat fra HSU-mødet den 10. februar 2006.

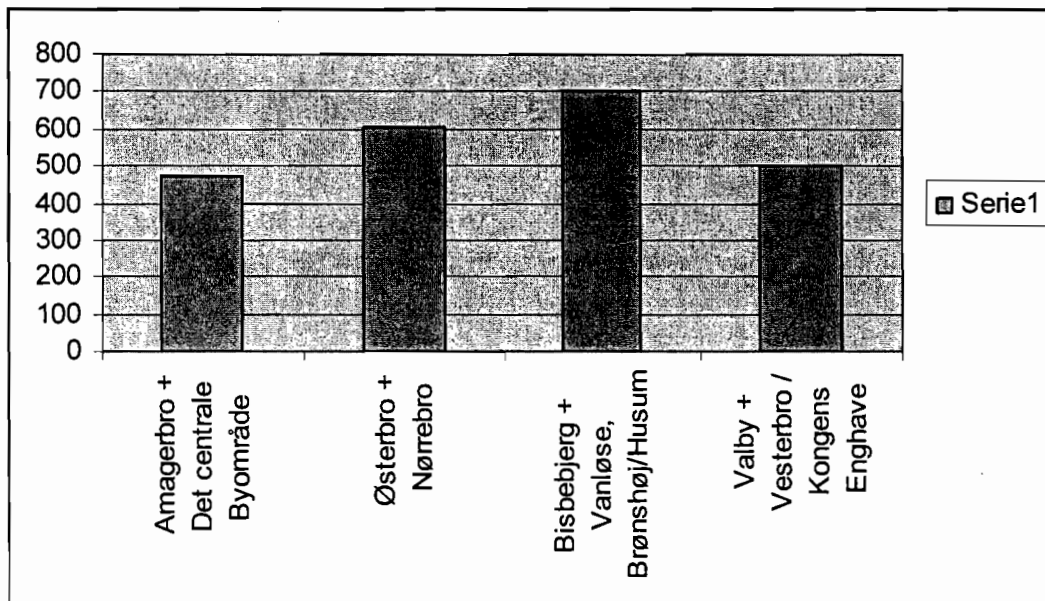
Bilag 1: Brugergrundlag fordelt på nye bydele



Bilag 2: Brugergrundlag fordelt på 4 distrikter under hensyn til eksisterende lokaliteter

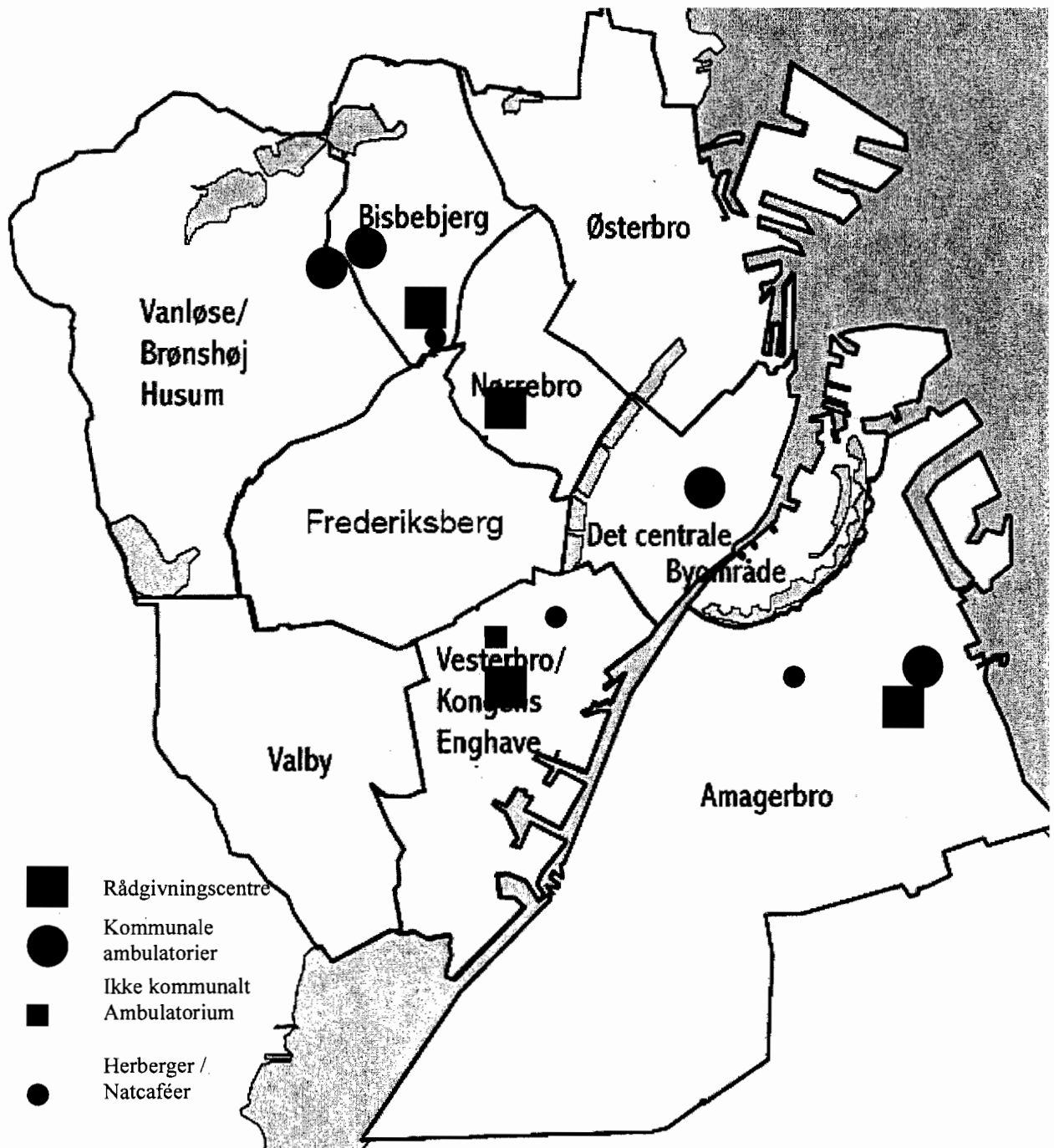


Bilag 3: Brugergrundlag fordelt på 4 distrikter uden hensyn til de eksisterende lokaliteter (Det centrale byområde - med X-felt - er overgået til Amagerbro).





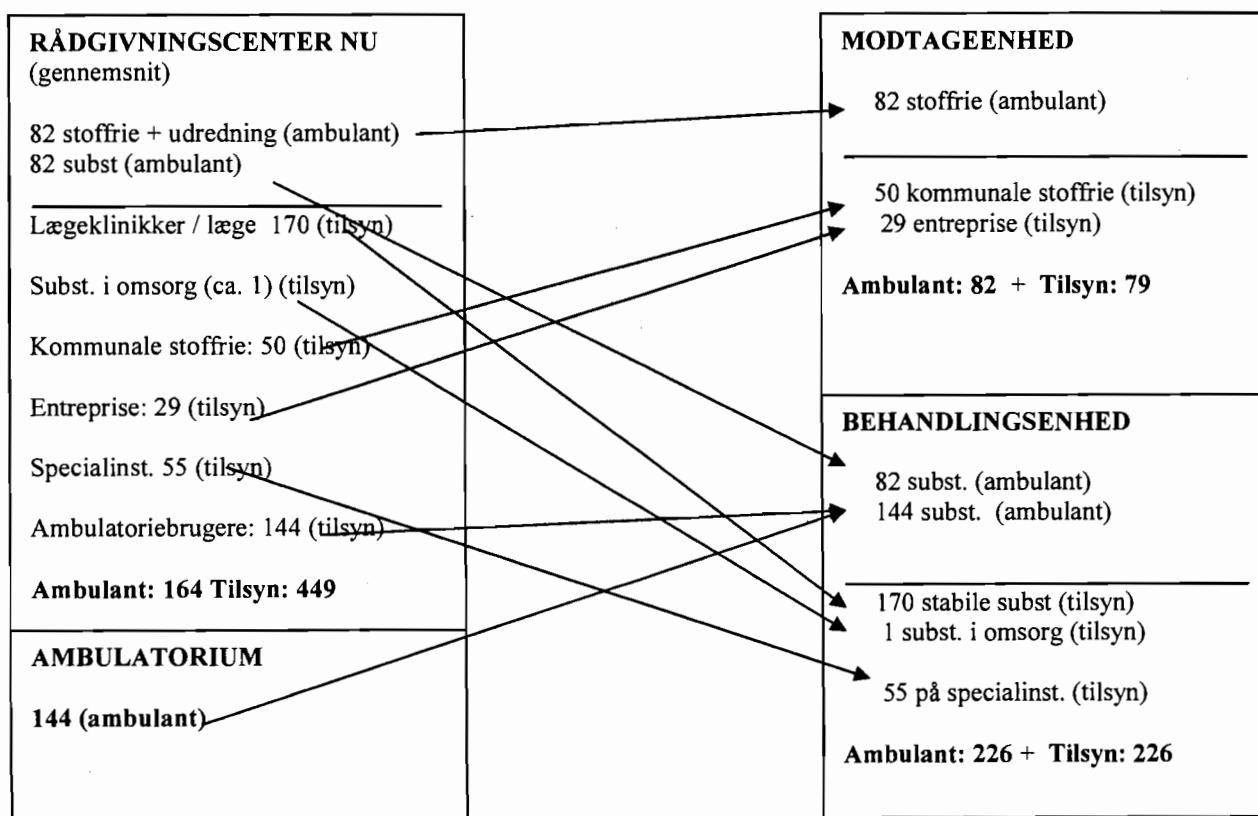
Bilag 4: De nye bydele og de eksisterende lokaliteter



Bilag 5: Brugerfordeling på det nye rådgivningscenter i relation til fordelingen på det nuværende center. Gennemsnitstal.

**Brugerfordeling nu – alle brugere tilknyttet behandlingssystemet (08-10 2005)**

		Fordelt på 4 enheder
Ambulatorier (inkl. x-felt):	575	144
Rådgivningscentre:	657	164
Stabile subst. hos læge / lægeklinik (egen læge, Turesensgade, Broen, Classensgade)	679	170
”Kommunale” stoffrie pladser (KKU, Netværket, Kysten, Ungetilbud (?), Nåleøjjet)	200	50
Entreprise – ikke-kommunale (Fremtiden, Kongens Ø, Skt. Ols, stofrådgivningen m.fl.)	116	29
Specialinstitutioner (Familieamb., Forchhammersvej)	221	55
1036, 4032	7	
I alt	2455	612



	Antal	Løn	Udgift
Læge	0,5	530	265
Sygeplejerske	0	345	0
Social og Sundhedsas.	1	290	290
Assistent	2	315	630
Psykolog	1	450	450
Socialrådgiv.	5	345	1.725
Kontorass.	2	295	590
Centerchef		550	0
Teamchef	1	480	480
Specialist/økonomi	1	340	340
Stud. Pæd	1	54	54
<b>I alt</b>	<b>13,5</b>	<b>3.994</b>	<b>4.824</b>

Bilag 6: Personale og lønudgifter i ny struktur  
Modtageenhed - personale

	Antal	Løn	Udgift
Læge	1,5	530	795
Sygeplejerske	3	345	1.035
Social og Sundhedsas.	3	290	870
Assistent	3	315	945
Psykolog	0	450	0
Socialrådgiv.	5	345	1.725
Kontorass.	3	295	885
Centerchef	1	550	550
Teamchef	1	480	480
Specialist/økonomi	2	340	680
Stud. Pæd	1	54	54
<b>I alt</b>	<b>22,5</b>	<b>3.994</b>	<b>8.019</b>

Behandlingsenhed – personale

Værested - personale

	Antal	Løn	Udgift
Læge		530	
Sygeplejerske		345	
Social og Sundhedsas.		290	
Assistent	4	315	1.260
Psykolog		450	
Socialrådgiv.		345	
Kontorass.		315	
Centerchef		550	
Teamchef		450	
Specialist/økonomi	1	370	370
<b>I alt</b>	<b>5</b>	<b>3.960</b>	<b>1.630</b>

**Bilag 7: Udgifter til værested (i 1000 kr.)**

Værested Stæren	
Drift	510
Løn	1684
Husleje	551
I alt	<b>2.745</b>
Værested Enghaven	
Drift	510
Løn	1700
Husleje	700
I alt	<b>2.910</b>

**Bilag 8. Principper og tidsplan for rokering af personale på rådgivningscentre. 26-01-2006.****Principper**

I forbindelse med den forestående strukturændring på rådgivningscentre udmeldes følgende principper for rokering af personalet:

Medarbejderne fordeles ud fra en samlet vurdering af følgende tre kriterier:

1. Medarbejdernes ønsker
2. De nye teams faglige profiler matcher brugernes behov
3. De nye teams bliver velfungerende, dvs. at det sikres at hvert team besidder de nødvendige kompetencer til kvalificeret at løse fremtidige opgaver

Der vil ved fordelingen af medarbejderne i størst muligt omfang blive taget hensyn til medarbejdernes ønsker.

Forvaltningen kan dog ikke garantere, at medarbejdernes ønsker opfyldes, idet der ved fordelingen samtidig skal tages hensyn til, at

sammensætningen i de nye teams er hensigtsmæssig i forhold til brugernes behov og den fremtidige opgavevaretagelse, dvs. kriterium 2 og 3.

### **Proces**

Selve fordelingen foregår ved en central proces.

Medarbejderne returnerer deres udfyldte prioriteringsskemaer til MR-misbrug, som herefter i samarbejde med personalekontoret fordeler medarbejderne efter ovennævnte principper og med centercheferne som sparringspartnere.

### **Tidsplan**

Uge 12: Medarbejderne modtager prioriteringsskemaer omkring den 20. marts 2006.

Uge 13: Frist for aflevering af prioriteringsskema på tjenestestedet den 31. marts 2006.

Uge 14,15 og 16: Fordeling af medarbejderne

Primo uge 17: Medarbejderne modtager besked om deres fremtidige placering

Tidsplanen er lagt under hensyntagen til tillidsrepræsentanternes tilkendegivelser for og imod en hurtig eller langsom proces, sådan at fordelingen ikke trækkes i langdrag, men at medarbejderne alligevel får mulighed for at opnå et mere indgående kendskab til de nye arbejdsområder/funktioner, inden de afgiver deres ønske.



**KØBENHAVNS KOMMUNE**

Socialforvaltningen

Administrerende direktør

Bilag 9

Til medarbejderne på Ambulatoriet Stæren  
Tomsgårdsvej 17, 2. sal  
2400 Kbh. N.V.

Dato: 07.03.2006

Sagsnr.: 297202

Dok.nr.: 1782064

## Kære medarbejdere

Tak for jeres henvendelse af d. 22.02.06.

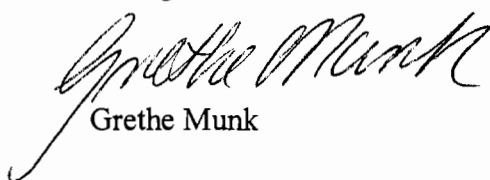
Jeg er ked af først nu at kunne give jer en tilbagemelding på jeres spørgsmål, som tydeligvis berører jer meget. Vi har måtte afvente møde i Hovedsamarbejdsudvalget og et overblik over det økonomiske råderum i den nye struktur.

Resultatet er, at alle ambulatorier – også ambulatoriet Stæren – omlægges i forbindelse med den nye struktur. Det er ikke muligt at oprette en specialinstitution indenfor forvaltningens økonomiske ramme, og Hovedsamarbejdsudvalget er indstillet på, at processen fortsætter som skitseret i den oprindelige indstilling.

Hovedsamarbejdsudvalget understregede samtidig, at arbejdet med de svage og ældre brugere fortsat skal prioriteres højt. Dette arbejde vil fremover ligge i behandlingsenhederne og dagcentrene. De af jeres brugere, der dagligt kommer på ambulatoriet Stæren vil fortsat have mulighed for at komme på Stæren som dagcenter. Sammen med en række andre tiltag, skal overgangen fra gammel til ny struktur gøres så glidende som muligt for brugere såvel som medarbejdere.

Jeg håber, at I vil fortsætte jeres engagerede arbejde i den nye struktur og vil gøre, hvad der står i jeres magt for, at overgangen sker så trygt som muligt for brugerne.

Venlig hilsen



Grethe Munk

## Direktionen

Bernstorffsgade 17, 3.  
1592 København V.

Telefon  
33 17 33 17

Direkte telefon  
33 17 32 02

Telefax  
33 17 32 04

E-mail  
Grethe.Munk@Sof.kk.dk

www.kk.dk



**Referat fra HSU-møde**

**REFERAT**

Dato: 13. februar 2006

**Dato:** 10. februar 2006

**Tidspunkt:** Kl. 10.00

**Sted:** Bernstorffsgade 17, 5. sal, vær. 504

Sagsnr.: 293661

Dok.nr.: 1767636

**Deltagere:**

Linda Svendsen, HK/Kommunal

Britt Petersen, LFS

Jens Flyvholm, FOA-sosu

Peter Ulff Larsen, DJØF

Vinnie Eliassen, KKS

Henning Petersen, KKE

Grethe Munk, adm.direktør

Sven Bjerre, vicedirektør

Arne Bertram, de lokale centre

Palle Øvlisen, misbrugsområdet

Lone Sørensen, Løn, personale-, organisationsudvikling og intern service (gæst)

Steinar Eggen Kristensen, Mål- og rammekontor for børnefamilier med særlige behov (gæst)

Birgitte Nystrup Lundgren, Kontoret for stofmisbrug, alkohol, hjemløse og det boligsociale (gæst)

Anne Blædel, Folkesundhed, (gæst)

Charlotte Herbert, Folkesundhed (gæst)

**Deltog ikke:**

Ole Larsen, SL

Henrik Dencker, Løn, personale-, organisationsudvikling og intern service

Steen Alberts, handicappede og psykisk syge

**Referent:**

Bente Hansen

**Dagsorden:**

1. Præsentation af det nye udvalg
2. Orientering om sundhedspolitik
3. Sager på vej
4. Ny struktur
5. Orientering om status på budget 2007. Orientering om chefbudgetkonferencen
6. Orientering om ansættelsesstop
7. Ny struktur på misbrugsområdet
8. Pilotprojekt om effektmåling og -styring
9. Fremtidig samarbejdsstruktur
10. Meddelelser
11. Eventuelt

### **Punkt 1. Præsentation af det nye udvalg**

Det nye udvalg præsenterede sig og Grethe Munk blev udpeget som formand, Linda Svendsen som næstformand og Jens Flyvholm som suppleant for Linda Svendsen. Vinnie Eliassen, KKS oplyste, at hun er ansat i BIF, men indtil videre dækker hele området.

Arne Bertram blev udpeget som ordstyrer.

### **Punkt 2. Orientering om sundhedspolitik**

Anne Blædel og Charlotte Herbert fra Folkesundhed (enhed under SUF) holdt et oplæg om sundhedspolitik. Samtidig udleverede de en pjece om sundhedspolitik på arbejdspladsen.

Folkesundhed Københavns definition på sundhedsfremme bygger på en fælles europæisk definition og WHO's definitioner og mål. Sundhedsfremme på arbejdspladsen er den samlede indsats over for arbejdspladsen og de ansatte for at forbedre sundhed og trivsel. Sundhedsfremme involverer både livsstil, arbejdsmiljø og arbejdspladsens sociale ansvar.

De fortalte videre, at det er en god idé at lade elementer som f.eks. vores definition af sundhed og sundhedsfremme på arbejdspladsen og formålet med sundhedspolitikken indgå i sundhedspolitikken.

Det er samtidigt væsentligt, at synliggøre hvad det er man vil med en sundhedspolitik, og at der udarbejdes konkrete handlingsplaner for, hvad der skal sættes i værk. Dette skal ske i dialog med medarbejderne – lederne for at skabe ejerskab for sundhedspolitikken. Den organisatoriske forankring - om det skal være i sikkerhedsudvalget eller i samarbejdsudvalget er også et element der bør indgå i sundhedspolitikken.

Grethe Munk sagde, at vi vil tage emnet med, når vi diskuterer personalepolitik. Hun spurgte dernæst, hvorfor det er den enkelte arbejdsplads, der definerer sundhedsfremme.

Charlotte Herbert svarede, at det er fordi sundhedsfremme præcis skal svare til den enkelte arbejdsplads, men det er oplagt at kopiere fra de arbejdspladser, som har defineret det, og der findes eksempler på nettet.

Grethe Munk takkede for oplægget, og sagde, at det kan være, at vi får brug for deres ekspertise igen.

### **Konklusion**

Der blev givet en orientering om sundhedspolitik på arbejdspladser. Dette vil blive medtaget i SOF's arbejde med personalepolitikker og i arbejdsmiljøarbejdet.



### **Punkt 3. Sager på vej**

Grethe Munk nævnte:

- Regnskab 2005
- Budgetforslag 2007
- Sag om projekt på døgninstitutioner. Britt Petersen fortalte, at en kreds af LFS, SL/København/Frederiksberg, HK i SOF, KKS og forstanderforeningen står bag projektet.

### **Punkt 4. Ny struktur**

Det blev aftalt at punkt 7 flyttes op under punkt 4, og at punkt 7 drøftes først.

Arne Bertram nævnte, at der er sendt et bilag ud om principper og tidsplan for rokering af personale på rådgivningscentre. Bilaget har været drøftet af relevante parter. Han spurgte om principperne kunne godkendes.

Dette bekræftede B-siden.

Dernæst fortalte Grethe Munk, at hun er blevet præsenteret for et notat som LFS har sendt til politikerne i SOF, og som har en sådan karakter, at hun er nødt til at spørge, om notatet dækker hele B-sidens holdning for så vidt angår indholdet og processen.

Britt Petersen svarede, at hun ikke er bekendt med, at notatet er udleveret til hele HSU. Men indholdet er ikke overraskende. I forbindelse med ny struktur i misbrugsbehandlingen sker der ingen ressourceudvidelse. Dette er bekymrende. Hun er desuden bekymret for, at brugertætheden griber ind i det psykiske arbejdsmiljø.

Grethe Munk ønskede en tilkendegivelse af, om notatet dækker hele B-sidens holdning, og om de ønsker at processen sættes i stå.

Henning Petersen svarede, at den gruppe han repræsenterer ikke har forholdt sig til notatet. Der er mange meninger om, hvad der er rigtigt eller forkert. Han henholder sig alene til arbejdsgiverens rettigheder.

Britt Petersen fremførte, at hvis B-siden havde ønsket at uarbejde et notat som HSU skulle se, havde de naturligvis fremlagt det. Det er ikke alle personalerepræsentanter, der har et deltaljeret kendskab til området. Det handler ikke om at sætte processen i stå, men en anerkendelse af, at der sker en nedprioritering, når der ikke bliver tilført flere ressourcer.

Vinnie Eliassen påpegede, at notatet ikke er udarbejdet som et samlet notat fra B-siden. Men B-siden har drøftet problemstillingerne på misbrugsbehandlingsområdet. Problemstillingerne som LFS fremfører dækker godt. Der er bekymringspunkter. Hun pointerede, at man ikke kan løse hele narkoproblemet med ny struktur.

Grethe Munk svarede, at hun har behov for en tilkendegivelse i forhold til politikerne. Ledelsen har gjort sig umage for at have en positiv dialog. Ledelsen forsøger at imødekomme de nye behov på området og vil naturligvis ikke svinge de ældre narkomaner.

Linda Svendsen mener, at diskussionen er faggruppebestemt. Ifølge hendes medlemmer har der ikke været tid i rådgivningscentrene til at drøfte indhold i strukturen. Under et møde i T/R blev fremtidig proces samt medarbejderindflydelse drøftet. Medarbejderne vil gerne diskutere indhold i arbejdsområderne. Dernæst sagde hun, at medarbejderne der sidder i ydelsesdelen har tilkendegivet, at de også gerne vil have tid til behandlingsarbejdet. Hun påpegede, at når der udarbejdes funktionsbeskrivelser, bør det ske i dialog med medarbejderne, der gerne vil inddrages. Endelig sagde hun, at det var uklart på T/R mødet, hvad der er lagt op til af indflydelse.

Palle Øvlisen bemærkede, at han har talt med de øvrige rådgivningscenterchefer. Tilkendegivelserne fra rådgivningscentrene er udelukkende positive. Medarbejderne er interesseret i, at strukturen falder på plads og vil gerne i gang med at drøfte indhold i stillingerne. Medarbejderne finder, at informationsniveauet har været højt, og dialogen har også fundet sted, og de ser frem til den ny struktur.

Birgitte Nystrup Lundgren fortalte, at på T/R- mødet blev dilemmaet om hastigheden, hvormed omrokeringen skulle ske netop drøftet. Konklusionen blev, at principper og tidsplan for rokering af personalet skulle udarbejdes, og som nu er godkendt af HSU. Samtidig forpligtede vi os til at beskrive indhold i arbejdsområderne. Alle har ventet på HSU-mødet i dag, fordi de håber på, at processen går i gang.

Mht. LFS's notat er Birgitte Nystrup Lundgren enig i, at misbrugs-systemet fremover forventes at få kapacitetsproblemer, der ikke løses med strukturændringen. Der er lagt et notat ved udkast til ny sektorplan på området, som indeholder en prognose for området. I 2005 holdt prognosen. Hun er dog uenig i, at det skulle være behandlingssenheden, der kommer til at holde for. Det er derimod modtageenheden, som skal tage mere imod, da stigningen primært vil være inden for de nye brugergrupper.

Vinnie Eliassen sagde, at situationen på rådgivningscentrene er, at der har været ført drøftelser om strukturen. På ambulatorierne ser det anderledes ud. Stæhren har sendt et samlet brev ind som beskriver en del af problematikken. Hun mener ikke processen skal sættes i stå, men at medarbejderne skal inddrages.

Britt Pedersen fremførte, at man nedprioriterer den ældre gruppe misbrugere, når nye grupper skal ind. Dvs. ældregruppen må betale, fordi der ikke sker kapacitetsudvidelse. Hun ønsker ikke processen sat

i stå. Men det er legalt at have betænkeligheder. Det er bekymrende, at man nedtoner opgaven i forhold til de ældre. Hun påpegede, at det er vigtigt at sætte fart på indholdsbeskrivelserne af arbejdsområderne og inddragelse af medarbejderne. LFS's notat er kun et forslag til, hvordan man kan organisere sig, i forhold til det der er lagt op til fra forvaltningen side, dvs. inspiration til det nye udvalg.

Grethe Munk sagde, at ledelsen har lyttet til flere ting. Bl.a. har ambulatorierne sat spørgsmål ved meget hurtigt flow. Nogle brugere har brug for et relativt omsorgstilbud, et værested (dagcenter) Vi anerkender, at brugerne har et behov for tryghed i miljøet. Det er imødekommet.

Samtidig har vi lyttet til de unge misbrugere. Vi har ikke udvidet kapaciteten, men indrettet os på udviklingen. Det er en erkendelse af, at vi har fået nye brugere. Det er ikke et signal om nedprioritering af de ældre, men at vi derimod har lyttet til dem, som arbejder med de ældre.

Grethe Munk sagde dernæst, at hun opfatter det således, at B-siden accepterer at vi kører videre med den proces vi er i gang med. Hun slog fast, at det ikke er hensigten at svigte de ældre borgerne.

Palle Øvlisen sagde, at vi arbejder ud fra loven om, at de borgere der har størst behov, skal have de fleste ydelser.

Britt Petersen fremførte, at overvejelserne går på, hvordan man kommer i dialog med dem, der har med de ældre at gøre.

Birgitte Nystrup Lundgren svarede, at vi er i tæt dialog med de forstandere, som skal etablere de nye behandlingsenheder. Vi følger samtidig op på, at de ældre misbrugere får de tilbud, der passer til den enkeltes situation.

### **Konklusion**

HSU har drøftet ny struktur på misbrugsområdet. HSU er enige i, at vi kører videre med den proces, vi er i gang med. Beskrivelser af stillingsindhold/funktioner udarbejdes. HSU er enige i, at medarbejderne inddrages i indholdsdelen i processen. HSU er enige i, at vi ikke løser kapacitetsproblemerne på misbrugsområdet med strukturændringen. De ældres misbrugsproblemer følges opmærksomt. Der er enighed om, at formålet ikke er at nedprioritere de ældre misbrugere.

Dernæst drøftedes teamorganiseringen i forbindelse med ny struktur. Grethe Munk oplyste, at tidsplanen er skubbet i forhold til den oprindelige plan. I den forbindelse bliver der muligvis behov for et ekstraordinært HSU møde. For så vidt angår børneområdet fastholdes den oprindelige tidsplan.

Linda Svendsen sagde, at B-siden finder, at oplægget om proces- og tidsplan for målgruppeafklaring og fremtidig teamorganisering er et glimrende oplæg.

### **Delkonklusion**

Oplægget om proces- og tidsplan for målgruppeafklaring og fremtidig teamorganisering blev godkendt med Grethe Munks kommentarer til tidsplanen.

Steinar Eggen Kristensen orienterede derpå om, at Mål- og rammekontoret for børnefamilier og unge med særlige behov har udarbejdet et forslag til organisering af børnefamilieteamene i de lokale centre. Baggrunden er den ændrede organisationsstruktur og i forbindelse hermed den ændrede bydelsinddeling.

I oplægget er beskrevet 3 forslag til modeller til organisering:

Model 1: Organiseringen af børnefamilieteamene er specialiseret i to målgrupper børn og unge.

Model 2: Organiseringen af børnefamilieteamene er opdelt i en undersøgelsesgruppe (bestillergruppe) og i en indsatsgruppe (udførergruppe).

Model 3: Udgangspunktet i denne model er en organisering i målgrupper og en underopdeling af de to faglige grupper i henholdsvis en undersøgelses- og en indsatsgruppe.

### **Delkonklusion**

Der blev givet en forhåndsorientering på oplægget fra Mål- og rammekontoret for børnefamilier og unge med særlige behov.

### **Punkt 5. Orientering om status på budget 2007. Orientering om chefbudgetkonferencen**

Sven Bjerre orienterede om, at indkaldelsescirkulæret er vedtaget i ØU. Det er besluttet, at forvaltningen skal bidrage med et omstillingsbidrag/prioriteringsrum på 39,2 mill. kr. I den forbindelse fortalte han, at fordelingen af omstillingsbidraget er beregnet ud fra udvalgsstørrelse og nøgletal. På budgetområde 2 er vi dyrere end de andre 6-byer. Dette skyldes, at vi foretager flere anbringelser. Hvis man sammenligner med enhedsomkostningerne, ligger vi næsten på niveau med 6-byerne.

Det samlede finansieringsproblem for 2007 udgør ca. 98,4 mill. kr. Forvaltningen skal bidrage med 14,2 mill. kr. til finansieringen af manglende integrationsindtægter i kommunen og forventer merforbrug på handicapområdet og mangler 10 mill. kr. på daghøjskoleområdet.

Som følge af Kommunalreformen vil der være en række finansieringsproblemer, bl.a. vedr. betaling for færdigbehandlede patienter i H:S, 40 mill. kr. VISO (Landsdækkende videns- og specialråd-

givningsorganisation under Socialministeriet) 12,3 mill. kr. Disse finansieringsproblemerne forventes løst.

Mht. chefbudgetkonferencen fortalte Sven Bjerre, at udgangspunktet var at finde de 40 mill. kr. til omstillingsbidrag, og at bidraget omfatter nogle af de forslag, der blev drøftet.

### **Konklusion**

Der er givet en orientering om indkaldelsescirkulæret til budget 2007 og om chefbudgetkonferencen.

### **Punkt 6. Orientering om ansættelsesstop**

Helene Eriksen orienterede om, at efter medarbejderne er fordelt i den ny struktur, er der overskud af personaleressourcer. På den baggrund er der indført et ansættelsesstop, der omfatter de administrative medarbejdere i teknisk/administrative team og i voksen- og serviceteam. Formålet er, at overtallige medarbejdere placeres i vakante stillinger i forvaltningen. Vi har valgt at køre processen centralt for at opnå størst mulig konsensus og ensartethed i orienteringen af ASU.

Omplacering gennemføres ved, at der oprettes en jobdatabase under Løn, personale-, organisationsudvikling og intern service.

Vi har holdt møde med de relevante organisationer, og har aftalt følgende:

Først undersøges om der er medarbejdere, der ønsker at blive tilknyttet jobdatabase på frivillig basis.

Overtallige medarbejdere skal så vidt muligt søges placeret i eget center inden der sker omplacering til andet center.

Såfremt der er mulighed herfor, er forvaltningen åben over for overvejelser vedr. en fratrædelsesordning.

De lokale ASUer underrettes snarest.

Jens Flyvholm bemærkede, at der blev sendt et brev ud, som bl.a. vedrørte voksenteam. Men det var ikke præciseret, at det kun gælder nogle medarbejdergrupper. Man har kun orienteret de organisationer, man mente, det drejede sig om. Han opfordrer til, hvis der kommer en lignende situation, at man skriver meget præcist, hvad det drejer sig om, hvem det vedrører, og at man underretter alle grupper. I øvrigt mener han, der er tale om nednormeringer.

Linda Svendsen finder det er fint, der blev indkaldt til møde, inden iværksættelse af processen. Ligeledes finder hun det er godt, at der centralt fra blev udarbejdet et skriv ud til de lokale arbejdspladser med en redegørelse for ansættelsesstoppet, så informationen blev ens. Der burde dog have været taget højde for, at de lokale ledelser skulle have haft tid til at beregne antallet af overtallige inden udmelding, så det kunne have været undgået, at medarbejderne blev sendt 8 dage i uvis-

hed før besked om antallet af stillinger det enkelte sted. Samtidig var det uheldigt, at ikke alle lokale ledere brugte formuleringerne i den centralt fra udarbejdede meddelelse, men i stedet brugte formuleringer som "jobbank" og "prikkerunde" hvilket ledte tankerne hen på afskedigelse i stedet for intern rokering.

Jens Flyvholm tilføjede, at man burde også have skrevet, hvilke personalegrupper det omfattede.

Linda Svendsen bemærkede, at det er opfattelsen, at ansættelsesstoppet får økonomiske konsekvenser for den centrale IT-organisation. Der er en skævdeling i forhold til fordelingen mellem BIF og SOF. BIF har fået for mange og SOF for få. Nogle medarbejdere har sagt nej til den centrale IT organisation i samråd med den lokale arbejdsplads. Man mangler diskussionen mellem de lokale ledere. Hun ønskede at få oplyst, hvordan man løser dette problem.

Sven Bjerre svarede, at IT medarbejdere – budgetterne er fordelt på BIF og SOF ved centraliseringen af IT-koordinatorerne. De medarbejdere i SOF der har IT opgaven og kompetencerne i dag, vil skulle overgå til den centrale IT-enhed.

Ved den foreløbig forespørgsel om interesse for den centrale IT-enhed er der ikke nok medarbejdere, der har meldt sig fra SOF. Situationen drøftes på møde med organisationen, men udgangspunktet er, at man følger opgaven.

### **Konklusion**

Der blev givet en orientering om ansættelsesstop. Ansættelsesstoppet gælder for de administrative medarbejdere i teknisk/administrative team og voksen- og serviceteam. Ansættelsesstoppet gælder ikke rådgivningscentre, medarbejdere under LFS og medarbejdere under sosu. Ledelsen har taget bemærkningen om at være mere præcise i breve til efterretning.

### **Punkt 7. Ny struktur på misbrugsområdet**

Er flyttet til punkt 4.

### **Punkt 8. Pilotprojekt om effektmåling og – effektstyring**

Britt Petersen fremførte, at B-siden var blevet lovet en generel information om Performance Management samt et møde for de organisationer, som er særligt involveret. Dette er ikke sket. Hun anmodende om et møde samt om muligheden for at sende hurtige skriftlige kommentarer.

Sven Bjerre svarede, at det er i orden med skriftlige bemærkninger og et hurtigt møde. Han oplyste, at indføring i projektet for HSU ligger i en konference, hvor cheferne i centralforvaltningen og lokalcenterne deltager. Samtidig vil der være konsulentbistand udefra.

Britt Petersen sagde, at B-siden havde forestillet sig, at de havde fået fortalt noget om emnet forud for konferencen.

Grethe Munk sagde, at Steinar Eggen Kristensen må holde et møde for B-siden.

Britt Petersen fremførte, at B-siden ikke er enig i, hvad man forstår ved medarbejderindflydelse. I styregruppen er der ingen medarbejderinddragelse. I projektgruppen for lokalcentrene og for institutionerne udpeges medarbejderrepræsentanterne af lederne. Det giver en negativ klang. Det er en anelse følsomt at måle på bløde ting. Medarbejdere skal udpege de medarbejdere, som skal inddrages. I følgegruppen er HK/Kommunal ikke repræsenteret, og de har halvdelen af sagsbehandlerne.

Grethe Munk svarede, at det er ok med en repræsentant i styregruppen, og HK/Kommunal skal selvfølgelig være repræsenteret i følgegruppen. Vedrørende udpegning af medarbejdere i projektet vil forvaltningen overveje og komme med forslag til, hvorledes vi samtidig sikrer medarbejderindflydelse.

Vinnie Eliassen er enig i Britt Petersens kommentarer. Det er vældig svært at lave mål på området. Hun kan ikke love, at løfte opgaven med at sikre at medarbejderne får medejerskab til projektet, uden at baglandet inddrages mere i processen lokalt. Der er naturligvis interesse for at få projektet implementeret i organisationen, så medarbejderne kan se et formål med effektmålingen.

### **Konklusion**

HSU er enige i at indføre projekt om effektmåling og -styring på området børnefamilier med særlige behov, og Steinar Eggen Kristensen fortsætter projektet. Det er aftalt, at vi skal have medindflydelse og at vi lokalt kommer ind i projektet, der indtræder 1 medarbejderrepræsentant i styregruppen, og der udpeges 1 suppleant. Organisationerne sender skriftlige bemærkninger i løbet af en uge. Der indkaldes samtidigt til et møde, hvor lederne skal tage bestik af B-sidens bemærkninger.

### **Punkt 9. Fremtidig samarbejdsstruktur**

Arne Bertram meddelte, at der er udsendt 2 bilag, indstilling om den ny Socialforvaltnings fælles politikgrundlag, hvor HSU skal godkende forslag til fremtidig samarbejdsstruktur i socialforvaltningen samt bilag A, konstituering af samarbejdsudvalg i Socialforvaltningen.

Linda Svendsen nævnte, at der er udarbejdet rammer således, at ASU har retten til at nedsætte lokalsamarbejdsudvalg.

Grethe Munk foreslog at punktet tages op igen på næste møde.

Linda Svendsen bemærkede, at HSU godt kan vedtage indstillingen om de gældende regler for samarbejdsudvalg. B-siden er samtidig interesseret i, at der afholdes en temadag. Derudover ønsker B-siden, at der nedsættes et teknologiudvalg.

#### **Konklusion**

HSU har nikked til papiret i henhold til rammerne af de gældende regler for samarbejdsudvalg. B-siden er interesseret i, at der afholdes en temadag.

B-siden ønsker at der nedsættes et teknologiudvalg.

#### **Punkt 10. Meddelelser**

Der var ingen bemærkninger.

#### **Punkt 11. Eventuelt**

Der var ingen bemærkninger.

#### **Bilag:**

Proces- og tidsplan for målgruppeafklaring og fremtidig teamorganisering

Justeret tidsplan for målgruppeafklaring og teamorganisering lokalt

Modeller i forhold til organiseringen af børnefamilieteamene i de sociale centre

Orientering om status for budget 2007

Referat fra orienteringsmøde vedr. ansættelsesstop

Referat fra orienteringsmøde vedr. ny struktur på rådgivningscentre

Principper og tidsplan for rokering af personale på rådgivningscentre

Referat fra møde med tillidsrepræsentanterne

Projektbeskrivelse for projekt om effektmåling og -styring på området for børnefamilier med særlige behov

Indstilling vedr. den ny Socialforvaltnings fælles politikgrundlag pkt.

1. Medarbejderindflydelse og pkt. 2. Samarbejde mellem ledelsen og tillidsrepræsentanterne

Konstituering af samarbejdsudvalg i Socialforvaltningen