



02-02-2015

Bilag 1: Covernotat for afklaringssporet for myndighed og beskæftigelse

Socialudvalg skal den 25. marts 2015 behandle en sag om resultaterne af de sidste tre ud af syv afklaringsspor i forbindelse med udvikling af misbrugsområdet. Med afsæt i dette bilag med resultaterne for afklaringssporet for myndighed og beskæftigelse lægger forvaltningen op til en udvalgsdrøftelse af sporet. Der har været afholdt to arbejdsgruppemøder i sporet.

Covernotatet indgår i udvalgets drøftelse af, hvordan myndighedsopgaverne bedst løses i det nye Behandlingscenter ud fra principperne om sammenhæng og mening for borgeren og effektiv ressourceudnyttelse. Løsningen skal ikke mindst imødekomme de af brugerne identificerede, udfordringer omkring sammenhæng, helhed og mening. Men også sikre et tæt samspil til beskæftigelsesdelen af indsatsen.

Afklaringsspor 1: Myndighed og beskæftigelse

Hovedudfordringer

De to centre for misbrugsbehandling, der skal fusioneres i Behandlingscentret, har organiseret deres behandling forskelligt. Det ene behandlingscenter varetager også myndighedsopgaver, hvorfor denne del er en mere integreret del af misbrugsbehandlingen. Det andet center er et rent behandlingscenter, hvorfor de ikke varetager opgaver i relation til myndighedsopgaver. Med erfaringerne fra de to forskellige modeller for organisering af myndighed og behandling og ud fra princippet om, at brugeren skal opleve sammenhæng i sit forløb, hvordan løses myndighedsopgaverne da bedst i det kommende Behandlingscenter?

Forskellige synspunkter

Af gode erfaringer fra en integreret model blev det fremhævet, at fleksibiliteten øges og det skaber mindre bureaukrati da viden om borgeren og myndighedsafgørelser er tæt koblet. Det giver bl.a. mulighed for hurtige justeringer i behandlingsforløbene og sikrer sammenhæng i hele borgerens forløb.

Erfaringerne fra en adskilt model var, at det giver mere kontinuitet i sagsbehandlingen for de borgere, som har brug for løbende sagsbehandlingen men går ud og ind af behandlingen. Og at det ikke er alle borgere, der har brug for en social sag.

Arbejdsgruppen var splittet i forhold til den organisatoriske og ledelsesmæssige forankring af myndighedsansvaret, men der var

Sagsnr.

2015-0031231

Dokumentnr.

2015-0031231-1

Sagsbehandler

Mi Kortzau

MR Voksne - personale

Bernstorffsgade 17
1577 København V

Telefax
3317 3731

Mobil
2053 5608

E-mail
Z434@sof.kk.dk

www.kk.dk

samtidig bred enighed om, at myndighedsopgaverne skal løses tæt på borgeren med en helhedsorienteret tilgang. Der var ligeledes en erkendelse af, at de mere krævende myndighedsopgaver som fx kontaktsamtaler og afgørelser ift. enkeltydelser skal varetages af specialister, hvilket vil øge den juridiske kvalitet i afgørelserne og dermed retssikkerheden for borgeren.

Anbefaling

Med udgangspunkt i arbejdsgruppens resultater, den øvrige inddragelsesproces og grundmodellen for omlægningen anbefaler forvaltningen, en myndighedsmodel som lægger sig tæt op ad konstruktionen for Hjemløseenheden. Det betyder for det kommende Behandlingscenter:

- At de helt behandlingsnære opgaver varetages af brugerens kontaktperson som udredning, visitation til den ambulante behandling, indstillinger til andre typer behandling, udarbejdelse af behandlingsplan og evt. social handleplan, evaluering af handleplan og opfølgningssamtaler, koordinering og brobygning, personrettet tilsyn ved evt. dag- og døgnbehandling og evt. udarbejdelse af VUM.
- At øvrige afgørelser og de specialiserede myndighedsopgaver varetages af specialister i enheden, som fx kontaktsamtaler ift. job, afgørelser ift. enkeltydelser, personligt tillæg, helbredstillæg, visitation til dag- og døgnbehandling uden for behandlingsenheden og pensionsadministration. Specialisterne arbejder i den lokale behandlingsenhed, men er tilknyttet en myndighedsenhed i Behandlingscentret. Dermed fastholder man både myndighedsekspertisen og nærheden til borgeren. Man sikrer også en adskillelse mellem den som indstiller og den som afgør, hvilket både giver retssikkerhed og den kvalitet i dokumentationen, som formidling til en anden part er med til at skabe.
- At nogle afgørelser som kræver særlig ekspertise eller overblik kan løses i Borgercentret. Det gælder umiddelbart afgørelser i forhold til boligindstillinger.

Forvaltningen er af den overbevisning, at dette er en model, som bedst mulig tilgodeser helhedsoplevelsen for borgeren uden at gå på kompromis med kvalitet i behandling og myndighedsarbejde.

Effekt for borgerne

Målet er at brugere, der søger behandling for deres misbrug kun bliver mødt med det nødvendige minimum af registrering og dokumentationskrav. Og at borgeren oplever sammenhæng og samarbejde i deres samlede sag/forløb i kommunen mellem forskellige indsatser (behandling, bolig, beskæftigelse mm.).



1. Referat af afklaringsspor: Myndighed og beskæftigelse

Deltagere

Susanne Søgaard Grøn, områdechef, SCK
Dorthe Kristensen, områdechef, SCK
Mette Katrine Ernø, socialrådgiver, SCK
Jesper Langkjær, afdelingsleder, CfMP
Lene Lauter Bay, udviklingsmedarbejder, CfMP
Morten Sylvestersen, behandler, CfMP
Andreas Alexander Reitzel, jurist, Borgerrådgiveren
Charlotte Nellemann, socialrådgiver, RCK
Ditte Marie Blond, socialrådgiver, RCK
Lissi Rolandsen, vejleder, RCK
Janne Bech Jensen, områdechef, RCK
Søren Palle Hansen, områdechef, RCK
Patycja Wyszomirska, socialrådgiver, RCK
Rasmus Balslev, repræsentant fra faglig organisation/DS

De tilstedeværende tog stilling til tre modeller for sammenhæng mellem behandling og myndighedsopgaverne. Nedenstående referat afspejler både de mundtlige og skriftlige udsagn. Referatet er kondenseret omkring de temaer, hvorom argumenterne samlede sig.

Model 1: *Myndighedsopgaverne er en integreret del af behandlingscentret, hvor myndighedsopgaver kan være samlet på en og samme person eller adskilt på forskellige personer.*

Model 2: *Behandling og myndighedsopgaverne er adskilt og ledelsen for myndighedsopgaven er placeret uden for Behandlingscentret. Det vil være forskellige medarbejdere, som varetager henholdsvis behandling og myndighedsopgaver.*

Model 3: *De behandlingsnære myndighedsopgaver placeres i Behandlingscentret og de øvrige myndighedsopgaver placeres uden for centret.*

Helhed og sammenhæng

Et overordnet argument for model 1 var, at integrationen af myndighed og behandling skaber helhed og sammenhæng for borgeren. Præmissen er, at borgerens misbrugsproblem væver sig ind i andre problemer, et forhold, som en integreret model er bedst i stand til at håndtere. Alternativet er opsplitning i flere enheder, som borgeren skal forholde sig til. "Klienten skal kun gå et sted hen" er således en vigtig del af argumentet, fordi mange af brugerne har svært ved at orientere sig i komplekse systemer. Desuden skaber modellen

MR Voksne - personale

Bernstorffsgade 17
1577 København V

Telefax
3317 3731

Mobil
2053 5608

E-mail
Z434@sof.kk.dk

www.kk.dk

”god sammenhæng i tværfaglig indsats nær borgeren ved komplicerede sager” – altså igen kompleksitet ved sammenvævningen mellem misbrug og andre problemer. Her blev der fx refereret til erfaringer med RCKs samspil med beskæftigelsesindsatsen.

Som et andet ”sammenhængsargument”, fremkom også, at det tætte samspil mellem myndighed og behandling giver øget fleksibilitet, når koblingen mellem myndighedsafgørelser og behandlingsforløb giver mulighed for hurtige justeringer i behandlingsforløbene. Konkret når visitation, udredning, behandling og behandlere alle i samme organisation. Dermed er der et tæt, fleksibelt og ubureaukratisk samspil mellem viden om borgeren og afgørelser i borgerens forløb. For borgeren er fordelene, at de skal forholde sig til færre nye medarbejdere, samtidig med at de får en hurtig, velunderbygget afgørelse.

Argumentationen blev også understøttet af historiske referencer fra to deltagere på mødet. En medarbejder har prøvet at arbejde i både model 1 og 2, og foretrækker den integrerede model 1. En anden medarbejder havde erfaring med tiden inden behandling og myndighed blev slået sammen, og dengang var det et løbende problem, at der var for langt fra behandlingen til myndighedsopgaven.

En af fortalene for model 1 sammenfattede argumentationen for integration på det ledelsesmæssige - og organisatoriske plan med at): ”Integrationen gør, at medarbejdere og ledere tager - og føler - ansvar for borgernes samlede situation”.

En fortaler for model 2 bemærkede imidlertid, at de to modeller begge bygger på præmissen, om at myndighedsopgaven skal løses tæt på borgeren med en helhedsorienteret tilgang. Der kan være meget at hente i at få relevante myndighedsafgørelser tættere på behandlingen, end de er i dag i fx Center for Misbrugsbehandling og Pleje. Blot bør det være borgeren, der definerer, hvad der er vigtigt at have tæt på. Det blev argumenteret, at forskellen på de to modeller er den organisatoriske, ledelsesmæssige forankring, og hvor vidt medarbejdere bør løfte begge opgaver, eller der skal en specialisering til. Og med en specialisering af myndighedsopgaven kunne man godt lægge afgørelserne i et myndighedscenter, der havde fremskudt sagsbehandling, og stadig tale om helhedsorienteret behandling.

Fortalere for en organisatorisk og ledelsesmæssig adskillelse (model 2) fandt, at det faktisk kunne give mere helhed for borgeren, hvis man skilte myndighedsopgaverne ud af behandlingen, fordi sammensmeltningen giver risiko for, at borgeren bliver mere ”misbruger” end ”borger med et misbrug”. Der blev spurgt: ”Hvad med sammenhængen til borgerens andre problematikker, hvis

misbruget er i centrum og ikke borgerens samlede situation i centrum”? Synspunktet var også, at en adskillelse giver mere kontinuitet i sagsbehandlingen for de borgere, der har brug for en løbende sagsbehandling men går ind og ud af behandlingen.

Kvalitet i behandlingen

Fortalerne for model 1 finder, at integration af myndighed og behandling er kvalitetsskabende, fordi det giver en nødvendig helhedsforståelse af behandlingen. Fortalere for model 2 finder, at integrationen mudrer behandlingsindsatsen og forringer kvaliteten af den egentlige misbrugsbehandling. En del af ”mudringen” er også den sammenblandede og forvirrende dokumentationsbyrde, der både skal understøtte behandling og sagsbehandling, men ikke skaber målrettethed i dokumentationen for den specifikke misbrugsbehandling.

Kompetencer

Som nævnt ovenfor var der bred enighed om, at myndighedsopgaver med fordel kan løses tæt på borgeren. Der var – i varierende grad – enighed om, at det imidlertid kan være svært for den enkelte medarbejder både at være kvalificeret behandler og kvalificeret sagsbehandler. Erfaringer fra Rådgivningscenter København viser, at det *kan* være krævende at have to kasketter på, men det kan der kompenseres for ved at have god og løbende introduktion. En anden deltager supplerede, at integration af de to roller forudsætter løbende kompetenceudvikling. Nogle deltagere gav tydeligt udtryk for, at behandling bør ses som en specialistopgave og myndighedsopgaven ligeledes er en specialistopgave, og de begge bør udføres som specialistopgaver. Nogle havde den holdning, at funktionerne godt kan være adskilt på personer men ikke organisatorisk i form af fx fremskudt sagsbehandling, da det vil gå ud over helhedsblikket. Erfaringer fra Socialcenter København er, at det – endog for specialister – kan være yderst krævende overhovedet at holde styr på paragrafferne i myndighedsarbejdet.

Unødig klientgørelse

Mere end en deltager gav udtryk for, at man i behandlingssystemet skal passe på med at gøre alle til sociale klienter, fordi de søger behandling for misbrug. Der er også fx alkoholbehandling af ”hr. og fru Danmark”. Vi skal ikke gøre dem alle til klienter, hvilket er en risiko ved integration af myndighedsopgaven. Argumentet var også, at forvaltningen heller ikke har råd til at gøre alle, der søger behandling til en social sag med dertil hørende myndighedsopgaver.

Visitation

Nogle deltagere trak på erfaringer med visitation til dag- og døgn fra hhv. RCK og fra alkoholbehandlingen. Erfaringen med sidstnævnte var, at det fungerer mindre godt med visitation fra borgere i

alkoholbehandlingen, fordi der er den organisatoriske afstand. Forståelsen var, at man mister viden mellem behandlingen og visitationen. En anden sagde supplerende: ”At visitationen kan komme for langt væk fra borgeren og fagligheden bliver dermed udtyndet i visitationen”.

På den anden side blev der fremført argument om, at adskillelsen også giver kvalitetssikring, fordi man skal lave ordentlig dokumentation og behandlingsplaner, når man skal sende sagen videre.

Retssikkerhed

Nogle mente, at model 2 med et ”armslængdeprincip” er bedst til at give borgeren retssikkerhed.

Det blev fremført som argumentet, at en udskillelse og samling af nogle af de krævende myndighedsopgaver, vil give en øget juridisk kvalitet i afgørelserne og dermed også retssikkerhed til borgeren.

Hertil blev det bemærket, at den eksisterende – mere decentrale – løsning i RCK imidlertid giver relativt få klager, hvilket – var argumentet – indikerer, at også denne model kan give retssikkerhed til borgeren.

Effektivitet

Fortalere for model 2, fandt, at det giver en effektivisering at centralisere løsningen af myndighedsopgaverne. Og at integrationen risikerer at skabe ekstraopgaver, hvis alle der kommer ind behandlingen bliver til sociale sager.

Fortalere for model 1 fandt, at det sparer resurser, når sagen kun behandles et sted og der derved er mindre brug for resurser til koordinering end i model 2. Konkrete eksempler var beskæftigelsesindsatsen og udgående medarbejdere (og det tidligere nævnte eksempel med visitationen).

Det blev fremført, at det er en falsk præmis overhovedet at tale om ”én indgang”, for mange borgere skal forholde sig til BIF, Betalingsservice, Regioner m.fl.

Borgerrådgiveren

Repræsentanten for Borgerrådgiveren anbefalede ikke nogle af modellerne, men kunne se forskellige fordele og ulemper ved dem. For model 1 kunne man således godt forstå, hvis det gav anledning til tvivl, om den enkelte sagsbehandler kan løfte både udfører- og myndighedsopgaverne, ligesom det er forståeligt, hvis nogle borgere fandt det tillidsmæssigt problematisk, hvis de to roller er integreret. På den anden side, var det forståeligt, hvis man i et borgerperspektiv var bekymret for en mere fragmenteret opgaveløsning, hvis man splitter de to opgaver ad.

2. Referat af afklaringsspor: Myndighed og beskæftigelse

Deltagere

Susanne Søgaard Grøn, områdechef, SCK
Dorthe Kristensen, områdechef, SCK
Mette Katrine Ernø, socialrådgiver, SCK
Jesper Langkjær, afdelingsleder, CfMP
Lene Lauter Bay, udviklingsmedarbejder, CfMP
Morten Sylvestersen, behandler, CfMP
Charlotte Nellemann, socialrådgiver, RCK
Ditte Marie Blond, socialrådgiver, RCK
Lissi Rolandsen, vejleder, RCK
Janne Bech Jensen, områdechef, RCK
Søren Palle Hansen, områdechef, RCK
Patycja Wyszomirska, socialrådgiver, RCK
Linda Svendsen, repræsentant for de faglige organisationer/HK

Afbud

Andreas Alexander Reitzel, jurist, Borgerrådgiveren
Rasmus Balslev, repræsentant fra faglig organisation/DS (Linda Svendsen vikarierede)

Det andet møde i afklaringssporet havde fokus på de enkelte myndighedsopgaver, og deres placering i Borgercentret: Skulle den enkelte opgave løses af alle kontaktpersoner, af specialister på enheden eller af specialister i borger/behandlingscentret? De opgaver man skulle tage stilling til var:

- Visitation til enheden
- Casemanagere
- Social handleplan (§141)
- Registrering i NAB / stofmisbrugsdatabasen
- Enkeltydelser, personlige tillæg og helbredstillæg
- Boligindstilling
- Jobsamtaler
- Pensionsadministration
- Visitation til dag- og døgnbehandling
- VUM
- Personrettet tilsyn

Konsensus og uenighed

Sammenfattende må man sige, at der var en langt større enighed på dette møde end på første møde. Enigheden opnåedes i høj grad ved at tage diskussionen om den organisatoriske og ledelsesmæssige forankring ud af gruppens diskussioner og overlade denne beslutning til Formandskab og direktion. Det betyder, at referatet ikke kan tages

til indtægt for en bestemt måde at organisere sig på, og at det dermed fortsat er åbent, om myndighedsafgørelser skal foretages i Behandlingscentret eller i Borgercentret / myndighedscentret bl.a. ved fremskudte indsatser.

På denne baggrund opnåede man i de tre grupper mindre grupper, man arbejdede i på dagen, enighed om placeringen af alle opgaverne på nær en/to opgaver:

- Nogle mente, at VUM og den sociale handleplan skulle løses fremskudt af A, mens andre mente, at opgaven lå hos specialister i enheden.
- Nogle mente, at VUM skulle ligge hos kontaktpersonen, mens andre mente, den skulle ligge hos en specialist i enheden.
- Nogle mente, at visitation til dag- og døgn skulle ligge centralt i Borger-/behandlingscentret, mens andre mente, det skulle være hos specialister i enheden.

Mellem grupperne var der også nogle differencer:

- En gruppe mente – i modsætning til de to andre – at enkeltydelser, personlige tillæg, helbredstillæg og pensionsadministration skulle afgøres / administreres centralt.
- Der var mellem og i grupperne variation i snittet mellem, hvad den enkelte kontaktperson skulle varetage, og hvad lokale specialister skulle varetage. Der hvor der var deciderede forskellige opfattelser var i forhold til: Jobsamtaler, visitation til enheden og registrering i NAB / Misbrugsdatabasen.

Lokal myndighedsvaretagelse

Der var bred enighed om, at langt de fleste af myndighedsopgaverne skulle løses i den enhed, som brugeren er tilknyttet. Mange af opgaverne skulle varetages af lokale specialister ("kompetente nøglepersoner"), mens andre skulle varetages af brugerens behandler / kontaktperson. Argumentet for, at det skulle være lokal opgaveløsning var, at det skulle være borgernært. Når en del af opgaverne bør løses af specialister er det fordi, opgaveløsningen kræver, at man er opdateret på lovgivning, samarbejdet med BIF og anden specialistviden.

Beskæftigelse

Der var overvejende enighed om, at jobsamtaler skulle placeres i enheden hos en specialist, fordi det giver den bedste balance mellem helhedsorienteret indsats og specialiseret viden om beskæftigelseslovgivningen og jobcentrenes IT-systemer. Der var dog også synspunktet, at behandleren kunne varetage jobsamtalen med en specialist som back up.

Der var enighed om, at det i behandlingsregi fortsat kun er relevant at afvikle jobsamtaler for de svage borgere, som nu er omfattet af ordningen (aktivitetsparate med mentor) og ikke de resursestærke borgere.

Differentiere efter funktionsniveau

Der var flere, som pegede på en række opgaver, der ligger på grænsen mellem at skulle løses af en lokal specialist i enheden eller af brugerens kontaktperson / behandler. Et forslag til differentiering var efter funktionsniveau: At brugere med meget dårligt funktionsniveau bliver hjulpet i de fleste henseender af kontaktpersonen med specialisten som konsulent, mens bedre fungerende får løst flere opgaver direkte af specialisten med myndighedskompetence. Det blev samtidig - af flere - understreget, at brugere med et højt funktionsniveau ikke skal klientificeres unødigt.

Behandlingsgaranti

Behandlingsgarantien blev også nævnt som årsag til, at nogle opgaver lå på grænsen mellem kontaktperson og specialist. Måden kommunen vælger at indfri behandlingsgarantien med straksbehandlingen har betydning for arbejdsdeling mellem kontaktperson og specialist. Der ligger således fra en af delgrupperne en opfordring til, at se nærmere på håndteringen af behandlingsgarantien i det kommende behandlingscenter.

Casemanagement

Der blev foreslået en ramme for at skabe en helhedsorienteret, nærværende og samtidig specialiseret opgaveløsning i forhold til borgernes samlede problematikker: Casemanagement i team. Det vil sige, at kontaktperson/ behandler og fx en socialrådgiver er sammen i et team, der tilsammen varetager den løbende kontakt til brugeren og de mere specialiserede behov, der dukker op. Teamet kan have integreret myndighedsspecialist eller komme med indstillinger til fremskudt myndighed alt afhængig af, hvilken organisatorisk model, man vælger.

Centraliseret opgaveløsning

Der var kun få opgaver, som nogle pegede på, skulle løses centralt i behandlings-/borgercentret. De opgaver som kunne komme på tale var afgørelser ift. enkeltydelser, personlige tillæg, helbredstillæg; visitation til dag- og døgn uden for enheden og pensionsadministration. Et mindretal argumenterede for, at også det personrettede tilsyn kunne ligge centralt sammen med afgørelser af visitation til eksterne tilbud. Der var generel enighed om, at alle indstillinger skulle udarbejdes tæt på borgeren, og det var afgørelserne på nogle områder, nogle kunne se fordele i at centralisere (som det også kendes fra boligindstillingerne og fra RCKs organisering af enkeltydelserne). En ad hoc kommentar var, at *hvis* det besluttes at

lægge visitationen centralt, er det vigtigt, at brugeren fortsat har let ved at deltage i visitationsmødet.

Begrebsafklaring

Deltagerne på mødet anbefalede i enighed, at forvaltningen - i det videre arbejde med udviklingen af Behandlingscentret - definerer behandlingsbegrebet. Hvad forstår vi ved misbrugsbehandling i Københavns Kommune og i det kommende behandlingscenter? Grunden til anbefalingen var, at diskussionerne ofte bundede i væsensforskellige opfattelser af behandlingsbegrebet. At man enten forstår behandling som en specifik intervention ift misbruget, eller man forstår behandling som den samlede sociale indsats overfor borgeren med misbruget. Begge opfattelser vægter helhedstækning og en dertil hørende koordinering (casemanager), men der er forskellige opfattelser af, hvor vidt casemanaging og myndighed er en egentlig del af behandlingen.