

## **FORTEGNELSE OVER ORIENTERINGMATERIALE**

til medlemmerne af Sundheds- og Omsorgsudvalget

### **Materiale omdelt til udvalget på mødet den 27. marts 2008**

- Forslag til embedsmandsdeltagelse i det ordinære møde i Sundheds- og Omsorgsudvalget d. 27. marts 2008
- Høringssvar vedrørende dagsordenspunkt 4 "Revideret plan for implementering af sundhedspolitikken
- Høringssvar vedrørende dagsordenspunkt 6 "Valg til Ældrerådene 2008".
- Administrativt høringssvar om strategi for alkoholbehandling.
- Invitation til åbning af aktivitetscenter Sankt Joseph d. 2. april 2008.
- Brev fra Servicestyrelsen, Center for Social Service om bedre kvalitet i ældreplejen.
- Oversigt over løbende kommende sager til SOU

### **Fremlagt i mødelokalet**

- Vi og Hiv (fra HIV Danmark), marts 2008
- Pjece fra Servicestyrelsen om bedre kvalitet i ældreplejen



**Til Sundheds- og Omsorgsudvalget**

26-03-2008

**Embedsmandsdeltagelse til det ordinære møde i Sundheds- og Omsorgsudvalget d. 27. marts 2008**

Sagsbehandler:  
Søren Frilander

**Direktionen:**

Lene Sillasen  
Hanne Baastrup  
Anne Mette Fugleholm  
Kenneth Kristensen

**Center for Politik og Ledelse**

Per Christensen  
Michala Jessen

**Juridisk Afdeling**

Claus Westh Sørensen

**Punkt 2: Godkendelse af regnskab 2007**

Andreas Jegstrup, Økonomichef  
Charlotte Baungaard, Souschef

**Punkt 3: Budget 2009 – budgetforslag**

Andreas Jegstrup, Økonomichef

**Punkt 4: Revideret plan for implementering af sundhedspolitikken**

Jens Egsgaard, sundhedschef

**Punkt 5: Rapport fra borgerrådgiveren om magtanvendelse**

Lars Matthiessen, Administrationschef  
Lone Ahm Hansen, Leder af juridisk afdeling

**Sekretariatet - Rådhus**

Rådhuset  
1599 København V

Telefon  
3366 2383

E-mail  
VG38@suf.kk.dk

www.kk.dk



**KØBENHAVNS KOMMUNE**  
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen  
Center for Faglig Udvikling

**NOTAT**

## Høringssvar fra Ældrerådene

26-03-2008

Sagsnr.  
1101-320495

Dokumentnr.  
2008-161758

Sagsbehandler  
Lone Vinhard

Vedlagt Ældrerådernes høringssvar til den reviderede plan for implementering af Sundhedspolitikken 2008-2009.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen modtog høringssvaret den 25. marts, høringssvaret er derfor ikke indsat i indstillingen, som forelægges Sundheds- og Omsorgsudvalget den 27. marts 2008. Høringssvaret har ingen konsekvenser for indholdet i indstillingen.

**Center for Faglig -  
Udvikling**

Sjællandsgade 40, -H334  
2200 København N

Telefon  
3530 3554

E-mail  
QM07@suf.kk.dk

EAN nummer  
5798009290809

[www.kk.dk](http://www.kk.dk)

Den 25. marts 2008

Til Sundheds- og Omsorgsområdet

Vedr. høring om "Revideret plan for implementering af Sundhedspolitikken 2008-2009"

Ældrerådene har fået indstillingen, med den reviderede plan til høring.

Rådene har med stor tilfredshed fulgt den debat, der har været i medierne i de senere år om at danskernes levetid skal op på højde med det, den er i en lang række andre lande, og at der i det hele taget kan gøres meget på det sundhedsmæssige område, ikke alene for at få denne alder højere end i dag, men tillige for at give de pågældende en bedre livskvalitet.

Mange såvel professionelle sundhedsrepræsentanter som andre deltager i den løbende debat på området.

Sundhedsfremme sker imidlertid ikke i sig selv, hvorfor der tages mange initiativer på dette område.

Det er derfor med stor beklagelse rådene har gennemlæst indstillingen, med det tilhørende bilag, hvoraf det tydeligt fremgår, at der er meget langt fra de smukke ord til handling.

Der er øjensynligt så mange gode initiativer, der ikke kan tages, fordi der kun er afsat meget begrænsede midler på området.

Dette forekommer så meget desto mere ejendommeligt, som at der samfundsmæssigt vurderes at være særdeles store besparelser ved en gennemførelse af de beskrevne indsatser.

For at få troværdigheden tilbage på området må rådene forvente, at der på budgettet for 2009 til dette vil blive afsat væsentligt flere midler, end det er tilfældet i 2008.

Denne udtalelse er tiltrådt på mødet i ældrerådernes Formandsgruppe i dag.

Der henvises i øvrigt til de udtalelser, de enkelte ældreråd måtte fremkomme med.

Rådene ønsker, at der i forvaltningens referat til Sundheds- og Omsorgsudvalget af dette høringssvar skrives følgende resume af svaret:

*"Ældrerådene har noteret sig anvendelsen af de meget begrænsede midler, der omhandles i planen, men skal så stærkt som det er muligt beklage, at der ikke er afsat flere midler på dette meget højt prioriterede område. Rådene forventer, at de mange smukke ord om sundhedsforbedringer, herunder længere levetid, vil give sig udslag i væsentligt forøgede midler til området i budget 2009".*

Med venlig hilsen

Steen R. Jeppson  
Formand

Bent Johansen  
Næstformand





## Til Sundheds- og Omsorgsudvalget

Dato  
26-03-2008

### **Nyankomne høringssvar til indstilling om ældrerådvalg:**

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har sendt indstillingen om afholdelse af ældrerådvalg i høring i ældrerådene og lokaludvalgene. Der blev i den forbindelse givet to frister for afgivelse af høringssvar: d. 13. marts og d. 26. marts.

Hvis svarene blev indgivet inden den 13. marts klokken 12, er de blevet sendt med ud til udvalgsmedlemmerne sammen med dagsordenen.

Hvis svarene derimod er modtaget af forvaltningen imellem den 13. marts og den 26. marts, er de ikke på forhånd sendt til udvalgsmedlemmerne og omdeles i stedet på mødet.

Der er i perioden kommet 4 nye høringssvar:

1. Valby Lokaludvalg
2. Kgs. Enghave Lokaludvalg
3. Amager Vest Lokaludvalg
4. Bispebjerg Lokaludvalg

De nye høringssvar har ikke umiddelbart givet anledning til ændringer i indstillingen.

Venlig hilsen

Søren Frilander  
Udvalgssekretær

**Sekretariatet**

Sjællandsgade 40, H102  
2200 København N

Telefon  
3530 3116

E-mail  
TV86@suf.kk.dk

[www.kk.dk](http://www.kk.dk)



Sundheds- og Omsorgsforvaltningen  
Center for Politik og Ledelse  
Rådhuset  
1599 København V

Valby den 18. marts 2008

### Høringssvar til Ældrerådsvale 2008

Valby Lokaludvalg har på det ordinære møde den 11. marts 2008 drøftet høringssvar til Ældrerådsvale 2008.

Valby Lokaludvalg bakker op om høringssvar fra Valby Ældre-/Seniorråd vedrørende Ældrerådsvale.

Lokaludvalget finder det rigtigt, at medlemmer af Ældreråd bør have fast bopæl i det område, man er valgt i.

Lokaludvalget mener desuden, at det vil være hensigtsmæssigt at nedsætte antallet af medlemmer og suppleanter, som foreslået af Valby Ældre-/Seniorråd.

Med venlig hilsen

Ejner Jensen



**KØBENHAVNS KOMMUNE**  
Kgs. Enghave Lokaludvalg

Til Sundheds- og Omsorgsudvalget

Dato  
17-02-2008

### **Ældrerådsvalg - høringssvar**

Kgs. Enghave Lokaludvalg støtter, at der holdes valg til 12 ældreråd i de områder, der dækkes af det tilsvarende antal lokaludvalg.

Erfaringerne fra Vesterbro og Kgs. Enghave Lokaludvalg er, at det er vigtigt at fastholde de nærdemokratiske organer tæt på borgerne. Vesterbro og Kgs. Enghaves forskelligheder hvad angår både befolknings sammensætning, kultur, identitet, sociale problemerstillinger m.m. gør, at der skal være både et selvstændigt Lokaludvalg og et selvstændigt Ældreråd i bydelene.

Med venlig hilsen

Lise Granerud  
Formand for Kgs. Enghave Lokaludvalg

**Kgs. Enghave  
Lokaludvalg**

Valdemarsgade 4, Kbh V/  
Wagnersvej 19  
2450 København SV

Telefon  
36148455

E-mail  
kgsenghavelokaludvalg@  
okf.kk.dk

EAN nummer  
5798009800213

www.kongsenghavelokal  
udvalg.kk.dk

## **Hørings svar fra Amager Vest Lokaludvalg**

**Fra:** Christian Peter Schrøder

**Sendt:** 25. marts 2008 16:44

**Til:** Michala Jessen

**Cc:** 'Lars Rimfalk Jensen'; 'Lars Rimfalk Jensen'; Christianshavns Kanal

**Emne:** SV: Høring af lokaludvalg om ældrerådvalg

Kære Michala Jessen

Tak for din mail om Ældrerådvalget.

Amager Vest Lokaludvalg har formuleret følgende svar:

"Amager Vest Lokaludvalg tager orienteringen om afholdelsen af Ældrerådvalget til efterretning".

P.v.a. udvalget

Christian Peter Schrøder

---

Christian Peter Schrøder  
Udvalgssekretær for Amager Vest Lokaludvalg

Københavns Kommune  
Økonomiforvaltningen  
Center for Borgerservice  
Rådhuset 1. sal, lok. 24  
Telefon 33 66 25 59

[cps@okf.kk.dk](mailto:cps@okf.kk.dk)  
EAN-nr. 5798009800213

[www.amagervestlokaludvalg.kk.dk](http://www.amagervestlokaludvalg.kk.dk)





**KØBENHAVNS KOMMUNE**  
Økonomiforvaltningen

Københavns Kommune  
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen  
Center for Politik og Ledelse  
Rådhuspladsen  
1599 København V.

### Høring vedrørende ældrerådvalg 2008

Bispebjerg Lokaludvalg har med tak modtaget høringsmaterialet vedrørende: Valg til Ældrerådene 2008

Sagen har været behandlet i lokaludvalgets socialudvalg og på lokaludvalgsmødet den 13. marts.

I den anledning skal vi venligst oplyse, at vi ingen bemærkninger har til forslaget.

Venlig hilsen

Alex Heick  
Formand  
Bispebjerg Lokaludvalg



Bispebjerg Lokaludvalg  
Kulturhuset Bispebjerg  
Dortheavej 61  
2400 København NV

Tlf.: 38 14 02 60

E-mail:  
Bispebjerglokaludvalg@okf.kk.dk

EAN nummer:  
5798 0098 00213

[www.bispebjerglokaludvalg.kk.dk](http://www.bispebjerglokaludvalg.kk.dk)



Socialforvaltningen  
Mål- og rammekontoret for misbrug og bolig  
Bernstorffsgade 17  
1592 København V

25. marts 2008

Att.: Mi Kortzau

### **Sundheds- og Omsorgsforvaltningens høringsvar vedrørende Københavns Kommunes "Strategi for alkoholbehandling"**

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil indledningsvis anerkende, at Socialforvaltningen udvikler en strategi for alkoholbehandling i Københavns Kommune. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen finder, at det er vigtigt, at Københavns Kommune tilbyder alkoholbehandling af høj kvalitet, som i lighed med målsætningerne i alkoholpolitisk handlingsplan tilgodeser de forskellige behov, der er hos borgere med alkoholproblemer.

Strategien præsenterer et overordnet mål om, at alkohol ikke skal stå i vejen for borgernes muligheder for at realisere eget liv og bidrage til samfundet. Målet kan tillige være en begrænsning af skader som følge af alkoholafhængigheden, herunder menneskelige, familiemæssige, sociale eller sundhedsmæssige skader. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen mener, at sidstnævnte mål bør være en del af den overordnede målsætning, da alkoholbehandlingen må forventes også at skulle bidrage til forfølgelsen af Sundhedspolitikens overordnede mål. Desuden bør strategien afspejle sammenhæng mellem alkoholbehandling og forebyggende indsatser.

Som omtalt i strategien er kun 17 % af de alkoholafhængige borgere i behandling. På den baggrund savnes det, at strategien forholder sig tydeligere til rekruttering til alkoholbehandling, som må anses for at være en central udfordring. De nuværende erfaringer viser, at selv for så vidt angår de grupper, hvis behov imødegås med de nuværende behandlingstilbud, er der kun en relativt lille andel af de alkoholafhængige i behandling.

#### *Integration mellem alkohol- og stofmisbrugsbehandling*

I strategien lægges op til en sammenlægning af alkohol- og stofmisbrugsbehandlingen. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er enig i, at det er væsentligt, at opmærksomheden rettes mod den risiko, der er for, at stofmisbrugsbehandlingen vil bruge alle ressourcerne. Desuden er det væsentligt i denne sammenhæng at være opmærksom på, at forekomsten af borgere med alkoholproblemer er langt større end forekomsten af stofmisbrugere.

#### *Alkoholbehandlingens målgrupper*

Strategien prioriterer en række særlige grupper med fokus på marginaliserede og udstødte borgere. Der er en omvendt social gradient i an-

**Folkesundhed  
København**

Sjællandsgade 40  
2200 København N

Telefon  
35 30 35 30

Telefax  
35 30 35 44

Direkte telefon  
35 30 35 37

E-mail  
Mette.Riegels@suf.kk.dk



delen af københavnere, der drikker over genstandsgrænserne (Folkesundhedsrapporten for Københavns Kommune, 2005), således at andelen af borgere med et overforbrug af alkohol er størst blandt de højt uddannede. Det er således nødvendigt, at behandlingsstrategien sikrer, at der fortsat er tilbud om alkoholbehandling, som imødegår behandlingsbehovet blandt de veluddannede borgere, som ikke i øvrigt er i kontakt med Socialforvaltningen og ej heller med øvrige tilbud i kommunen.

Det stærke fokus på marginaliserede og udsatte borgere understreges af, at strategien på side 3 under *Evidens og effektstyring* afsnit 2, linie 3 står: "Det betyder, at Socialforvaltningens brugere kan få glæde af...". Sundheds- og Omsorgsforvaltningen finder, at der er behov for, at alle borgere med et behandlingskrævende alkoholforbrug kan få glæde af de nyeste teknologier, og at målgruppen for behandlingen er alle borgere med alkoholproblemer uanset social status og brug af socialforvaltningens øvrige tilbud.

Strategien fremhæver gruppen af yngre alkoholmisbrugere. Det er uklart hvordan denne målgruppe afgrænses. Er det unge, som lever et ungdomsliv, eller er det unge voksne, hvoraf nogle måske har småbørn?

#### *Tidlig intervention*

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er enig i potentialet i tidlig intervention i arenaer som almen praksis, jobcentre, arbejdspladser etc. Etablering af sammenhæng mellem den tidlige indsats og alkoholbehandlingen herunder tilpassede behandlingstilbud som fx fremskudt alkoholbehandling og dagtilbud må formodes at styrke alkoholbehandlingsindsatsen i kommunen. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen finder ligeledes potentiale i borgernære og let tilgængelige tilbud om alkoholbehandling. I forbindelse med udviklingen af disse tilbud er dialog og koordinering med øvrige forvaltninger væsentlig, for at sikre samspil mellem alkoholbehandlingen og eksisterende tilbud på tværs af forvaltninger. Derudover anbefales det at medtænke et samarbejde med hospitalerne i forhold til blandt andet den fremskudte behandling.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens tilbud om uddannelse af alkoholnøglepersoner på kommunens arbejdspladser har vist, at det er vigtigt med et synligt tilbud til arbejdspladserne i kommunen, således at det er klart, hvortil arbejdspladserne kan henvise medarbejdere med alkoholproblemer.

I forhold til unge savnes der i strategien opmærksomhed på potentialet i både sekundær forebyggelse og særligt primær forebyggelse. I den forbindelse har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen positive erfaringer med en sundhedsfremmende indsats målrettet de udsatte unge på

tekniske skoler og produktionsskoler. Desuden er der som led i indsatsen positivt samarbejde med U-turn, og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen finder det derfor positivt, hvis indsatsen målrettet yngre alkoholmisbrugere kan integreres i U-turns tilbud. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har desuden en række andre tilbud om primær forebyggelse.

En stigende andel af ældre har et overforbrug af alkohol, og det må derfor forventes, at de borgernære tilbud også skal kunne håndtere denne gruppe borgere. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen forbereder i 2008 at etablere opsporing af ældre med alkoholproblemer, i den forbindelse vil brobygning til alkoholbehandlingen være væsentlig. I regi af Sundhedscentrene er der etableret livsstilssamtaler med brugerne, hvor blandt andet alkohol indgår. I den forbindelse kunne det være en idé, at der etableres brobygning til alkoholbehandlingen med henblik på at fremme rekrutteringen af borgere med alkoholproblemer til alkoholbehandling.

#### *Familieperspektivet i alkoholbehandlingen*

I strategien omtales flere steder alkoholproblemernes betydning for omgivelserne herunder børn i hjem med alkoholproblemer. Gennem de senere år har det nationale projekt "Børn i familier med alkoholproblemer" administreret af Sundhedsstyrelsen vist resultater, som peger på at familieperspektivet bør være centralt i alkoholbehandlingen, således at der ydes støtte til partner og børn. Det er veldokumenteret, at børn der vokser op i hjem med alkoholproblemer har større risiko for selv at få alkoholproblemer og udvikle psykiske og sociale problemer. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen finder derfor, at strategien bør bidrage til at sikre, at der systematisk etableres støtte til børn, når deres forældre søger alkoholbehandling.

#### *Koordinerende samarbejde*

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen bifalder etableringen af koordinerende samarbejde på området og ser frem til at deltage.

Med venlig hilsen



Jette Jul Bruun

Folkesundhedschef



## Strategi for alkoholbehandling

Socialforvaltningen overtog pr. 1.1.2007 ansvaret for alkoholbehandlingen. Ansvaret er indtil videre varetaget ud fra forskellige retningslinier og med løbende ad-hoc løsninger. Formålet med denne strategi er at give retning for den fremtidige udvikling og drift af alkoholbehandlingen. Strategien består af fire overordnede mål og en række principper. Afslutningsvis konkretiseres strategien med en række indsatsområder, som vil blive uddybet i kommende handleplaner.

### Eksisterende retningslinier

Der er en række eksisterende retningslinier, som denne strategi skal integrere.

Helt overordnet er Socialudvalgets mission og målsætninger retningsgivende for alkoholstrategien. I forhold til alkoholområdet er det særlig relevant,

- at tage afsæt i borgernes behov
- at styrke borgernes ressourcer til selv at håndtere deres liv
- at gøre det omkostningsbevidst
- at gøre det videns / evidensbaseret

Udover de generelle målsætninger, godkendte Socialudvalget d. 22.11.2006 et foreløbigt strategioplæg på misbrugsområdet (SUD 441/2006, J.nr. 441/2006). Oplægget peger på en integration af alkohol- og stofområdet, hvor hensynet til borgernes behov og effektiv ressourceudnyttelse opprioriteres til fordel for fokus på rusmidlets karakter. Strategioplæggets principper og fokusområder er integreret i herværende strategi.

D. 9.2.2006 vedtog Borgerrepræsentationen "Alkoholpolitisk handleplan for Københavns Kommune 2006-2009". En plan som behandlede alkoholproblematikken på tværs af forvaltningerne. Handleplanen blev alene vedtaget som principprogram uden medfølgende finansiering. De foreslåede tiltag for alkoholbehandlingen er derfor ikke implementeret, men stadig retningsgivende og derfor integreret i herværende strategi.

### 4 overordnede mål

Det overordnede mål for indsatsen er, at alkohol ikke står i vejen for borgernes muligheder for at realisere eget liv og bidrage til samfundet. Målet kan nås ved afholdenhed eller ved et mere kontrolleret forbrug af alkohol. Målet kan tillige være en begrænsning af skader som følge af alkoholafhængigheden, herunder menneskelige, familiemæssige, sociale og sundhedsmæssige skader.

#### 1. Færre skader og omkostninger for den enkelte

Der skal opnås positive, målbare resultater af behandlingen for borgeren.

Målet for Københavns Kommune er, at behandlingen skal holde en kvalitet, så indikatorer for behandlingseffekt er mindst lige så gode som de øvrige regioner og kommuner. Det gælder indikatorer på alkoholforbrug, gennemførte behandlingsforløb, funktionsniveau, tid mellem tilbagefald og eventuelle livskvalitetsindikatorer (ASI). Det forudsættes her, at de "hårde mål" afspejles i bløde mål som livskvalitet for de borgere, der nyder godt af behandlingen.



### *2. Færre skader og omkostninger for samfundet*

Omkostningerne ved alkohol kan gøres op i direkte og indirekte omkostninger. De direkte omkostninger er udgifter til alkoholbehandling. De indirekte omkostninger er i form af alkoholbetingede sygdomme og deres behandling i sygehusvæsenet, nedsat arbejdsevne, sociale omkostninger, kriminalitet og trafikulykker.

I Københavns Kommune udgør de direkte omkostninger 26 mill. kr. Hertil kommer udgifter til pleje- og omsorgsophold på 25,2 mill.

Der er ikke aktuelle beregninger på de indirekte udgifter i Københavns Kommune, men tidligere beregninger peger på henholdsvis 1 milliard i 1994 (Københavns Kommunes Sundhedsplan 2000-2005, 2005) og 1,2-1,8 milliarder i 1999<sup>1</sup>.

Målet for Københavns Kommune er, at behandlingen bidrager med en signifikant mindskelse - i løbet af 5 år - for de indirekte udgifter i forbindelse med alkoholmisbruget.

### *3. Flere i behandling*

Aktuelt er omkring 17 % af de alkoholafhængige i Københavns Kommune i behandling (Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark, 2004). Det er over landsgennemsnittet, men der er andre regioner (amter) der har en højere andel afhængige i behandling. Det tidligere Viborg Amt topper med en andel på 26 %.

Målet for Københavns Kommune er, at flere borgere modtager behandling. Et ambitiøst, langsigtet mål er, at 25 % af de afhængige er i behandling over et år.

### *4. Alkoholbehandling for alle*

Tilbudene i den nuværende indsats kan ikke tiltrække/rumme alle målgrupper. Der er således en underrepræsentation af yngre alkoholafhængige og de mest udsatte grupper som hjemløse, blandingsmisbrugere og psykisk syge i det eksisterende behandlingssystem.

Københavns Kommune skal tilpasse indsatsen så der – ikke kun i princippet men også i realiteten – er lige adgang for alle grupper.

Målet for Københavns Kommune er, at der - i behandlingen - ikke er underrepræsentation af udsatte borgere og yngre borgere.

## **Principper for behandlingen**

Principperne er de overordnede retningslinier for måden at organisere indsatserne med henblik på at nå målene. Principperne skal inspirere ved at give en afgrænset ramme. Principperne er forvaltningens eksplicite rationale, som skal gennemtrænge forvaltningens arbejde og initiativer på området.

### *Trinbehandling*

I København har man - inspireret af Holland og forskning fra det danske Center for Rusmiddelforskning – indført trinbehandling i behandlingen af stofmisbrug. Trin 1 er ambulante behandling, trin 2 er dagbehandling og trin 3 er døgnbehandling. Princippet betyder, at brugere – som hovedregel - først visiteres til behandling af lav intensitet i form af ambulante behandling. Herefter kan man trække op i intensitet, hvis behandlingen ikke opnår tilstrækkelige resultater. Man undgår derved overbehandling

og princippet stemmer godt overens med SUDs målsætning om at hjælpe borgerne til at udnytte egne ressourcer og med princippet om effektiv ressourceudnyttelse. Implementeringen af princippet må nødvendigvis have forskellige konsekvenser på de to områder. I stofmisbrugsbehandlingen er princippet med til at styrke den ambulante stoffrie behandling i forhold til døgnbehandlingen, der traditionelt har stået stærkt. På alkoholområdet derimod er den ambulante behandling langt den mest dominerende, når målet er afholdenhed. Det betyder ikke, at princippet er mindre relevant, men det betyder, at det kan blive dyrere at implementere, fordi det sandsynligvis vil pege på behov for flere behandlingspladser med en højere behandlingsintensitet, fx i dagbehandling.

Princippet om trinbehandling bør gælde på alkoholområdet såvel som stofmisbrugsområdet. Princippet bør implementeres i det omfang, der er ressourcer til det.

#### *Evidens og effektstyring*

Socialforvaltningen vil sikre en rationel tilgang og en effektiv ressourceudnyttelse gennem to overordnede principper: Evidens og effektstyring.

Evidens er den forskningsbaserede viden om behandlingsmetoders effekt. Idealet for evident viden er viden, der er kontekstuafhængigt, dvs. viden der ideelt set kan overføres på tværs af kulturelle og lokale forhold. Det betyder, at socialforvaltningens brugere kan få glæde af behandlingsteknologier fra hele verden, så længe forskningen har vist evidens for deres effektivitet.

Aktuelt er der flere sammenfatninger af evidensen for behandling på alkoholområdet, fx Sundhedsstyrelsens Medicinske Teknologi Vurdering af alkoholbehandlingen. Det meste af evidensen på området knytter sig til afgrænsede behandlingsmetoder som terapi og medicin. De mere overordnede principper for behandling og organisering af behandlingen, er der ikke den samme sikre viden om. Ligeledes kan det være svært at identificere sikker viden om behandlingstilgangen til udsatte grupper. Hvor evidensen er begrænset er det meningsfuldt at sætte anden forskning, kvalificerede erfaringsopsamlinger og professionel konsensus i stedet.

Begrænsningerne i evidens-princippet gør effektstyring aktuelt som supplerende princip. Effektstyring fokuserer på de konkrete opnåede resultater i en given kontekst. Her aflæses hvordan en behandlingsindsats virker, og efterfølgende regulerer man efter resultatet. Viden i effektstyring er ikke kontekstuafhængigt, men har netop styrken ved at udsige noget om resultaterne af en specifik indsats i en specifik situation.

For at kunne regulere indsatsen efter resultaterne, skal der etableres sammenhæng mellem ydelse og virkning. En sammenhæng, som - indenfor effektstyring - hedder forandringsteori. Forandringsteorien konstrueres gennem analyse af praksis og med bidrag fra teori og praktikere. Forandringsteorien har ikke karakter af evidens, da den beskrives i den lokale, nationale kontekst.

Der er store udfordringer forbundet med en stringent implementering af de to principper. Når man konsekvent skal tage afsæt i evident viden, kræver det således opgør med traditioner og behandlingskulturer på institutionsniveau. På forvaltningsniveau kræver evidensstanken, at man skal være særdeles godt klædt på fagligt. Når man konsekvent skal styre efter effekter, kræver det endvidere løbende



dokumentation. Et krav der skal balancere mellem overfladiskhed og bureaukratisering af praksis.

Der er også store gevinster ved de to principper. Dokumentation af resultater giver gode vilkår for dialog mellem forvaltning og politikere og mellem politikere og borgere. Brugen af evidens gør forskningen produktiv og bryder med den traditionelle opsplitning mellem forskning og praksis. Endelig giver de to principper tilsammen betingelserne for en optimal udnyttelse af ressourcerne.

Evidens og effektstyring bør være gældende principper på alkoholområdet, så der i videst muligt omfang implementeres evidente behandlingsformer og søges dokumentation for – og styres efter - opnåede effekter.

#### *Integration mellem alkohol og stofmisbrug*

Med Socialforvaltningens overtagelse af alkoholbehandlingen er der mulighed for at integrere behandlingen af alkoholmisbrug med behandlingen af stofmisbrug. Der er store ligheder mellem de to behandlingsformer, så der er umiddelbart et potentiale i stordriftsfordele og fælles faglig udvikling.

I Holland har man gennem lang tid haft de to behandlingsformer integreret, endog sammen med behandling af nikotinafhængighed og ludomani. Med integrationen har andre tværgående opdelinger af målgruppen været mere produktive end opdelingen efter rusmiddel. Alder, formålet med behandlingen (afholdenhed eller skadesreduktion) og subkulturer er opdelinger. Erfaringen har været, at man først skal integrere på det organisatoriske niveau og siden på ydelsesniveau (Integrating Alcohol- And Drug Treatment, 2007).

Denne skelnen mellem organisatorisk niveau og ydelsesniveau går igen i en undersøgelse af den ambulante alkoholbehandling i Danmark (Behandlingsindsatsen i Danmark, 2004). Undersøgelsen peger på, at der ikke er noget i vejen for at integrere på det organisatoriske niveau, men man skal være varsom med integrationen på ydelsesniveau, fordi stofmisbrugerne kan komme til at sluge alle ressourcerne.

Princippet bør være, at integration ikke sker pr. automatik, men at forvaltningen hele tiden fordomsfrit og nøgternt afsøger mulighederne for integration af alkohol- og stofmisbrug i de konkrete tilbud.

#### *Tilstødende problematikker*

Alkoholmisbrug er ofte vævet ind i personlighedsforstyrrelser, somatiske sygdomme og sociale problemer som arbejdsløshed, hjemløshed og belastninger i familien. Den hidtidige indsats er karakteriseret ved, at behandlingen hovedsaglig er sket i sundhedsfagligt regi, hvor fokus i højere grad har været på de psykiske og somatiske sygdomme end på støttende sociale foranstaltninger.

Anbefalinger fra fagkunds-kaben peger på den ene side på, at man fokuserer på misbruget (Integrating Alcohol- And Drug Treatment, 2007) og på den anden side, at man integrerer behandlingen af personlighedsforstyrrelsen i behandlingen af alkoholmisbruget (Den offentlige indsats, 2002).

Et kvalificeret bud anslår, at omkring 1 ud af 3 brugere i ambulante behandling lider af en personlighedsforstyrrelse. En mindre gruppe – som regel udenfor behandlingen – lider af skizofreni i kombination med misbrug. (Den offentlige indsats, 2002).

Der er ikke noget sikkert grundlag i faglitteraturen for en forståelse af et muligt samspil mellem alkoholproblemer og personlighedsforstyrrelser. Det fremstår derfor som uvist,

om personlighedsforstyrrelserne har været til stede forud for – og eventuelt har været årsag til – udviklingen af alkoholproblemerne. Eller om personlighedsforstyrrelserne er kommet efter – og som et resultat af udviklingen af alkoholafhængigheden (Den offentlige indsats, 2002).

Princippet bør være, at behandlingen af alkoholmisbrugere med personlighedsforstyrrelser altid tager højde for personlighedsforstyrrelsen. Det betyder ikke nødvendigvis, at behandleren adresserer forstyrrelsen direkte men har opmærksomhed omkring forstyrrelsen i tilrettelæggelsen af behandlingen.

Princippet kræver, at der i alle behandlingsinstitutioner er en minimumskapacitet i forhold til personlighedsforstyrrelser. Kapacitet i form af viden og opmærksomhed (fx procedurer ved indskrivning). Behandlingsinstitutionen kan enten selv tage højde for personlighedsforstyrrelsen eller referere borgeren til et mere hensigtsmæssigt behandlingssted.

Hvad angår skizofrene alkoholmisbrugere, bør ansvaret ligge i psykiatrien.

Omkring ti pct. af danske børn fra familier med alkoholproblemer har symptomer, der er så alvorlige, at de kræver behandling i børnepsykiatrisk regi. Det er kun tilfældet for fem pct. i en repræsentativ befolkningsgruppe af danske børn (Den offentlige indsats, 2002). Der er indlysende brug for et stærkt samarbejde mellem behandlingen og socialcentrene, hvilket er særligt fremkommeligt i København, hvor Socialforvaltningen har både det sociale ansvar og behandlingsansvaret. På den anden side møder borgeren op til behandling med muligheden for anonymitet, og med frygten for at få frataget forældreretten til sine børn.

Princippet må være, at behandlingsinstitutionerne udviser ansvarlighed i forhold til børneproblematikken. Det indebærer, at institutionen vurderer forældreevnen i relation til alkoholmisbruget. I tilfælde hvor man vurderer, der er et behov for indgreb af hensyn til børnene, samarbejder man med brugeren om at henvende sig til socialforvaltningen. I de tilfælde, hvor brugeren ikke ønsker at henvende sig, foretager institutionen en underretning. Vurderingen af forældreevnen kan lægges ind som procedure ved den indledende visitation.

Der er en stor del udsatte voksne, som har et alkoholproblem, men som tilsyneladende ikke profiterer af det eksisterende behandlingssystem. For eksempel er andelen af hjemløse inklusiv forsorgshjemsbeboere ikke høj i det traditionelle ambulante behandlingssystem (Dokumentation af patientforløb, 2004; Den offentlige indsats, 2002).

Andelen af både unge og gamle alkoholmisbrugere i behandling er også lavere, end deres andel af alkoholafhængige (Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark, 2004). Tærsklerne til behandlingen kan ligge i behandlingsskulturen, manglende selverkendelse, geografiske afstande eller manglende fleksibilitet i behandlingen (Den offentlige indsats, 2002).

Princippet bør være, at behandlingssystemet sænker tærsklen til behandling for de grupper, der ikke profiterer af det traditionelle behandlingssystem. Det kan ske ved at udvikle specialiserede tilbud, der tager højde for brugernes præferencer, livsstil og evne til mobilitet. Et eksempel vil være at have fremskudt alkoholbehandling i opsøgende arbejde indsatser eller på hjemløseinstitutioner.



### Foreløbige indsatsområder

Der er ikke en lige vej fra mål over principper til planlægning af indsatsen. Vejen må nødvendigvis forholde sig til realiteten i form af brugernes præferencer, institutionslandskabet, behandlingskulturer og ressourcer. Men det er muligt at nå frem til nogle indsatsområder ved at sigte mod de overordnede mål, bruge de nævnte principper og tage afsæt i de eksisterende forhold.

Med indsatsområderne bliver strategien konkret.

Områderne bliver her beskrevet overordnet, men vil i senere handleplaner blive konkretiseret.

Områderne er ikke prioriteret i forhold til hinanden. Som udgangspunkt er det muligt at justere på nogle af indsatsområderne inden for den eksisterende ramme. På længere sigt vil en tilførsel af midler være nødvendig, hvis området skal udvikles.

### Visitation

Visitation er afgørende for behandlingstilfredshed, effekt og økonomistyring. Det er i visitationen behandlingsbehovet bliver udredt og matchet med behandling og dermed ressourcer.

Der er stor forskel på visitationen til den ambulante behandling og døgnbehandlingen. Den ambulante behandling er selvvisiterende, så enhver borger kan gå ind i et hvilket som helst ambulatorium og få behandling (evt. anonymt). Efterfølgende opkræver ambulatoriet betaling for behandlingen i kommunen. Døgnbehandling – og det gælder både socialpædagogiske omsorgsophold og behandlingsophold – kræver derimod en kommunal visitation.

### Visitation til døgnbehandling

Visitationen til døgnbehandling sker aktuelt ad-hoc. I forlængelse af principperne er det oplagt at lægge visitationen til døgnbehandling ind i rådgivningscentrene.

Det er integration mellem alkohol- og stofmisbrug på organisationsniveau. Det er muligheden for at trække på etableret ekspertviden i visitationen, som i forvejen har blik for trinbehandling. Det er en konstruktion, der gør det lettere med den sociale opfølgning på behandlingsforløbene.

Ud over at være i forlængelse af alle principperne, er det også en løsning, der gør det muligt at samle viden om målgruppen. Viden der kan være med til løbende at tilpasse behandlingstilbudene til målgruppen, og dermed arbejde mod målet: Alkoholbehandling for alle.

### Visitation til ambulante behandling

De generelle bestemmelser i sundhedsloven giver borgeren frit valg indenfor den ambulante behandling. Det betyder, at borgeren som oftest bliver indskrevet i det ambulatorium, hvor henvendelsen sker. Der sker dog i et vist omfang viderehenvielse fra fx alkoholenheden til afholdsambulatoriet, som er bedre gearret til borgere med personlighedsforstyrrelser.

Forskningen peger på, at mange indgange til behandlingen er en måde at få flere i behandling, og set i lyset af det mål, er det hensigtsmæssigt med selvvisitation (Alkoholbehandlingsindsatsen i DK, 2004).

Til gengæld er det svært at nå målet: behandling for alle, fordi det kræver specialisering af tilbudene, og så kan alle ikke møde op hvor som helst. Det kan også være svært at sikre kvaliteten i behandlingen i form af evidens, systematik og dokumentation, når alle kan slå sig op som ambulante behandlere og få refusion af kommunen. Endelig kan det være svært at sikre, at principperne om social opfølgning, trinbehandling og integration af områderne bliver forfulgt, hvis det første ambulatorium "holder på brugeren"



En løsning falder i tre dele:

1. Forvaltningen samarbejder med de ambulante behandlingssteder om at tydeliggøre deres profil og målgruppe. Heri skal også ligge en generel kvalitetssikring, hvor anbefalinger fra de to mest autoritative danske undersøgelser bør inddrages: Den medicinske teknologivurdering fra Sundhedsstyrelsen og rapporten fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen.
2. Forvaltningen forpligter behandlingsstederne på at referere brugere videre, som ikke matcher deres egen profil. Her bruges som minimum det lovpligtige udredningsredskab NAB.
3. Forvaltningen orienterer borgerne - og de instanser, som henviser til behandling - om de forskellige tilbud, så den første henvendelse så vidt muligt sker det rigtige sted. Sundhedsstyrelsens foreløbige tal peger på, at det udover borgerne især vil være familie, socialforvaltning og praktiserende læge, som skal informeres om behandlingsmulighederne (Alkoholbehandlingen i Danmark 2006, 2007).

En alternativ løsning kunne være at oprette en central modtageenhed med visitation og udredning. Det vil dog forudsætte, at grundige prognoser sandsynliggjorde, at størstedelen af alkoholmisbrugerne søgte denne indgangsdør til behandlingen.

#### Visitation af skizofrene alkoholmisbrugere

Psykiatrien og socialforvaltningen har en fælles visitation for stofmisbrugsområdet. Her tager man stilling til tvivlstilfælde og sikrer, at der ikke er borgere, som "falder mellem to stole".

Socialforvaltningen lægger op til, at denne praksis bliver udvidet til alkoholområdet.

#### *Flere i behandling*

Forskningen og erfaring peger på flere måder, hvorpå man kan nå flere i behandlingen.

#### Tidlig intervention

Der er potentiale i fremskudt behandling hos praktiserende læger, i jobcentre og i forlængelse af alkoholpolitik på arbejdspladser. Potentialet består i reel effekt i selve den fremskudte behandling, hvis den er udført professionelt. Effekten er også, at nå ud til borgere, som har et alkoholproblem, men som ikke formår aktivt at søge behandling. En afledt effekt kan bestå i en øget tilgang til den traditionelle behandling (Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark, 2004). En tidlig intervention passer godt sammen med princippet om trinbehandling, hvor det fremskudte tilbud er et ganske lavt 1. trin. Princippet om integration mellem alkohol og stofmisbrug kan også passes ind, for i de tidlige interventioner (fx motiverende samtaler) kan man snildt arbejde med målgruppen på tværs af rusmidlets karakter.

Allerede nu er der 1700 patienter i antabusbehandling hos de praktiserende læger i Københavns Kommune (Alkoholpolitisk handleplan for Københavns Kommune, 2006). Dette tal kunne formentlig øges gennem samarbejde med lægerne. Hvis man kvalificerer behandlingen – fx ved at udvide den med motiverende samtaler – er der evidens for, at behandlingen kan have samme effekt som anden traditionel behandling. (Alkoholbehandling – en medicinsk teknologivurdering, 2006)

Derudover er der et potentiale i samarbejde med Beskæftigelsesforvaltningens jobcentre og Sundhedsforvaltningens arbejde på arbejdspladserne. Behandlingen skal

ikke foregå på arbejdspladsen (det er for stigmatiserende) men et motivations- og brobygningsarbejde kunne udvikles sammen med de andre forvaltninger.

Her kunne fremskudte behandlere fra ambulatorier møde borgere, som er motiveret

#### Behandling i modtageenheder

Der er stærke indikationer på, at der kommer flere i behandling, når tilgængeligheden til behandling øges i form flere indgange (Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark, 2004). Det er oplagt at udvide modtageenhedernes tilbud til stofmisbrugere med visitation og trin 1 behandling til alkoholisbrugere. Det vil give yderligere 4 steder i byen, hvor borgere kan søge behandling for deres alkoholisbrug. Modtageenhedernes tilpasning til de nye brugergrupper indenfor stofmisbruget har givet dem en profil, der formentlig også er acceptabel for grupper af alkoholisbrugere. Det vil her være muligt at opdele grupper ud fra subkultur, alder og mål med behandlingen i stedet for opdeling efter rusmidlet. En opdeling man har gode erfaringer med i Holland.

#### Pårørendetilbud

Socialforvaltningen og Økonomiforvaltningen er ved at oprette to tilbud til børn i familier med alkoholisbrug. Man kan supplere med tilbud til alle pårørende til alkoholisbrugere. Det er direkte støtte til den pårørende, indirekte støtte til alkoholisbrugeren og der er erfaring for, at det også øger tilstrømningen til behandlingen (hvilket blandt andet fremgik af erfaringer fra Fyn på strategiseminar i København d. 13.11.2007).

Både socialforvaltningen (stofmisbrug) og ambulatorier (alkoholisbrug) har erfaring med pårørendearbejde. Et arbejde man ikke pr. automatik skal integrere på tværs af rusmidlerne før man har sikret sig, at grupperne ikke afspejler meget forskellige (sub)kulturer.

#### Tilknytning til hospitaler

Alkoholens ambulatorier er allerede knyttet til hospitalerne, så man kan ikke tale om et nyt indsatsområde, men man skal være opmærksom på, at denne tilknytning har betydning for antallet af borgere i behandling (Behandlingsindsatsen i Danmark, 2004).

#### *Alkoholbehandling for alle*

En måde at få flere i behandling er at tilbyde specialiserede tilbud, som udvider målgruppen for behandling (Behandlingsindsatsen i Danmark, 2004). En anden dimension er, at de specialiserede tilbud giver muligheden for at tilpasse indsatsen til grupper, der ikke har udbytte af den traditionelle behandling, som den tilbydes i ambulatorierne.

#### Tilpassede tilbud til udsatte grupper

Der er en stor gruppe udsatte borgere (hjemløse, psykisk syge og stofmisbrugere), som ikke passer ind i de eksisterende behandlingstilbud for alkoholisbrugere. Det er begrænset med evidens for effektive tilgange til alkoholbehandling af disse grupper. Dog peges der på case-management (Integrating Alcohol- And Drug Treatment, 2007) og på fremskudt behandling i målgruppens bosteder og herberg (Den offentlige indsats på alkoholområdet, 2002).

Det er påkrævet med nytænkning i forhold til denne målgruppe. Nytænkning i samarbejde med ledere og professionelle på hjemløseområdet og på de psykiatriske bosteder. Helt foreløbigt kan man tænke på opkvalificering af eksisterende medarbejdere på herberger, bosteder og opsøgende indsatser. Eller man kunne forestille sig udgående medarbejdere fra behandlingssteder.



Jævnfør principperne, er det oplagt at tænke integration af alkohol og stoffer i forhold til denne målgruppe, for der er også en del, som ikke kommer i behandling for deres stofmisbrug.

#### Kommunale pleje- og botilbud til aktive og ædru alkoholmisbrugere

Det eksisterende princip om trinbehandling bør udvides med et "trin 4" som umiddelbart ikke har til formål at ændre misbruget, men i første omgang at stabilisere brugeren og mindske skader. Aktuelt bruger Socialforvaltningen socialpædagogiske pleje og omsorgsophold på institutioner rundt omkring i landet. Derudover har forvaltningen selv E-huset og tilbud på Sundholm og Forchhammersvej.

Kommunen har stor ekspertise i plejetilbud og boformer, og det er en oplagt mulighed at udvikle kommunale tilbud som alternativ til eksterne tilbud. Kommunale tilbud vil sikre en bedre social opfølgning og give mere fleksibilitet til budene imellem.

Hvor vidt der skal tænkes på tværs af alkohol- og stofmisbrug må være op til en fordomsfri analyse med inddragelse af erfaringer nationalt og kommunalt.

#### Dagbehandling

Det kunne overvejes at udvide alkoholbehandlingen med et trin 2 i form af dagbehandling. Dagbehandlingen kunne ligge i en institution, som allerede har udviklet et lignende tilbud eller i eksisterende alkoholambulatorier. I hvilket omfang det vil være relevant at tænke på tværs af rusmidlerne i dagbehandling, må være op til en fordomsfri analyse af målgruppernes behov.

#### Tilbud til yngre alkoholmisbrugere

Der er enighed om, at der er mange unge, som drikker over genstandsgrænserne (*Københavnernes Sundhed 2005, 2005*). Der er også enighed om, at unge med et problematisk forhold til alkohol, som regel ikke har erkendelse af problemet. Der er derimod *ikke* konsensus, om der er mange unge, som er egentlig afhængige af alkohol. Vurderingerne svinger fra hvad der svarer til 9.000 alene i København (Behandlingsindsatsen i Danmark, 2004) til "Man skal holde sig for øje, at gruppen af afhængige misbrugere blandt de unge må anses for at være ret lille" (Den offentlige indsats på alkoholområdet, 2002).

Der skal søges mere sikre data på gruppen af yngre alkoholmisbrugere. Det skal dernæst overvejes, om der er behov for særlige tilbud til gruppen af yngre, eller om de eksisterende tilbud – evt. modtageenhederne - skal tilpasses gruppen. Erfaringer fra U-turn skal inddrages. Hvis der skal udvikles særlige tilbud til målgruppen af yngre misbrugere, er det oplagt at tænke i integration af alkohol- og stofområdet.

### **Fremadrettet**

#### *Politisk styring af området*

Alkoholområdet er stadig relativt nyt i Socialforvaltningen. Med politisk godkendelse af strategien er en vigtig milepæl nået. Godkendelsen gør det muligt at påbegynde den praktiske implementering, som den er skitseret i ovenstående indsatsområder. Det er ikke realistisk at bekoste indsatsområderne, inden for rammen. På den anden side er det heller ikke muligt, på dette tidspunkt i processen, at beregne de præcise udgifter for udvikling af alle de skitserede indsatser. Socialforvaltningen foreslår, at det første år går med at tilrette området inden for den økonomiske ramme. Det gælder særligt de organisatoriske rammer for behandlingen (samarbejdsaftaler, visitation og dokumentation) og implementering af de af indsatsområderne, der kan udløse et umiddelbart potentiale (behandling på modtageenheder, dagbehandling, kommunale bo- og plejetilbud og eventuelt fremskudt behandling af udsatte grupper). Nogle af tiltagene vil kræve omlægning af midler og ydelser.

Når disse initiativer er implementeret, står en række initiativer tilbage, som kræver øget finansiering. Man vil kunne argumentere for, at den ekstra indsats er en investering – ikke kun i mindsket menneskelig lidelse – men også i mindskede udgifter for kommunen. Som nævnt i indledningen er der indirekte udgifter for Kommunen – i dagens tal – i omegnen af årligt 2 milliarder kr. De direkte udgifter til behandling og forebyggelse er på kun godt 1 % af de indirekte udgifter. Det virker derfor rimeligt at antage, at en investering i behandlingen vil komme igen i mindskede udgifter til trafikskader, nedsat arbejdsevne, sygdomme og sociale ulykker. Argumentationen omhandler hele kommunen, og en opprioritering af området vil være en sag for BR.

Forvaltningen foreslår, at den politiske styring af området – efter godkendelse af strategien - sker gennem

1. Løbende indstillinger i forbindelse med handleplaner, der implementerer større dele af strategien
2. Årlige redegørelser, der følger op på målene i strategien, og eventuelt lægger op til justeringer af strategien. I forbindelse med redegørelserne vil eventuelle oplæg til BR om opprioritering af området også indgå.

#### *Dokumentation*

Dokumentationen af behandlingen og behandlingsresultaterne er mangelfulde. Med den lovpligtige implementering af et nationalt registreringssystem (NAB), vil en stor del basisinformation være på plads.

Der vil dog stadig være problemer med at få overblik over de samfundsmæssige omkostninger ved alkohol. De eksisterende undersøgelser er af ældre dato og på nationalt plan. Det foreslås, at der udvikles et monitoreringssystem, der kan måle udviklingen i omkostninger i Københavns Kommune i forbindelse med alkohol. Det er et vigtigt parameter at måle på, alene fordi det er et af de overordnede mål i strategien, men også hvis man skal argumentere for en opprioritering af området.

#### *Samarbejde*

Alkoholbehandlingen har snitflader til et væld af områder internt i forvaltningen men også til de øvrige forvaltninger. Allerede med den alkoholpolitiske handleplan vedtog BR, at der skulle nedsættes tre grupper med ansvar for koordinering af alkoholområdet. De to af grupperne skulle FAF (nu SOF) have ansvaret for. Der blev ikke bevilliget de ansøgte midler til arbejdet, men forvaltningen foreslår, at SOF ikke desto mindre tager initiativ til at samle de to grupper med ansvar for henholdsvis den behandlingsfaglige koordinering og koordinering af det samlede område.

Den eksisterende alkoholbehandling skal også knyttes tættere på Socialforvaltningen. Det kan ske gennem et mere formaliseret samarbejde med alkoholenheden og ambulatorierne, eller det kan ske gennem en hjemtagelse af behandlingen til kommunalt regi. Forhandlinger må afgøre, hvilken model, der bedst imødekommer intentionerne i strategien, kvalitet i behandlingen og en hensigtsmæssig økonomistyring.



## Referencer

- *Alkoholbehandling – en medicinsk teknologivurdering*, 2006, Sundhedsstyrelsen.
- *Alkoholbehandlingen i Danmark 2006 (foreløbige tal)*, 2007, Sundhedsstyrelsen.
- *Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark sammenlignet med Sverige*, 2004, Center for Rusmiddelforskning, Statens institut for Folkesundhed og Center for Alkoholforskning
- *Alkoholpolitisk handleplan for Københavns Kommune*, 2006
- *Den offentlige indsats på alkoholområdet*, 2002, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen.
- *Dokumentation af patientforløb i Alkoholenheden Hvidovre Hospital*, 2004, Becker, Ulrik.
- *Integrating Alcohol- And Drug Treatment; Experiences from the Netherland*; Oplæg på seminar i København d. 13.11.2007 v. professor Gerard Schippers
- *Københavnernes Sundhed 2005*, 2005, Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning.

---

<sup>i</sup> *De samfundsøkonomiske konsekvenser af alkoholbehandling*, 1999. Her opgøres udgifter på landsplan. På baggrund af "Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark sammenlignet med Sverige", kan Kbh.s kommunes andel af udgifterne skønnes til at være 17 %. Der hersker lidt tvivl om det er den korrekte procentsats, men afvigelsen er under alle omstændigheder lille.



**Annette Kann**

---

**Fra:** Anette Laigaard  
**Sendt:** 26. februar 2008 15:46  
**Til:** afholdsambulatoriet; Anders B. Lassen; Anette Laigaard; Annette Kann; Arne jacobsen; Bente M Hansen; Bjørn Bendorff; Bodil neujahr; Bupl hovedstaden; dansk psykologforening; dansk sygeplejeråd -københavn; dcaa; den regionale scoialrådgiverforeningen; det kriminalpræventive råd; Direktoratet for kriminalforsorgen; Erik Buch Hemmingsen; Eva stine jensen; Flemming hassing larsen; Henrik Thiesen; Henrik Thiesen; Inge Fjordside Weileby; Jacob Eberholst; Jens Elmelund; Jens Erik Rasmussen; Jens Hansen; Jørgen Marthedal; Kontaktudvalget for frivilligt socialt arbejde København; Københavns politi; Landsforeningen for socialpædagoger; LAndsorg. familieklubberne i DK; Lars Bo Bülow; Lars Gregersen; Lænkeamb.; May Olofsson (May.Olofsson@hvh.regionh.dk); Ole Christiansen; Pernille Kjeldgård; Pia Merete Korshim; projekt udenfor; Robert olsen; rådet for større færdselssikkerhed Pernille ehlers; Socailpædagogernes landsforbund; SOFDL\_Ledelse\_localt; SSP-sekretariatet; Stella lützer; Stine A. Høegh; sundhedsstyrelsen; Sven Bjerre; Tobias Børner Stax; Ulla Christensen; Ulrik becker; Unna Madsen  
**Cc:** Mi Kortzau  
**Emne:** Høring af Københavns Kommunes strategi for alkoholbehandling  
**Vedhæftede filer:** Strategi%20-%20alkohol%20-%201.pdf

Kære Samarbejdspartner

Den 23. januar 2008 godkendte Socialudvalget tidsplanen for den videre proces for Københavns Kommunes Strategi for alkoholbehandling. På den baggrund fremsendes hermed udkast til Københavns Kommunes Strategi for alkoholbehandling i høring.

*De skriftlige høringssvar skal være Socialforvaltningen i hænde senest onsdag den 28. marts.*

Høringssvar sendes til:

Socialforvaltningen

Mål- og rammekontoret for misbrug og bolig

Bernstorffsgade 17

1592 København V

Att.: Mi Kortzau

Eller pr. mail til:

Sof\_misbrug@sof.kk.dk

Hvis I har spørgsmål bedes I kontaktes udviklingskonsulent Thomas Lund tlf.: 3317 3790/ mail: [ei99@sof.kk.dk](mailto:ei99@sof.kk.dk) eller Mi Kortzau tlf.: 3317 3368/ mail: [z434@sof.kk.dk](mailto:z434@sof.kk.dk).

Venlig hilsen

Anette Laigaard



KØBENHAVNS KOMMUNE

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen  
Folkesundhed København

Aktivitetscenter  
Sankt Joseph

Kære samarbejdspartnere

Kom og vær med til åbningen af Aktivitetscenter Sankt Joseph

**onsdag den 2. april kl. 14.00.**

Festligheden vil blive afholdt i  
Klerkesalen på Sankt Joseph,  
Griffenfeltsgade 44

Der vil være et traktement og mulighed for at bese lokaliteterne.

Kl. 14.00 Velkomstmusik

Kl. 14.10 Velkomst ved bestyrelsesformand Keld Strandberg

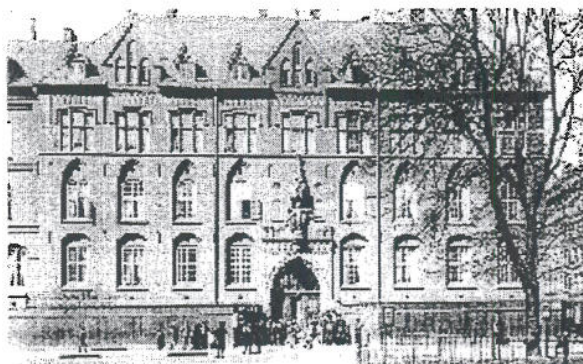
Kl. 14.20 Åbningstale ved Sundheds- og Omsorgsborgmester  
Mogens Lønborg

Kl. 14.30 Oplæsning af et H.C. Andersen eventyr  
ved Anette Espensen

Kl. 14.45 Fællessang

Kl. 14.55 Centerleder John Lagoni inviterer til rundvisning  
på Sankt Joseph

***SU inden mandag 31. marts til Agneta på e-mail: [vg16@suf.kk.dk](mailto:vg16@suf.kk.dk)***



*Sankt Joseph har tidligere været hospital og plejehjem, men vil fremover tilbyde aktiviteter for ældre københavnere. Aktivitetscenter Sankt Joseph og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har indgået et partnerskab, som skal virke som eksperimentarium for udvikling af aktiviteter og samarbejde.*

Københavns Kommune  
Sjællandsgade 40  
2200 København N

MODTAGET

14 MRS. 2008

Att. Formand for kommunens socialudvalg

SUNDHEDSFORVALTNINGEN  
DIREKTIONEN

**Bedre kvalitet i ældreplejen? Ja tak - men hvordan?**

13. marts 2008

Sagsnr: 07/004032

Svaret på, hvordan der skabes bedre kvalitet i ældreplejen, er langt fra entydigt. Metodeudviklingsprojekt 'Kvalitet i ældreplejen' har derfor udarbejdet og afprøvet forskellige redskaber og metoder til formålet.

En række private og kommunale leverandører samt myndigheder på ældreområdet har arbejdet med at styrke kvalitet i ældreplejen. De har brugt forskellige redskaber og arbejdet med:

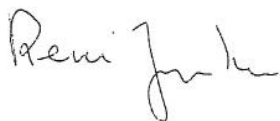
- Værdier som en aktiv del af det daglige arbejde
- Fleksibilitet som redskab til at forstå borgernes behov og tilrettelægge arbejdsdagen med
- Information til og kommunikation med borgerne for bl.a. at opnå klarhed over forventninger til plejen

På [www.servicestyrelsen.dk/kvalitet](http://www.servicestyrelsen.dk/kvalitet) kan du downloade tre videoklip fra casene, der er beskrevet i den vedlagte folder. Videoklippene kan skabe inspiration og bl.a. bruges som debatoplæg på gruppemøder for personale og ledere på ældreområdet.

På hjemmesiden finder du også den rapport, som folderen er en forsmag på. I rapporten kan du læse meget mere om projektet og erfaringerne hermed. Desuden kan du også downloade et værktøjskatalog, hvor de anvendte metoder og redskaber præsenteres og beskrives udførligt, så de er lige til at gå til.

Vi håber, at erfaringerne fra projektet kan give andre lyst til at prøve kræfter med de nye metoder og redskaber. Yderligere information kan fås hos fuldmægtig i Servicestyrelsen Rikke Søndergaard, [rso@servicestyrelsen.dk](mailto:rso@servicestyrelsen.dk) eller tlf. 72 42 39 81.

Venlig hilsen



René Junker  
Vicedirektør, Servicestyrelsen  
Center for Social Service

Skibhusvej 52B, 3.  
5000 Odense C  
Tlf.: 72 42 37 00



Løbende kommende - Sundheds- og Omsorgsudvalget

26-03-2008 13:48

Sagsnr.  
2008-181  
Dokumentnr.  
2008-118693

2008			USA
14.30-17.30	10. april 2008		
Orientering om årsrapport (70/2006)	10. april	Dokumentations-staben (THJ)	
Budget 2009 (16/2008)	10. april	Økonomistaben (AJ)	
Udmøntning af midler til ensomheds-forebyggende tiltag målrettet etniske ældre minoriteter samt udmøntning af midler til opfølgning på undersøgelser vedr. etniske ældre minoriteter i 2008 (11/2002).	10. april	Folkesundhed København (JJB/AB)	
14.30-17.00*	24. april 2008	Sundhedscenter for Kræfttramte	
Temadrøftelse om kommunalreform på Sundhedsområdet (12/2005)	24. april	(JE/DD)	
Forventet regnskab 2008 - prognose pr. 31. marts (13/2008)	24. april	Økonomistaben (AJ)	
Budget 2009 (16/2008)	24. april	Økonomistaben (AJ)	
Høring af SOU i forbindelse med analyse af levevilkår og fattigdom i Københavns Kommune (9/2008)	24. april	Administrations-centeret (LM/LA)	
Orientering om gennemførelse af pilottesten af akkrediteringsstandarderne - IKAS (5/2008)	24. april	Center for faglig udvikling (LBB)	
Status på ældrepolitikken (80/2006)	24. april	Center for faglig udvikling (LBB/ML)	
Høring om praksisplan for almen praksis (18/2008)	24. april	Center for Faglig udvikling (JE/GM)	
Koncept for sundhedshuse (skal ses sammen med forslag til budgetønskeliste 2009)	24. april	Center for Faglig udvikling (JE)	

	15. maj 2008	Rådhuset
<b>14.30-17.00*</b>		
Temadrøftelse om visitation, med atalog over visitationskriterier og ydelser 2008 Pilottest af pakkemoduler Borgerrettede tilbud til ældre plejehjem (17/2008) EVT 3 SAGER	Maj eller juni	Dokumentationsstaben (THJ)
Orientering om status for kompetenceudvikling (12/2007)	Maj eller juni	HR-staben
Redegørelse om integrationsindsatsen (9/2001)	15. maj	Folkesundhed København (JJB/AB)
Tilpasning af plejeboligkapaciteten, j. fr. demografien (12/2008)	15. maj	Center for faglig udvikling (LBB)
Årlig status på Sundheds- og Omsorgsforvaltningens internationale handlingsplan 2007 – 2009 (38/2003)	15. maj	Center for faglig udvikling (JE)
<b>14.30-17.30</b>	<b>22. maj 2008</b>	<b>Plejecenter Sølund</b>
<b>14.30-16.00*</b>		
Revision af sundhedsaftalen mellem Københavns Kommune og region Hovedstaden (47/2007)	12. juni	Rådhuset Center for faglig udvikling (JE)
Orientering om etniske minoriteters sundhed (arbejdstitel/Sundhed på dit sprog) (67/2007)	12. juni	Folkesundhed København (JE/AB)
Orientering om kvartalsrapport 2008 (70/2006)	12. juni	Dokumentations-stab (THJ)
<b>14.30-17.30</b>	<b>26. juni 2008</b>	<b>Evt. Plejecenter Sølund</b>
Temadrøftelse om IT strategi i SUF (7/2008)	26. juni	Informationsstaben (THJ)
Status på etablering af kondomeriet (32/2005)	26. juni	Folkesundhed København (JJB/LM)