



# Alkoholpolitisk handleplan

## 1. Indledning

Der er behov for en styrket indsats på alkoholområdet, hvis københavnernes skal have et sundere og længere liv med højere livskvalitet. Udover en øget dødelighed resulterer det store alkoholforbrug også i øget sygelighed og i store sociale problemer, som er kostbare, både menneskeligt og økonomisk.

I Københavns Kommunes Folkesundhedsplan er der opstillet en overordnet målsætning for indsatsen på alkoholområdet:

”Københavnernes skal reducere deres alkoholforbrug væsentligt”

Dette mål har alle kommunens forvaltninger forpligtet sig til at arbejde for. Som en udløber af denne forpligtelse er der i 2005 blevet igangsat et arbejde med at formulere en alkoholpolitisk handleplan. Den konkrete anledning er, at Borgerrepræsentationen i forbindelse med budgetforliget 2005 besluttede at sætte alkohol på dagsordenen. I budgetforliget står der:

”Der er et påtrængende behov for en ekstra indsats på alkoholområdet [...] derfor er partnerne enige om, at Sundhedsforvaltningen i et samarbejde med Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Uddannelses- og Ungdomsforvaltningen og Kultur- og Fritidsforvaltningen skal udarbejde en samlet alkoholpolitisk handleplan med inddragelse af H:S. Planen skal forelægges til politisk behandling i 2005.”

Når kommunalreformen træder i kraft den 1. januar 2007, får kommunerne ansvar for borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse samt vederlagsfri behandling af alkoholmisbrugere, jævnfør Sundhedsloven af 16.6.2005. Derudover er der i Københavns Kommune lagt op til en beslutning om, at Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen (FAF) fra 1.1.2006 skal overtage ansvaret for alkoholbehandlingen i forbindelse med en intern ændring i kommunens forvaltningsstruktur og opgavefordeling. Disse ændringer understreger behovet for en gennemgang af den nuværende indsats på alkoholområdet og for formulering af en handleplan, der kan styrke indsatsen.

Der er ikke i nærværende handleplan taget højde for konsekvenserne af den nationale strukturreform, da dette ikke er muligt på indeværende tidspunkt. Handleplanen er skrevet ud fra den nuværende forvaltningsstruktur i Kommunen men med hensyntagen til FAFs forventede overtagelse af ansvaret for alkoholbehandlingen. Den dækker perioden 2006 – 2009 for så vidt angår aktiviteter og økonomi. Der er endnu ikke taget beslutning om, hvorledes den fremtidige alkoholindsats skal organiseres, men den nuværende behandlingsindsats i H:S alkoholenhederne forudsættes videreført via kommunens køb af pladser efter nærmere forhandling med Region Hovedstaden. Herudover vil der i teksten bl.a. beskrives opgaver, som efter 1.1.2007 vil indgå i Region Hovedstadens opgavesæt. Det vil naturligvis være de respektive politikere, der skal tage stilling til den endelige organisering og opgavefordeling.

Handleplanen er opdelt i tre kapitler: Et indledende Kapitel 2 hvor der redegøres for baggrunden for handleplanen, Kapitel 3 om kerneområder, målsætninger og delmål i handleplanen og Kapitel 4 med forslag til en helhedsorienteret og integreret indsats på området.

## 2. Baggrund

### 2.1. Alkoholforbrug og dets konsekvenser

Siden først i 1960erne er danskernes alkoholforbrug tredoblet, og sammenlignet med de øvrige nordiske lande er danskernes alkoholforbrug højt. Vores alkoholvaner er anderledes i dag end de var for 40 - 50 år siden. Det indikerer, at alkoholvaner er et foranderligt fænomen, som vi godt kan gøre noget aktivt for at ændre.

Der er sammenhæng mellem det totale og gennemsnitlige alkoholforbrug i et samfund og antallet af personer, der får problemer med alkohol. I Danmark lever vi i en ”våd” alkoholkultur, hvor der er mange anledninger til at drikke og stor accept af alkohol og beruselse. Den danske alkoholkultur kan i dag karakteriseres som en kombination af den sydeuropæiske, hvor et enkelt glas vin til måltidet til hverdag accepteres og den nordiske, hvor det er accepteret at drikke meget på én gang. Resultatet er en kultur, hvor mange drikker for meget.

500.000 danskere skønnes at drikke for meget, dvs. over Sundhedsstyrelsens genstandsgrenser<sup>1</sup>, og de kan derfor betragtes som storforbrugere af alkohol. Heraf vurderes det, at 160.000 personer er alkoholfafhængige og direkte behandlingskrævende, mens de øvrige har et potentielt skadeligt forbrug i større eller mindre grad. I København skønnes der at være ca. 62.000 storforbrugere af alkohol. Og ca. 19.000 københavnere er decideret afhængige af alkohol (Center for Rusmiddelforskning 2004). De danske unge har europarekord i druk, og ca. 50 % af alle trafikulykker med dødelig udgang er alkoholrelateret. Hertil kommer alkoholforbrugets sociale og menneskelige konsekvenser – også for de pårørende.

Et forsigtigt skøn over de samfundsøkonomiske omkostninger for København lød i 1994 på 1 milliard kroner fordelt på sundhedsmkostninger til operationskomplikationer og genindlæggelser, sociale omkostninger, kriminalitet, færdselsulykker og tabt arbejdsfortjeneste<sup>2</sup>.

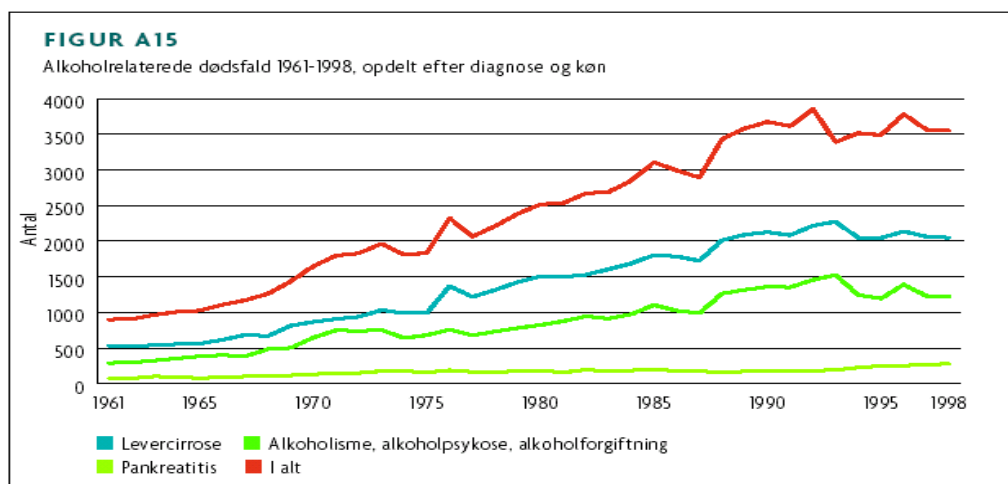
Følgerne af det høje forbrug kan bl.a. aflæses i dødsårsagsstatistikken (Se Figur 1 side 3). I starten af 1960erne døde hver 50. dansker over 14 år af en alkoholrelateret lidelse – i dag er det hver 20. dansker. Således har danskernes alkoholforbrug været medvirkende til den stagnerende middellevetid igennem det seneste årti. Som det eneste nordiske land ligger Danmark med en middellevetid på 77,2 år fortsat under OECD-gennemsnittet. Dette skyldes især levevaner, blandt andet at danskere drikker og ryger mere end både vores nordiske naboer og resten af OECD<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Dvs. mere end 14 og 21 genstande for henholdsvis kvinder og mænd.

<sup>2</sup> Københavns Kommunes Folkesundhedsplan 2000-2005

<sup>3</sup> OECD Health Data 2005

**Figur 1. Alkoholrelaterede dødsfald 1961-1998, opdelt efter diagnose<sup>4</sup>**

Kilde: Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister

## 2.2. Københavnernes alkoholforbrug

En femtedel af de voksne københavnere er berørt af andres alkoholproblemer. Således mener 19 % at alkoholproblemer i deres familie eller omgangskreds har haft indflydelse på deres liv inden for det seneste år.<sup>5</sup>

Baggrunden er, at godt hver 10. københavnere drikker mere end Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser. 15 % af mændene og 8 % af kvinderne drikker over genstandsgrænserne. Det er især de midaldrende og ældre mænd, men også forholdsvis mange unge, der drikker for meget.

### Andel af københavnere over 18 år, der drikker over genstandsgrænserne

2004	18-29 år	30-44 år	45-65 år	67-74 år
<b>Mænd</b>	17 %	12 %	22 %	21 %
<b>Kvinder</b>	11 %	7 %	9 %	10 %

Særligt mænd udenfor arbejdsmarkedet drikker for meget. Således drikker 20 % af de 18-66-årige københavnske mænd, der ikke er i arbejde, over genstandsgrænsen mod 14 % af de københavnske mænd, der er i arbejde. For kvinders vedkommende synes der ikke at være en sammenhæng mellem beskæftigelsesstatus og alkoholforbrug.

### Andel københavnere 18-66 år, der drikker over genstandsgrænserne, beskæftigede/ikke-beskæftigede

	Beskæftigede	Ikke-beskæftigede
<b>Mænd</b>	14 %	20 %
<b>Kvinder</b>	9 %	8 %

Når vi ser på københavnernes hverdagsforbrug, er der heldigvis en faldende tendens, og antallet af genstande drukket er også faldet. I dag er det knap ¼ af københavnere, der drak på en tilfældig udvalgt hverdag. Der er dog stadig mange midaldrende og ældre mænd, der drikker dagligt. I forhold til weekendforbruget er det knap ¾ af københavnere, der drikker alkohol i weekenden, og dette har ikke ændret sig de seneste 10 år. Knap ¼ af københavnere drikker 10 genstande eller mere fra fredag til søndag, og der er en tendens til, at andelen er stigende. Det er især de unge af begge køn og de ældre mænd, der drikker i weekenden. Halvdelen af de unge mænd drikker over 10 genstande i weekenden.

<sup>4</sup> Op.cit.

<sup>5</sup> Alle data i afsnittet stammer fra Københavns Kommunes Sundhedsprofil 2005

Knap ¼ af de københavnske mænd synes selv de drikker for meget. Det tilsvarende tal for kvinder er 13 %. Risikoen for at have et problematisk forhold til alkohol er også større for mænd end for kvinder. 13 % af de københavnske mænd og 6 % af de københavnske kvinder har et problematisk forhold til alkohol<sup>6</sup>.

### 2.3. Alkoholbehandling i Københavns Kommune

Alkoholbehandlingen i Københavns Kommune er i dag forankret i Hovedstadens Sygehusfællesskab, H:S. I H:S optageområde regner man med at der er ca. 72.000 storforbrugere og 22.000 alkoholafhængige, hvilket er over landsgennemsnittet. Heraf er 3.700 – langt overvejende alkoholafhængige – i kontakt med H:S' Alkoholenheder; svarende til godt 17 % af de potentielle klienter. Til trods for at dette tal er højere end i de øvrige amter i den kommende Region Hovedstaden, så er antallet af alkoholmisbrugere i behandling stadig meget lavt. Der er sandsynligvis flere årsager til dette. Først og fremmest må vi erkende, at en stor del af de personer, der drikker for meget, ikke selv opfatter deres forbrug som et problem. Derfor er de ikke umiddelbart indstillet på at gøre noget ved det. Derudover er der mange myter omkring alkoholbehandlingens indhold og effektivitet og myter om, hvad det er for en type mennesker, der modtager behandling – forhold som afholder mange fra at søge hjælp.

I 2004 var knap 5.000 personer i enten ambulant behandling eller indlagt i H:S med en alkoholdiagnose på de somatiske afdelinger<sup>7</sup>. Disse personer havde sammenlagt knap 18.000 sengedage og ca. 70.000 ambulante besøg. På de psykiatriske afdelinger behandlede H:S godt 1.600 personer med en alkoholdiagnose. Disse personer havde knap 46.000 sengedage og ca. 17.000 ambulante besøg.<sup>8</sup> Hertil kommer, at der i socialpsykiatrien og på forsorgshjemmene findes en større gruppe af brugere (mellem 20 % og 50 %), der er dobbeltdiagnosticerede som sindslidende og misbrugere af enten alkohol eller stoffer. De praktiserende læger i Københavns Kommune har ca. 1.700 patienter i antabusbehandling årligt.

Behandlingen i H:S kostede i 2004 ca. 25 mio. kr. (heraf gik 25 % til behandling af patienter fra Københavns amt). Københavns Kommune købte døgnbehandling i form af socialpædagogiske omsorgsophold for svært alkoholiserede for knap 16 mio. kr. Hertil kommer udgifterne til alkoholmisbrugere i socialpsykiatrien og forsorgshjemmene. Alkoholbehandling udgør således ikke en stor udgiftspost i Københavns Kommune, da andelen af personer i behandling er begrænset. Imidlertid fylder behandlingen af især de tungere alkoholmisbrugere en hel del såvel på de somatiske og psykiatriske afdelinger i form af indlæggelser og sengedagsforbrug, ligesom alkoholmisbrugere udgør en god del af klientellet indenfor socialpsykiatrien og forsorgshjemmene. Sammenhængen mellem den egentlige alkoholbehandling og de supplerende tilbud er således meget omfattende.

Sammenfattende kan man sige, at der er mange gode grunde til at ændre den københavnske alkoholkultur og forebygge alkoholproblemer. Det kræver flere typer indsatser.

---

<sup>6</sup> Man har et problematisk forhold til alkohol, hvis man har svaret ja til mindst to af disse spørgsmål: 1) Har du indenfor det sidste år følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug? 2) Er der nogen, der indenfor det sidste år, har "brøkket" sig over, at du drikker for meget? 3) Har du indenfor det sidste år følt dig skidt tilpas eller skamfuld pga. dine alkoholvaner? 4) Har du indenfor det sidste år jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at berolige nerverne eller blive tømmermænd kvit?

<sup>7</sup> Patienterne har diagnoser F10.1 til F10.9, som dækker diagnoser hvor behandling på sygehus er forårsaget af alkoholmisbrug.

<sup>8</sup> Op.cit.

## 2.4. Typer af indsatser på alkoholområdet

Traditionelt har forebyggende indsatser på alkoholområdet fokuseret på information om alkohols skadelige virkninger. I de senere år er der sket et skift i retning af større vægt på en policy-orienteret indsats i kombination med informationsindsatsen. En ny WHO rapport konkluderer på baggrund af den videnskabelige dokumentation, at:<sup>9</sup>

- der er direkte sammenhæng mellem alkoholproblemer og alkoholforbrug
- alkoholforbruget bliver påvirket af ændringer i pris
- også dem, der drikker meget, er påvirkelige overfor bl.a. ændringer i pris og tilgængelighed
- politikker der begrænser adgang og aldersgrænser for køb reducerer alkoholproblemer
- individuelle tilgange som skole-programmer har mindre effekt end populations-baserede programmer, som påvirker rammerne for alkoholforbrug og tilgængeligheden
- lovgivning der sætter grænser for spirituskørsel, lovgivning der hæver aldersgrænsen for alkoholindtag og begrænser antallet af udskænkingssteder, begrænser antallet af alkoholproblemer

Det er ikke alle disse indsatser København som kommune kan anvende. Men der er flere muligheder. Når disse skal overvejes, kan man med fordel inddrage en ”tragt-model”, som illustreret på side 6. Den store gruppe af københavnere har ingen alkoholproblemer og befinder sig ovenover tragten. Forebyggende indsatser skal forhindre, at disse borgere ”falder ned i tragten”. I den øverste del af tragten befinder der sig personer, som er storforbrugere af alkohol. Nogle af disse har også et skadeligt forbrug. Der skal gøres en særlig indsats for at opspore denne gruppe tidligt, og det skal ske i de miljøer, hvor borgerne færdes – fx på arbejdspladsen, blandt kommunale sagsbehandlere, institutionspersonale, hos praktiserende læge, mv. Blandt de, der befinder sig i den nederste del af tragten, finder vi gruppen af alkoholafhængige. Disse personer skal have tilbud om behandling for deres misbrug, og skaderne som følge af misbruget skal begrænses.

Den københavnske indsats på alkoholområdet kan derfor opdeles i tre forskellige indsatstyper:

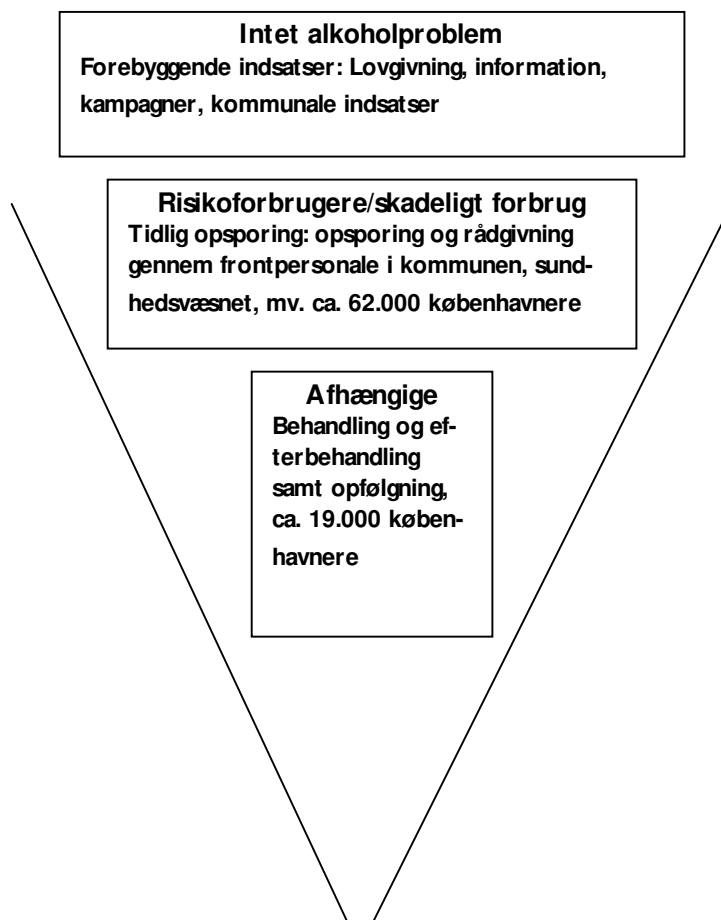
1. Den borgerrettede forebyggelse, der har til formål at undgå, at københavnere udvikler et overforbrug af alkohol eller bliver egentlig afhængige.
2. Den tidlige opsporing af personer med begyndende alkoholproblemer hvor bl.a. frontpersonalet i kommunen bliver i stand til at identificere disse og give dem relevante tilbud om støtte.
3. Den egentlige behandling af borgere med alkoholproblemer og efterbehandling/-opfølgning efter endt behandlingsforløb<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> *Global Status Report: Alcohol Policy*, WHO, 2004, ss. 3-4.

<sup>10</sup> Sundhedsstyrelsen 2000

Figur 2. "Alkohol-tragten"



Kilde: Frit efter Sven Andreasson (2002): *Metoder för at förebygge alkoholskader*

Der er forsket i, hvordan en forebyggende, kommunal alkoholindsats skal tilrettelægges, hvis den skal virke. Det kræver et sammenspil mellem en række forskellige sektorer og faggrupper. I nedenstående tabel er vist de forskellige områder og tilhørende indsatser:

Område	Forebyggelsesindsats
Biologi	Information om, hvordan biologiske faktorer hos individer kan øge risikoen for alkoholproblemer
Udsatte børn	Tilbud om særlige udviklingsprogrammer
Familien	Forældreprogrammer med fokus på bedre kommunikation med barnet
Skolen	Forbedring af skolens psykosociale miljø
Fritiden	Flere unge skal deltage i strukturerede, sociale aktiviteter
Arbejdspladsen	Alkoholpolitik på arbejdspladser
Sundhedsvæsenet	Programmer for opsporing af risikodrikkende samt rådgivning Opmærksomhed på gravide kvinder
Lokalt folkesundhedsarbejde	Folkeligt engagement kombineret med struktureret forebyggende arbejde
Restauranter	Mindske servering til berusede gæster og unge
Information	Tilpasset til målgruppen
Politikker	Tydelige regler og effektivt tilsyn

Kilde: Sven Andreasson (2002): *Metoder för at förebygge alkoholskader*

Den alkoholpolitiske handleplan bygger så vidt muligt på den videnskabelige evidens på området. Samtidig er der taget hensyn til de særlige betingelser, der gør sig gældende i en kommune med ca. 500.000 indbyggere.

### 3. Kerneområder, målsætninger og delmål

#### 3.1. Kerneområder i handleplanen

En styrket indsats på alkoholområdet kræver en helhedsorienteret, koordineret indsats. Indsatsen skal "hele vejen rundt" og skal omfatte den tidlige forebyggelse, opsporingen af personer med begyndende alkoholproblemer, den egentlige alkoholbehandling og endelig opfølgning efter endt behandling.

For den enkelte borger betyder en helhedsorienteret tilgang, at der er sammenhæng i de tilbud, kommunen har, og at man kan få støtte uanset hvor i "alkoholtragten" man måtte befinde sig. Udgangspunktet er borgernes behov men vel at mærke både de borgere, der kan få eller har alkoholproblemer, og de borgere, som har problemer på grund af andres alkoholforbrug. Der er tre kerneområder i handleplanen.

1. **En borgerrettet forebyggende indsats:** Her er hovedsigtet at forhindre alkoholproblemer i at opstå. Der skal være fokus på en tidlig indsats, hvilket konkret betyder en indsats overfor det ufødte barn, som i moderens mave skal beskyttes mod alkohol. Dernæst skal udsatte børn i misbrugsfamilier støttes og elever i folkeskolen skal rustes bedst muligt til at vælge sunde alkoholvaner og f.eks. modstå gruppepres. Forældrene spiller en central rolle for udvikling af gode alkoholvaner hos de unge. Derfor skal forældre inddrages i den forebyggende indsats.
2. **Tidlig opsporing:** Københavns Kommune har et stort potentiale for tidlig opsporing, fordi kommunen har direkte kontakt til borgere i forskellige sammenhænge (børneinstitutioner, beskæftigelsesområdet og det sociale system). Dette såkaldte frontpersonale skal uddannes til at tage spørgsmål om alkoholforbrug op, når de mener, det er relevant, og derefter følge op med den støtte/henvisning, som borgeren måtte have behov for. De praktiserende læger har også en helt central rolle i forhold til tidlig opsporing. Ifølge "alkoholtragten" er der tale om en stor gruppe borgere på ca. 62.000. Hvis vi kan tilskynde flere af dem til at ændre deres alkoholforbrug, øges livskvaliteten for disse borgere og for deres pårørende. Det betyder samtidig færre udgifter i sundhedsvæsenet og til den sociale indsats.
3. **Sikring af en helhedsorienteret og sammenhængende social og behandlingsmæssig indsats:** Den hidtidige indsats på alkoholområdet har været karakteriseret ved, at udviklingen er sket i sundhedsfagligt regi. Dette har haft klare fordele, men har også betydet, at der ikke har været en tilstrækkelig social indsats i den samlede alkoholbehandling. Det er vurderingen, at der er behov for en helhedsorienteret behandlingsmæssig og social indsats.

Udover disse tre kerneområder er der behov for en øget volumen og bredde af både forebyggende indsatser og egentlige alkoholbehandlingstilbud. Samtidig har arbejdet med handleplanen vist, at det nuværende billede af alkoholproblemer og indsatser på alkoholområdet i kommunen er utilstrækkeligt. Der er en stor mangel på data. En forstærket indsats vil derfor kræve en systematisk indsamling af viden om alkoholproblemer og indsatser. Denne viden er en forudsætning for at måle effekten og omkostningseffektiviteten af de aktiviteter, der sættes i gang. Med handleplanen følger en forpligtelse til at vurdere effekt og omkostningseffektivitet af de forskellige indsatser.

### 3.2. Målsætning og delmål for indsatser

Den politisk vedtagne målsætning for alkoholområdet er som nævnt: "Københavnernes skal reducere deres alkoholforbrug væsentligt". For at indfri denne målsætning er der behov for en helhedsorienteret og koordineret indsats. Målsætningen kan understøttes af følgende delmål for konkrete indsatser i perioden 2006-2009:

#### Børn og unge

1. Det ufødte barn skal beskyttes mod gravides alkoholforbrug
2. Børn skal sikres mod omsorgssvigt som følge af forældres alkoholmisbrug
3. Debutalderen for alkoholforbrug skal hæves
4. Alkoholforbruget blandt unge skal reduceres
5. Gode alkoholvaner blandt unge (< 25 år) skal fremmes

#### Voksne og ældre

6. Der skal arbejdes aktivt for at begrænse tilgængeligheden af alkohol bl.a. via bevillingssystemet og udskænkingspraksis på diskoteker og værtshuse
7. Arbejdspladsen skal bruges aktivt som arena til at begrænse alkoholforbruget blandt voksne
8. Antallet af alvorligt tilskadekomne ved spiritusuheld skal nedbringes med 30 % (1998-2012)
9. Alkoholforbruget blandt ældre københavnere skal reduceres
10. Tidlig opsporing af borgere med alkoholproblemer skal styrkes

#### Behandling og efterbehandling

11. Alkoholbehandlingen og den sociale indsats skal være sammenhængende og helhedsorienteret
12. Behandlingskapaciteten skal øges
13. Behandlingstilbud skal differentieres og kvaliteten øges
14. Der skal være tilbud til de mest udsatte alkoholafhængige

#### Tværgående

15. Effektiv koordinering af indsatsen på alkoholområdet skal sikres på tværs af forvaltninger og H:S/Region Hovedstaden

## 4. Konkrete indsatser

Den nuværende indsats på alkoholområdet skal udvikles og udbygges, hvis de opstillede delmål skal indfries og københavnernes alkoholforbrug skal reduceres væsentligt. Derfor beskrives i det følgende en række indsatser, som tilsammen udgør en styrket helhedsorienteret indsats.

Det finansieringsbehov, der nævnes, er midler udover de nuværende anvendte ressourcer. De midler der i dag anvendes til alkoholbehandling i H:S og til socialpædagogiske aflastningsophold indgår altså ikke i nedenstående beløb med en enkelt undtagelse. Disse midler forudsættes dog fortsat anvendt til alkoholindsatsen. Det forudsættes derudover, at ressourcebehovet fremadrettet vil blive vurderet, herunder om der er grundlag for en mere differentieret anvendelse af midlerne med henblik på flere fleksible behandlingsformer. I parentes er nævnt hvor midlerne hører til.



**Delmål 1:****Det ufødte barn skal beskyttes mod gravides alkoholforbrug****Indsats 1: Gravides alkoholforbrug**

Indsatsen overfor børn begynder med en indsats overfor gravide københavnere, eftersom alkoholforbrug under graviditeten kan have alvorlige konsekvenser for fostret og barnets senere udvikling. Ved et forbrug på 1 – 2 genstande per dag er der øget risiko for spontan abort, dødfødsel, for tidlig fødsel, væksthæmning og øget forekomst af en række misdannelser hos barnet. Ved stort dagligt forbrug er der risiko for egentlig føtalt alkoholsyndrom (FAS), der betyder mental retardering og behov for livslang intensiv psyko-social støtte og derfor er meget omkostningstungt både økonomisk og socialt. Omkring 10 - 15 københavnske børn rammes af FAS årligt. For at indfri delmål 1 iværksættes en indsats med følgende elementer:

a) Den praktiserende læge skal ved 1. graviditetsundersøgelse tale med den gravide om skadevirkninger ved alkoholforbrug under graviditet, som nævnt i Sundhedsstyrelsens retningslinier for svangreomsorg. Lægen opfordres i den forbindelse til at tydeliggøre for den gravide, hvorfor de generelle genstandsgrænser for kvinder ikke gælder for gravide kvinder. Den praktiserende læge opfordres til at tage samme emne op med kvinder, der henvender sig med ønske om graviditet eller fertilitetsbehandling. Kommunen sikrer, at alle praktiserende læger har mulighed for at udlevere Sundhedsstyrelsens pjece ”Graviditet og alkohol”. *Ansvarlig: SUF*

b) Der sikres et ensartet budskab til alle gravide om alkohol og graviditet ved at styrke det tværfaglige samarbejde igennem nedsættelse af en tværfaglig referencegruppe om gravide og alkohol med sekretariatsansvar i SUF. Jordemødre, praktiserende læger, sundhedsplejersker og evt. apotekspersonale inddrages i referencegruppen. *Ansvarlig: SUF*

c) De gravides alkoholvaner kortlægges i samarbejde med Center for Alkoholforskning, og der gennemføres et projekt, hvor oplysningerne på svangrejournalen sammenlignes med oplysninger på alkoholskemaerne med henblik på kvalitetssikring af alkoholskemaerne og tilrettelæggelse af en målrettet indsats. *Ansvarlig: H:S/Familieambulatoriet*  
**Økonomi: 100.000 kr. i 2006 (H:S)**

d) Tilbud til gravide med et vist alkoholforbrug styrkes. Den gravide indkaldes derfor til en rådgivende samtale i Familieambulatoriet, såfremt hun til svangrejournalen/på alkoholskemaet har oplyst, at hun drikker mere end fem genstande om ugen. Der gennemføres et pilotprojekt, hvor det monitoreres hvor mange, der svarer på alkoholskemaet og hvor mange og hvem der tager imod tilbud om rådgivende samtale e.l. og hvordan effekten af indsatsen er. På baggrund heraf tilrettelægges den fremtidige rådgivende og behandlende indsats. *Ansvarlig: Region Hovedstaden/Familieambulatoriet.*  
**Økonomi: 200.000 kr. i 2007 (Region Hovedstaden)**

**Delmål 2:****Børn skal sikres mod omsorgssvigt som følge af forældres alkoholmisbrug****Indsats 2: Børn og unge i misbrugsfamilier**

Mindst 6.000 børn i København lever i familier, hvor en af forældrene har været indlagt med en alkoholrelateret diagnose. De er i stor risiko for omsorgssvigt og for at få problemer af udviklings, indlærings- og følelsesmæssig karakter. Som unge og voksne er de i øget risiko for at udvikle bl.a. misbrugsproblemer. Der er tale om en dobbelt problemstil-

ling i den forstand, at der er behov for en tidlig forebyggende og støttende indsats overfor børnene og en indsats for at initiere en behandling af forældrenes misbrug.

H:S Alkoholenheden har i samarbejde med Sundhedsstyrelsen iværksat et projekt for perioden 2004-2007, hvor der er tilknyttet 3 børnesagkyndige til behandlingen i alkoholambulatorierne. Derudover har Alkoholenheden fået midler fra Socialministeriet til kurser, uddannelse og familiebehandling frem til 2008 og Majorgården har modtaget midler til etablering af børne- teenage- pårørende- og familiegrupper.

Der iværksættes en yderligere indsats med henblik på at identificere børnefamilier, hvor en eller begge forældre har et misbrug med henblik på at iværksætte en aktion overfor hhv. børn og forældre. Denne opgave skal varetages af de aktører, der har kontakten til børn og deres familier. Der skal iværksættes en kompetenceudvikling af det frontpersonale, der har den naturlige kontakt med børnene, bl.a. daginstitutionspersonale, sundhedsplejen, skoler/ ungerådgivninger.

I sammenhæng med de foranstaltninger, der i dag ydes til truede børn, etableres rådgivnings- og støtteforanstaltninger til børn i misbrugsfamilier, f.eks. i form af tilknytning af en særlig voksenstøtte. Der skal sikres en koordination af indsatsen mellem FAF, H:S (herunder alkoholambulatoriernes børnesagkyndige), sundhedsplejen og daginstitutionsområdet i en kommende børneforvaltning.

**Økonomi: 1 mill.kr årligt fra og med 2008 (FAF)**

(Afhængig af evalueringen af H:S modelprojekt, der afsluttes i 2008, forventes der at være et behov for at permanentgøre indsatsen i ambulatorierne)

**Delmål 3:  
Debutalderen for alkoholforbrug skal hæves**

**Delmål 4:  
Alkoholforbruget blandt unge skal reduceres**

**Delmål 5:  
Gode alkoholvaner blandt unge under 25 år skal fremmes**

Tal fra Sundhedsprofilen for unge i København fra 2005 viser, at der stadig er behov for en indsats på alkoholområdet overfor børn og unge.<sup>11</sup> Profilen viser, at knap halvdelen af eleverne i 7. klasse har angivet, at de har drukket en genstand. Af denne halvdel oplyser 52 %, at de har været fulde. I 2000 var dette tal 49 %. Omkring 51 % af de elever i 7. klasse, der har drukket alkohol, oplyser, at de oftest drikker alkoholsodavand. Denne andel falder til 4 % blandt elever i 2.G.

Af de 9. klasses elever, der har drukket alkohol, svarer 40 %, at de har været fulde 1 – 2 gange inden for de sidste 30 dage. Hvis man ser på debutalderen for fuldskab angiver 16 % af 9. klasses eleverne, at de var 13 år eller yngre. Igen omfatter dette tal kun de 9. klasses elever, der har angivet at de har prøvet at drikke en genstand.

Andelen af storforbrugere i gymnasiet (dvs. elever i 2.G, der har været fulde mere end 5 gange inden for de sidste 30 dage) ligger uændret på 16 %. Disse tal er baggrunden for de opstillede delmål. For at nå disse iværksættes følgende indsatser:

---

<sup>11</sup> Sundhedsprofilen er et samarbejde mellem FAF, Kommunallægeordningen og SUF, som har gennemført 4 spørgeskemaundersøgelser siden 1990.

### **Indsats 3: Sundhedspakke i folkeskolen**

Vi ved, at information om alkohol til skoleelever skal kombineres med en indsats i forhold til forældrene for at have en effekt. Unges alkoholvaner påvirkes nemlig af hvad forældrene gør og siger. Københavns Kommune tilbyder forældre til elever i 7. 8. og 9. klasse-arrangementet "En teenager i familien" med deltagelse af SSP konsulenter. Samtidig tilbydes klasserne besøg af "rusmiddelguider", som leverer supplerende sundhedsundervisning via ung-til-ynge metoden. I dag har rusmiddelguiderne ca. 100 arrangementer årligt, ofte som dobbeltarrangement med "En teenager i familien".

Metoden "Tackling" (*life skills training*) fokuserer på at styrke elevernes personlige kompetencer i relation til at få gode vaner omkring rusmidler. København Kommune indgår i et pilotprojekt, hvor materialet er oversat til dansk. De første evalueringresultater af pilotprojektet er positive og støtter de positive effekter metoden har vist i USA.

De tre tilbud udbydes som en 'sundhedspakke' i folkeskolen. Markedsføringen intensivres, materialet er gratis og der tilbydes vikardækning for lærerkurser til tackling. Kommunen har i alt ca. 500 7. 8. og 9 klasser. Målet for stigningen i dækningsgraden med rusmiddelguider er en forøgelse på 50 arrangementer per år. Det samme for "En teenager i Familien". Dog forudsættes det at der er tilstrækkelige personaleressourcer fra SSP eller tilsvarende organisation. Med tackling er målet en dækningsgrad på 2/3 af skolerne. Det kan tilbydes på alle tre klassetrin fra 2008. *Ansvarlig: SUF*

#### **Økonomi:**

**2006: 910.000 kr. (SUF 685.000 kr. UUF 225.000 kr.)**

**2007: 1.360.000 kr. (SUF 1.060.000 kr. UUF 300.000 kr.)**

**2008: 1.810.000 kr. (SUF 1.435.000 kr. UUF 375.000 kr.)**

**2009: 2.015.000 kr. (SUF 1.565.000 kr. UUF 450.000 kr.)**

### **Indsats 4: Ungdomsuddannelser**

Alkoholforbruget hos de 'ældre' unge københavnere er stadig højt. Derfor iværksættes en forebyggende indsats i forhold til gymnasier, og indsatsen på andre ungdomsuddannelser intensiveres. På gymnasieområdet er der behov for metodeudvikling med afsæt i rapporten "Festkultur og rusmidler i gymnasieskolen" fra 2004. Implementering af indsatsen kan finde sted fra 2007. På tekniske skoler gennemføres en sundhedsprofil på basis af hvilken der udvikles en målrettet indsats. Samtidig fortsætter tilbudet "Sundhed og livsstil på tekniske skoler og produktionsskoler" med større volumen. Fra 2008 tages der initiativ til et samarbejde med handelsskolerne om en lignende indsats. *Ansvarlig: SUF.*

**Økonomi: 320.000 kr. pr år (SUF)**

### **Indsats 5: Bedre rammer for sunde alkoholvaner blandt unge**

De rammer, der sættes omkring alkohol, kan påvirke det samlede alkoholforbrug. I relation til unge skal kommunen formulere krav (code of conduct) omkring alkohol i forbindelse med kommunale musik- og sportsarrangementer. Der iværksættes samtidig et samarbejde omkring en forebyggende indsats, herunder udskænkningsspolitik, i kommunale idrætshaller og -anlæg samt kulturhuse. Desuden skal der iværksættes en indsats, som opfordrer folkeoplysende foreninger for unge til at udarbejde alkoholpolitikker. *Ansvarlig: KFF i samarbejde med SUF*

### **Indsats 6: Målrettet indsats overfor udsatte unge (< 25 år)**

Der iværksættes en indsats overfor unge, som har et risikoforbrug af alkohol og som befinder sig i en social truet/marginaliseret position i forhold til uddannelse og arbejdsmarked. Det vil ofte være unge med en vanskelig familiebaggrund. De har udviklet et tidligt storforbrug, som er blevet et problem, der forstærker deres sociale udsathed og som udgør en barriere for dem i forhold til at bevæge sig i nye retninger. Derudover er der en gruppe af unge, som fortsat er under uddannelse eller i beskæftigelse, men hvor de har udviklet et storforbrug og er i risiko for at udvikle afhængighed og for at miste job eller blive lukket

ude af uddannelse eller skole på grund af deres adfærd. Det skønnes at dreje sig om i alt 1000 - 2000 unge.

Der findes i dag ikke særlige behandlingstilbud til unge alkoholmisbrugere, som kan inddrage de unges sociale problemer og støtte dem i forhold til uddannelse, beskæftigelse og bolig. Der iværksættes et projekt, der skal udvikle et behandlingstilbud til ungegruppen, hvor misbrugsbehandling indgår, samtidig med at der fokuseres på personlig udvikling, uddannelse og beskæftigelse. Formålet er at indrette et tilbud, der kan tiltrække de unge, som ikke tidligere har søgt behandling. Identifikation og motivation til behandling af de unge vil dels være på skoler, på uddannelsessteder, på ungdomspensioner, i aktiverings-tilbud, på lokalcentre eller jobcentre. Identifikation forudsætter kompetenceudvikling af personalet i indsatsområderne, dels i forhold til at kunne iagttage signaler på et tidligt misbrug, dels i forhold til at kende henvisningsmuligheder til relevant behandling og socialt støttende foranstaltninger, både under og efter afsluttet behandlingsophold. Der skal sikres koordinering med den forebyggende indsats over for unge, der befinder sig i skole- og uddannelsesregi, således at unge i risiko tidligt kan henvises til behandling, hvis den forebyggende indsats ikke er tilstrækkelig. Der afsættes 2 årsværk pr. år til konsulentvirksomhed på området med henblik på at initiere ovenstående opgavesæt. *Ansvarlig: FAF*  
**Økonomi: 800.000 kr. pr. år (FAF)**

#### **Delmål 6:**

**Der skal arbejdes aktivt for at begrænse tilgængeligheden af alkohol bl.a. via bevillingssystemet og udskænkingspraksis på diskoteker og værtshuse**

De mest effektive virkemidler for at reducere alkoholforbruget blandt københavnere, er at øge prisen og begrænse tilgængeligheden. Kommunen kan hverken ændre på pris eller lukkelov, selvom Kommunen betaler for mange af konsekvenserne af det høje alkoholforbrug. Men der er dog visse handlemuligheder.

#### **Indsats 7: Påvirkning af national lovgivning på alkoholområdet**

Kommunen skal arbejde aktivt for, at nationale politikere vægter hensynet til folkesundheden højt, når der lovgives omkring pris på alkohol, adgang til salg af alkohol og lukkelov. I den forbindelse skal den høje andel af børn i 7. klasse, der oftest drikker alkoholso-davand, når de drikker alkohol, understreges. *Ansvarlig: SUF*

#### **Indsats 8: Begrænsning af alkoholbevillinger**

Kommunen har mulighed for at begrænse tilgængeligheden af alkohol bl.a. igennem bevillingssystemet og udskænkingspraksis på udskænkingsstederne. I 1991 var der 1.423 alkoholbevillinger i København og i 1998 var antallet 1.535 og i 2004 var antallet steget til 1.626.

##### **Antal alkoholbevillinger i 2004**

	København	Århus	Odense
Antal alkoholbevillinger	1.626	539	478
Antal indbyggere pr. alkoholbevilling	309	545	387

Kommunen skal arbejde aktivt for at reducere tilgængeligheden af alkohol igennem bevillingssystemet. Antallet af alkoholbevillinger må så vidt muligt ikke øges fra det nuværende niveau. For at opnå dette skal der i forbindelse med kommuneplanen udarbejdes en restaurationsplan, som tager højde for at restaurationer med bevilling fx ikke placeres i boligområder, nær skoler, mv. *Ansvarlig: KFF/Bevillingsnævnet.*

### **Indsats 9: Ansvarlig udskækningspraksis**

Bevillingsnævnet anvender en strategi med at øge antallet af nattilladelser med alkoholbevilling og sprede dem tidsmæssigt, for at holde kunderne væk fra gaden og inde i beværtningerne. Det spreder gæsternes hjemtur tidsmæssigt og begrænser antallet af volds-episoder. Strategien lægger et særligt ansvar på udskækningspersonalet for at overholde udskækningsreglerne. Lokale SSP'er oplever, at visse udskækningssteder har en meget aggressiv udskækningspraksis. Der gennemføres en pilotundersøgelse af udskækningspraksis på københavnske diskoteker, værtshuse, kulturhuse samt idrætsanlæg. Denne undersøgelse gennemføres i tæt samarbejde med bevillingsnævnet/KFF og danner basis for en beslutning om den videre indsats.

Der er positive erfaringer fra et udskæknings-projekt i Stockholm (STAD-projektet), hvor antallet af voldsanmeldelser blev reduceret med 30 %. Dette projekt omfatter bl.a. uddannelse af barpersonale i ansvarlig udskækningspraksis. På basis af disse erfaringer og pilotundersøgelsen udvikles et projekt, hvor barpersonale og restauratører uddannes i ansvarlig udskækningspraksis. Det skal sikres, at den lovmæssige uddannelse for dørmænd også inkluderer udvikling af kompetence inden for ansvarlig udskækningspraksis. *Ansvarlig: SUF.*

**Økonomi: 300.000 kr. i 2006 og 100.000 kr. per år i to år fra 2007 (SUF)**

### **Delmål 7:**

#### **Arbejdspladsen skal bruges aktivt som arena til at begrænse alkoholforbruget blandt voksne**

Arbejdspladsen er en god arena for både forebyggelse og tidlig opsporing. Ifølge H:S Alkoholenheden har ca. 40 % af de personer, der er i alkoholbehandling, stadig arbejde.

### **Indsats 10: Alkoholpolitikker**

Der tilbydes assistance til kortlægning og udarbejdelse af alkoholpolitikker på københavnske, kommunale arbejdspladser og implementeringen af disse. Der tilbydes ligeledes støtte til kortlægning af omfanget og karakteren af problemer relateret til alkohol på arbejdspladserne. *Ansvarlig: SUF*

Den overordnede alkoholpolitik for kommunen fra 1992 gennemgås med henblik på justering og relancering, således at den afspejler den holdning, at alkohol og arbejde ikke hører sammen. *Ansvarlig: Økonomiforvaltningen*

Kommunens 7 forvaltninger udarbejder en aktiv og bevidst alkoholpolitik, der følger den overordnede politik. Gældende alkoholpolitikker gøres tilgængelige på kommunens intranet og i forvaltningernes personaleafdelinger. Det anbefales, at spørgsmål om alkohol tages med i APV'er. *Ansvarlige: alle forvaltninger i 2006-2007*

Alle københavnske virksomheder tilbydes et servicetjek af alkoholpolitik, udvikling af ny politik og information om muligheder for uddannelse af nøglepersoner. *Ansvarlig: SUF*

### **Indsats 11: Uddannelse af nøgle- og ressourcepersoner på arbejdspladsen**

Et centralt element i en alkoholpolitik er at det sikres, at arbejdspladserne i kommunen har uddannede nøglepersoner. Disse personer kan opspore ansatte med begyndende alkoholproblemer, fordi de er uddannet til at spørge ind til netop forholdet til alkohol. Det er målet, at alle Københavns Kommunes arbejdspladser, så vidt muligt, skal have uddannede nøglepersoner. Eksisterende samarbejdsorganer skal drøfte, hvordan nøglepersonordningen bedst kan tilpasses lokale forhold – herunder små arbejdspladser. Arbejdspladsen kan samtidig uddanne ressourcepersoner, der kan følge implementeringen af alkoholpoli-

tikken. Den uddannelsesindsats kan foregå i regi af Københavns Kommunes Kursuscenter. *Ansvarlig: SUF.*

**Økonomi: 75.000 kr. pr. år i tre år fra 2006 (SUF)**

#### **Indsats 12: Information om alkohol til ansatte**

Der oprettes en temaside om alkohol på KK-nettet til alle ansatte. Uge 40 kampagner fra Sundhedsstyrelsen, som er rettet mod voksne, støttes bl.a. via formidling af materiale til alle arbejdspladser i kommunen. Samtidig anvendes uge 40 til at markedsføre muligheden for at få uddannet nøglepersoner. Der skal være særligt fokus på også at nå private og andre offentlige virksomheder. *Ansvarlig: SUF.*

#### **Delmål 8:**

**Antallet af alvorligt tilskadedkomne ved spiritusuheld skal nedbringes med 30 % (1998-2012)**

Promillegrænser og effektivt tilsyn i trafikken er et andet effektivt redskab til at reducere problemer forbundet med alkohol. Kommunen har allerede vedtaget en målsætning på dette område om at reducere antallet af alvorligt tilskadedkomne ved spiritusuheld med 30 % i perioden 1998 til 2012.

#### **Indsats 13: Alkohol i trafikken**

Der iværksættes en indsats overfor spirituskørsel i kommunen. Dette sker på grundlag af en undersøgelse af, hvem der kører spirituspåvirket. Kommunen har et godt datagrundlag for hvor store udgifter, der er forbundet med trafikuheld som følge af alkoholpåvirkning. Det samme gælder viden om hvornår og hvor, der sker spiritusuheld. Der er imidlertid en mangel på viden om spiritusbilisterne. Politiet anmodes derfor om at foretage en registrering af centrale data om bilister, der kører spirituskørsel (ikke kun dem der ender i uheld) i en afgrænset periode på ½ år for at få en bedre indsigt i hvor mange og hvem, der kører spirituspåvirket. Denne kortlægning anvendes til præcisering af den fremtidige indsats. Der reserveres midler til en fremtidig indsats. *Ansvarlig: Vej og Park/Trafik- og Plankontoret i samarbejde med Københavns Politi og SUF.*

**Økonomi: 100.000 kr. pr. år i BTF**

#### **Indsats 14: Skærpede krav til lejlighedstilladelser**

Det er politiet, som udsteder lejlighedstilladelser til udskænkning af alkohol i forbindelse med større arrangementer som f.eks. markedsdage og større sportsarrangementer. Politiet opfordres til at evaluere den nuværende praksis omkring udstedelse af lejlighedstilladelser og tilsyn af udskækningspraksis ved sådanne tilladelser *Ansvarlig: KFF/Politiet*

#### **Delmål 9:**

**Alkoholforbruget blandt ældre københavnere skal reduceres**

Ifølge Sundhedsprofilen fra 2004 drikker 21 % af mænd over 67 år over 21 genstande pr uge. For kvinder er tallet 10 %. Samtidig tyder flere undersøgelser på, at ældre mennesker kan tåle færre genstande end yngre mennesker.

#### **Indsats 15: Indsats overfor ældre, herunder uddannelse i hjemmeplejen**

Igennem registrering af fald afdækkes alkoholproblemernes omfang blandt ældre i ét lokalområde. På denne baggrund tilrettelægges en målrettet indsats overfor ældre, der drikker for meget alkohol. Denne indsats kan bl.a. indeholde uddannelse af frontpersonale i samtalen med den ældre om sunde alkoholvaner og henvisning til relevant tilbud. Desuden skal der iværksættes en indsats, som skal sikre, at der udarbejdes alkoholpolitikker i §-65 støttede tilbud til ældre.

*Ansvarlig: SUF*

**Økonomi: 100.000 kr. pr. år (SUF)**

### **Delmål 10:**

#### **Tidlig opsporing af borgere med alkoholproblemer skal styrkes**

Borgere med begyndende alkoholproblemer skal identificeres hurtigere end i dag og tilbydes relevant hjælp. Samtidig skal borgere, der allerede har et afhængighedsproblem, tilbydes alkoholbehandling tidligere end tilfældet er i dag, hvor borgere i gennemsnit har været alkoholafhængige i 9 år, før de kommer i behandling. En styrket indsats omkring tidlig opsporing skal finde sted i forskellige arenaer, men uddannelse og koordination er nøgleord.

#### **Indsats 16: Systematisk opsporing og uddannelse af frontpersonale**

Der foretages i dag ikke en systematisk afdækning af alkoholproblemer hos borgere, der er udenfor arbejdsmarkedet. Der skal sættes fokus på opsporing af de udsatte voksne med alkoholafhængighed. Dette forudsætter en kompetenceudvikling af frontpersonalet i de indsatsområder, der har naturlig kontakt til målgruppen, f.eks. i forhold til at kunne iagttage signaler på et tidligt misbrug, i forhold til at kende henvisningsmuligheder til relevant behandling og nødvendige socialt støttende foranstaltninger, under og efter afsluttet behandlingsophold. *Ansvarlig: FAF*

**Økonomi: 200.000 kr. pr. år (FAF)**

#### **Indsats 17: Livsstilssamtaler om alkohol på sundhedscenter(re)**

Det nuværende sundhedscenter modtager patienter efter henvisning fra den praktiserende læge. Der er bl.a. tale om patienter med livsstilsrelaterede lidelser. På dette og evt. kommende sundhedscentre uddannes personalet inden for alkohol og der tilbydes livsstilssamtaler om alkohol. Herfra kan ske henvisning til behandling i Alkoholenhederne. *Ansvarlig: SUF i samarbejde med Alkoholenheden i 2006, herefter Region Hovedstaden*

#### **Indsats 18: Uddannelse af praktiserende læger**

Mange borgere med et for højt alkoholforbrug kommer hos deres praktiserende læge enten med andre lidelse eller deciderede følgevirkninger af deres alkoholforbrug. De praktiserende læger har derfor en central rolle i tidlig opsporing af personer med alkoholproblemer. Erfaringerne er imidlertid at de praktiserende læger kan have glæde af en målrettet uddannelse i at tale med patienter om alkoholproblemer. Der uddannes i alt 30 læger pr. år til dette. *Ansvarlig: SUF i samarbejde med Alkoholenheden i 2006, herefter Region Hovedstaden*

**Økonomi: 100.000 årligt i 3 år (SUF i 2006, herefter Region Hovedstaden)**

#### **Indsats 19: Systematisk tilbud til patienter på hospitaler**

Også på hospitaler kommer mange borgere med alkoholrelaterede lidelser. Det giver en yderligere mulighed for at tilbyde borgere den rette behandling. Modellen for systematisk screening for alkoholproblemer, som er udviklet på Bispebjerg Hospital, spredes til alle hospitaler. Desuden udvikles en interventionsstrategi for patienter i H:S med skadeligt alkoholforbrug. Konceptet for interventionen er ved at blive udviklet i samarbejdet mellem Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Alkoholenhederne og Fyns Amt. Endelig informerer patienter på H:S hospitaler systematisk om betydningen af risikofaktorer som

alkohol i forhold til kirurgi, KOL og hjertesygdomme. *Ansvarlig: H:S Alkoholenheden i 2006, herefter Region Hovedstaden*



**Delmål 11:****Alkoholbehandlingen og den sociale indsats skal være sammenhængende og helhedsorienteret****Delmål 12:****Alkoholbehandlingskapaciteten skal øges****Delmål 13:****Alkoholbehandlingstilbud skal differentieres og kvaliteten øges****Delmål 14:****Der skal være tilbud til de mest udsatte alkoholafhængige**

Den forventede politiske beslutning om at placere ansvaret for den fremtidige alkoholbehandlingsindsats sammen med den øvrige misbrugsindsats i en kommende socialforvaltning vil betyde en styrkelse af helhedsorienteringen og sammenhængen i behandlingsindsatsen. I en kommende socialforvaltning skal alkoholindsatsen integreres i en struktur, der kan sikre en sammenhæng mellem identifikation af misbrugsproblemer, iværksættelse af behandling, social støtte, rehabilitering og koordinering mellem indsatsområderne internt i forvaltningen og med eksterne samarbejdspartnere (herunder andre forvaltninger).

Den eksisterende behandlingsindsats er forankret i et sundhedsfagligt regi og er specifikt rettet mod at begrænse alkoholmisbruget, men har ikke et selvstændigt fokus på de sociale skader og de sociale problemstillinger, der følger med misbruget. Den nuværende indsats har endvidere vist sig ikke at kunne tiltrække/rumme alle målgrupper. Den nuværende indsats bør derfor både udbygges og suppleres med en social helhedsorienteret indsats.

Udgangspunktet for den fremtidige alkoholbehandling er, at den kommende socialforvaltning overtager ansvaret for den samlede behandlingsindsats. Der er endnu ikke taget beslutning om hvorledes den fremtidige alkoholbehandlingsindsats skal organiseres, men den nuværende behandlingsindsats i alkoholenhederne forudsættes videreført via kommunens køb af pladser efter nærmere forhandling med Region Hovedstaden. Det er forventningen, at der fremover vil være behov for et øget antal behandlingspladser, mest som følge af et øget fokus på identifikation af alkoholmisbrugere med et behandlingsbehov. Med den fremtidige alkoholbehandlingsindsats forankret i en kommende socialforvaltning kan den hidtidige indsats komplementeres ved:

1. at sikre at der vil være et relevant og tilgængeligt behandlingstilbud til samtlige alkoholmisbrugere, herunder de målgrupper, der i dag ikke modtager behandling.
2. at etablere en social behandlingsindsats, der kan sikre at de sociale skader i forbindelse med alkoholmisbrug begrænses, at alkoholmisbrugere i en truet social situation tilbydes rehabilitering, og at alkoholmisbrugere tilbydes omsorg og støtte sammen med behandling af misbrug.
3. at sikre sammenhæng mellem identifikation, behandling, social støtte og rehabilitering og koordination af indsatsen

**Indsats 20: Integreret behandlingsindsats overfor udsatte voksne**

FAF har årligt kontakt til ca. 40.000 forskellige personer, hvor det skønnes at der er et stort personsammenfald med de ca. 17.000 alkoholafhængige. Der er tale om forskellige "risikogrupper", f.eks. mænd og kvinder, der bliver enlige (fraskilte), personer på vej ud af arbejdsmarkedet pga. langvarigt sygefravær, personer der er, eller ved at blive, hjemløse.

Behandlingen af de udsatte voksnes alkoholmisbrug varetages i dag af H:S Alkoholenheden og af praktiserende læger, ligesom der er iværksat rådgivningstilbud i et begrænset omfang til pårørende. Begge indsatser er imidlertid underdimensionerede i forhold til det skønnede behov, ligesom der mangler koordinering mellem de nuværende tilbud i H:S regi og den sociale indsats. Identifikation og motivation til behandling vil foregå, hvor målgruppen har kontakt til myndigheder og andre indsatser, nemlig i lokalcentre, jobcentre, aktiveringsprojekter eller hos den praktiserende læge. (Se under tidlig opsporing indsats 15).

Der skal etableres rådgivningstilbud og støtteforanstaltninger til de udsatte voksne og deres pårørende, som kan sikre en sammenhæng mellem misbrugsbehandlingen og øvrige socialt støttende og rehabiliterende foranstaltninger. Tilbuddene skal dels rettes til alkoholmisbrugeren, dels til dennes familie, herunder særlige tilbud til børn og unge. Der vil være tale om netværksgrupper og pårørendegrupper. Der skal tilbydes misbrugsbehandling i socialt regi til den del af målgruppen, der har meget komplekse sociale problemer. FAF skal sikre koordination med beskæftigelsesindsatsen, praktiserende læger, samt H:S Alkoholenheden i forhold til indsatsen overfor udsatte voksne som helhed.

Til at varetage den differentierede indsats er der behov for tilførsel af 10 årsværk med integrerede rådgiver, terapeutiske og alkoholbehandlingsfaglige kvalifikationer, der kan supplere det socialfaglige personale i FAF. *Ansvarlig: FAF*

**Økonomi: 4 mio. kr. pr. år (FAF)**

#### **Indsats 21: Psykisk syge**

Det skønnes, at ca. 20 - 50 % af de indlagte psykiatriske patienter har et alkoholmisbrug. Der er tale om "underdiagnosticering" af problemet. På de social-psykiatriske bocentre fylder alkoholmisbrug en del, ligesom psykisk syge i eget hjem kan have et misbrug. Der er stor usikkerhed hos personalet om hvordan, der skal handles på brugernes misbrug, ligesom der ikke er målrettede behandlingstilbud til gruppen.

Identifikation og motivation til behandling bør varetages af personalet på psykiatriske afdelinger, socialpsykiatriske bocentre for psykisk syge, handicapcentre, væresteder, handicapcentre, væresteder samt af støtte-kontaktpersoner. Der skal tilbydes et differentieret behandlingstilbud til målgruppen. Det forudsættes, at psykisk syge, der behandles i psykiatrien også tilbydes misbrugsbehandling i dette regi. Behandlingen skal så vidt muligt tilbydes, der hvor de psykisk syge i forvejen modtager behandling og opholder sig, og af de professionelle de i forvejen har kontakt med. Der skal således tilbydes alkoholbehandling på de social-psykiatriske bo-centre. Det skal overvejes, hvordan opsøgende teams kan indgå i behandlingen af psykisk syge alkoholmisbrugere, der bor i egen bolig. Der skal udarbejdes et behandlingskoncept, der kan integreres i den øvrige indsats overfor målgruppen, ligesom der skal ske en kompetenceudvikling bredt af personalet i indsatsområderne i forhold til identifikation, motiverende samtaler samt udmøntning af et behandlingskoncept. *Ansvarlig: FAF*

**Økonomi: 800.000 kr. pr. år (FAF)**

#### **Indsats 22: Blandingsmisbrugere, samt socialt udstødte, herunder hjemløse**

Personer med et blandingsmisbrug (stof- og alkoholmisbrug) udgør skønsmæssigt ca. 20 % af stofmisbrugere i behandling. Blandt hjemløse på forsorghjem o.l. skønnes det, at ca. halvdelen har et massivt alkoholmisbrug. I alt skønnes gruppen at omfatte ca. 800 - 1000 personer. Af den samlede målgruppe har ca. 600 i dag kontakt til stofmisbrugsbehandlingssystemet, hvor de i en vis udstrækning modtager antabusbehandling. Herudover benytter gruppen sig typisk ikke af de eksisterende tilbud til alkoholbehandling. Dette gælder såvel døgn- som ambulante tilbud.

Opsporingen varetages i behandlingssystemet for stofmisbrugere, på herberger og væresteder, samt af opsøgende gadeteams. Målgruppen skal tilbydes behandling i tilknytning

til den behandlingsmæssige og omsorgsmæssige indsats, de tilbydes i dag. Behandlingen af målgruppen skal integreres med den øvrige indsats. Behandlingstilbuddet skal kvalitetsudvikles i relation til somatiske og psykiske skader, der er forbundet med alkoholmisbrug. Der skal etableres særboliger til hjemløse alkoholmisbrugere, hvortil der knyttes omsorgs- og plejemæssige tilbud efter behov, herunder overvejes opsøgende teams af støtte-kontaktpersoner. Der skal ske en kompetenceudvikling af personalet på i behandlingsinstitutioner og på herberger og væresteder.

Der skal ske en kontinuerlig afdækning af behovet for udvikling af rummelige botilbud/plejelignede/evt. terminale tilbud til målgruppen, der både omfatter personer i metadonbehandling samt alkoholmisbrugere med aparte adfærd og evt. demensudvikling. Der er i dag i FAFs regi i alt 20 pladser og i Sundhedsforvaltningens regi, E-huset, i alt 39 pladser. Der skal ske en koordinering med H:S og frivillige organisationer samt herbergområdet.

Der afsættes midler til 3 årsværk til et opsøgende og koordinerende team. *Ansvarlig: FAF*  
**Økonomi: 1.3 mio. kr. pr. år (FAF)**

### **Indsats 23: Botilbud til ædru alkoholikere**

Der er i dag ikke en tilfredsstillende opfølgning/udslusning for borgere, der har været på Blå Kors aflastningsophold. Disse ophold er typisk på 6 – 12 måneders varighed og koster i gennemsnit 30.000 kr. pr måned. Der etableres derfor udslusningsbotilbud til ædru alkoholikere, som sammen med en personlig støtte og rådgivning kan sikre en udslusning fra døgn- eller ambulans behandling, der modvirker tilbagefald til alkoholmisbrug. Der skal etableres et værested, som kan være mødested for ædru alkoholikere, der bor i egen bolig. Der skal etableres et opsøgende team af støtte-kontaktpersoner, der kan støtte ædru alkoholikere i at fastholde afholdenhed. Der gennemføres samtidig en analyse af muligheder for besparelse på de 16 mio. kr. der i dag anvendes til Blå Kors døgnophold som følge af et reduceret antal tilbagefald. Den samlede pris på botilbud er 3.6 mio. kr pr år, men med en mulig besparelse forventes de 1.6 mio. kr. at blive dækket inden for de 16 mio. kr. *Ansvarlig: FAF*

**Økonomi: 2 mio. kr. pr. år (FAF)**

### **Indsats 24: Monitorering, evaluering og kvalitetsudvikling af indsatsen på alkoholområdet**

H:S Alkoholenhederne har en lang erfaring med registrering og monitorering af personer i alkoholbehandling. Der kan trækkes på disse erfaringer og resultater, når kommunen overtager ansvaret for alkoholbehandlingen. Ansvaret for opgaver vedrørende monitorering, evaluering og kvalitetsudvikling af indsatsen på alkoholområdet skal fremadrettet varetages af den kommende socialforvaltning. Det er afgørende, at opgaverne varetages i sammenhæng med udviklingen af behandlingsindsatsen for herigennem at sikre kvalificerede behandlingstilbud.

Det er vurderingen, at den kommende socialforvaltning skal have ansvaret for både registrering af personer i alkoholbehandling til det landsdækkende register – der træder i kraft 1. januar 2006 – og en systematisk afdækning og registrering af personer fordelt på forskellige socio-økonomiske parametre, som f.eks. personer på langvarig kontanthjælp, sygedagpenge og hjemløse. De enkelte alkoholbehandlingssenheder skal indberette direkte til det landsdækkende alkoholbehandlingsregister og samtidig også til den kommende socialforvaltning for at sikre et samlet overblik over indsatsen i socialforvaltningen.

Et veludbygget dokumentationssystem på alkoholområdet vil gøre Københavns Kommune i stand til at udarbejde profiler på de forskellige brugergrupper og på den baggrund afdække behov, der ikke imødekommes i dag inden for det eksisterende behandlingssystem. Dokumentationssystemet er et redskab til at kvalitetssikre og udvikle behandlingsindsatsen, og systemet bidrager endvidere med information om antal og socio-økonomiske ka-

rakteristika ved personer i alkoholbehandling. Over tid kan eventuelle ændringer af gruppens størrelse og karakteristika registreres. *Ansvarlig: FAF*

**Økonomi: 1 mio. kr. pr. år (FAF)**

#### **Indsats 25: Deltagelse i det nationale alkoholbehandlingsregister**

Der vil i forbindelse med iværksættelsen af det nationale alkoholbehandlingsregister pr. 1. januar 2006 være etableringsomkostninger, herunder oparbejdning af inddaterings-, datakonverterings- og analysemodul til inddatering, indberetning og bearbejdning af datamaterialet for Københavns Kommune. Etableringsomkostningerne er en engangsudgift. *Ansvarlig: FAF i samarbejde med H:S Alkoholenheden i 2006*

**Økonomi: 830.000 kr. i 2006, herefter 330.000 kr. pr år. (415.000 kr. til H:S og 415.000 kr. til FAF i 2006, herefter hele beløbet til FAF)**

#### **Indsats 26: Udredning med henblik på et sammenhængende palliativt center for alkoholikere**

De allertungeste alkoholikere med afvigende adfærd ”fylder meget” i sundhedssystemet, som ikke er gearret til denne målgruppe. De ender ofte som ’svingdørspatienter’, der ikke får en passende støtte. Det vil være relevant at udvikle et sammenhængende tilbud til denne mindre gruppe af aktive alkoholikere. Der iværksættes et udredningsarbejde med henblik på udvikling af forslag et sammenhængende palliativt center for alkoholikere. *Ansvarlig: FAF i samarbejde med SUF og H:S i 2006*

#### **Delmål 15:**

#### **Koordinering af indsatsen på alkoholområdet skal sikres på tværs af forvaltninger og H:S/Region Hovedstaden**

#### **Indsats 27: Koordinering af alkoholindsatsen**

Der er behov for en overordnet koordinering af aktiviteterne på alkoholområdet for at sikre en effektiv udnyttelse af de ressourcer, der investeres i en styrket indsats, og for at sikre en løbende afrapportering til politikerne. Det overordnede ansvar for koordinering på hele alkoholområdet fra forebyggelse til behandling og efterbehandling, herunder samarbejde med de frivillige organisationer, placeres i FAF. FAF er ansvarlig for en årlig afrapportering til Borgerrepræsentationen om fremdriften i indsatsen på alkoholområdet.

Koordinering af indsatsen på individniveau, herunder behandlingsindsatsen placeres ligeledes i FAF. Udover koordinering internt i FAF og imellem UUF og FAF, har FAF ansvar for koordinering på behandlingsområdet og mellem den sociale indsats og alkoholbehandlingen, herunder ansvar for samarbejde med H:S Alkoholenheden og den fremtidige Region Hovedstaden.

Ansvar for koordinering af den forebyggende indsats placeres i SUF. Opgaven er at sikre koordinering på ungeområdet imellem SUF, UUF, SSP og KFF og på tværs af forvaltningerne for så vidt angår arbejdspladsindsatsen. Samtidig får SUF ansvar for koordinering af aktiviteter i forhold til udskæknings- og trafikområdet mellem SUF, SSP, KFF, BTF og Københavns bevillingspoliti. *Ansvarlige: FAF og SUF*

**Økonomi: 1 mio. kr. pr. år (500.000 i SUF og 500.000 i FAF)**

## 4. Budget, alkoholpolitisk handleplan 2006-2009

<b>Københavns Kommunes budget (2006-2009)</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Indsatsforslag</b>				
Indsats 2: Børn og unge i misbrugsfamilier			1.000.000	1.000.000
Indsats 3: Sundhedspakke i folkeskolen	910.000	1.360.000	1.810.000	2.015.000
Indsats 4: Ungdomsuddannelser	320.000	320.000	320.000	320.000
Indsats 6: Målrettet indsats, udsatte unge	800.000	800.000	800.000	800.000
Indsats 9: Ansvarlig udskækningspraksis	300.000	100.000	100.000	
Indsats 11: Uddannelse på arbejdspladsen	75.000	75.000	75.000	
Indsats 13: Alkohol i trafikken	100.000	100.000	100.000	100.000
Indsats 15: Indsats overfor ældre borgere	100.000	100.000	100.000	100.000
Indsats 16: Uddannelse af frontpersonale (opsø.)	200.000	200.000	200.000	200.000
Indsats 18: Uddannelse, almen praksis	100.000	(se H:S budget)		
Indsats 20: Integreret beh. udsatte voksne	4.000.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000
Indsats 21: Psykisk syge	800.000	800.000	800.000	800.000
Indsats 22: Blandingsmisbrugere, hjemløse...	1.300.000	1.300.000	1.300.000	1.300.000
Indsats 23: Botilbud ædru alkoholikere	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000
Indsats 24: Monitorering og kvalitetsudvikling	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
Indsats 25: Nationalt alkoholbehandlingsreg.	415.000	330.000	330.000	330.000
Indsats 27: Koordinering af alkoholindsatsen	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
	<b>13.420.000</b>	<b>13.485.000</b>	<b>14.935.000</b>	<b>14.965.000</b>

<b>Budget H:S (2006) Region Hovedstaden 2007 - 2009)</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Indsatsforslag</b>				
Indsats 1: Gravides alkoholforbrug	100.000	200.000		
Indsats 18: (fortsat) Uddan. almen praksis	(se ovenfor)	100.000	100.000	
Indsats 25: Nationalt alkoholbehandlingsreg.	415.000	(se KK budget)		
	<b>515.000</b>	<b>300.000</b>	<b>100.000</b>	<b>0</b>

## **Bilag 1: Udarbejdelse af alkoholpolitisk handleplan – organisering af arbejdet**

Arbejdet tager afsæt i en beslutning i Borgerrepræsentationen om at udarbejde en alkoholpolitisk handleplan forud for godkendelsen af budgettet for 2006. Der har været nedsat en styregruppe bestående af ledelsesrepræsentanter fra Sundhedsforvaltningen, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Uddannelses og Ungdomsforvaltningen, Kultur- og Fritidsforvaltningen, Bygge og Teknikforvaltningen, Økonomiforvaltningen samt H:S. Styregruppen har haft følgende deltagere:

Ib Haurum, vicedirektør SUF (formand)  
Jens Egsgaard, sundhedschef SUF  
Kirsten Lee, folkesundhedschef SUF  
Birgitte Nystrup Lundgren, kontorchef, FAF  
Jørgen Eriksen, børne- og ungechef, UUF  
Birgitte Rasmussen, kontorchef, KFF  
Niels Lauridsen, stationschef, BTF  
Jørgen Tejlgaard Pedersen, udviklingskonsulent, OKF  
Pernille Slesbager, chef for sundhedsfaglig afdeling, H:S  
Nina Gath, fuldmægtig, SUF (sekretariat)  
Astrid Blom, specialkonsulent, SUF (sekretariat)

Styregruppen har nedsat 6 arbejdsgrupper indenfor følgende områder: 1) Unge i skole og fritid 2) Unge og voksne i nattelivet og trafikken 3) Voksne på arbejdsmarkedet 4) Voksne udenfor arbejdsmarkedet, herunder psykisk syge 5) Borgere i behandling 6) Gravide. Arbejdsgrupperne har været forankret i de forvaltninger, hvor tilknytningen er stærkest for at sikre faglig kvalitet og bæredygtighed, men har haft repræsentation fra andre relevante forvaltninger og aktører.

De 6 arbejdsgrupper har haft til opgave at kortlægge forbrug, problemer og nuværende indsatser indenfor de enkelte områder, samt komme forslag til mål og nye indsatser. Der foreligger separate rapporter fra alle arbejdsgrupper, som kan indgå i den videre indsats.

Der har været følgende deltagere i arbejdsgrupperne.

### **Arbejdsgruppe 1**

Lars Theilgaard, pædagogisk konsulent UUF (formand)  
Lene Terp Nielsen, Embedslægeinstitutionen  
Carsten Rømer, Ungdomsringen/København  
Michael Melbye, SSP København, Sekretariatet  
Poul Knopp Damkjær, konsulent KFF  
Bodil Jensen, sundhedskonsulent, SUF  
Klavs Holm, programleder, SUF  
Astrid Blom, specialkonsulent, SUF  
Bente Hansen, overlæge, FAF, 6. kontor, Sundhedstjenesten  
Merete Papapetros, udviklingskonsulent, UUF  
Frank Strørup, Københavns Kommunes Ungdomsskole  
Peter Schantz, leder Produktionsskolen k-u-b-a  
Per Kjær, Københavns tekniske Skole, Bygge og Anlæg

### **Arbejdsgruppe 2**

Birgitte Rasmussen, kontorchef KFF, Bevillingsnævnet (formand)  
Kirsten Lee, folkesundhedschef SUF

Ole Lauridsen, konsulent SSP  
Lars Lindahl, pædagogisk konsulent UUF  
Niels Lund, Københavns politi  
Henrik Borggren, sundhedskonsulent SUF  
Astrid Blom, SUF

### **Arbejdsgruppe 3**

Bjarne Rasmussen, programleder, SUF (Formand)  
Line Raahauge Madsen, sundhedskonsulent, SUF  
Annette Kann, konsulent, SUF  
Gitte Korsgaard, personalekonsulent KFF  
Lise Ringgaard Have, personalekonsulent FAF  
Bo Kurdahl, fuldmægtig Økonomiforvaltningen

### **Arbejdsgruppe 4**

Peter Ege, overlæge FAF (formand)  
Janne Schacke, fuldmægtig FAF  
Mi Kortzau, fuldmægtig FAF  
Henrik Thiesen, FAF, Leder af sundhedsteam på gadeplan  
Robert Olsen, FAF, Forstander for Mændenes Hjem.  
Vagn Laudrup, specialkonsulent ØPA  
Anette Kann, konsulent SUF  
Henrik Sælan, Embedslægeinstitutionen  
Britta Krogh-Lund, fuldmægtig Vej og Park Byrumskontoret  
May Olofsson, Overlæge og leder af Familieambulatoriet på HH  
Kirsten Raagaard, alkoholenheden, Hvidovre Hospital  
Kristen Kistrup, Psykiatrioverlæge, H:S direktionen  
Astrid Blom, SUF

### **Arbejdsgruppe 5**

Jens Egsgaard, Sundhedschef, SUF (formand)  
Torben Mogensen, Lægelig direktør, Hvidovre Hospital  
Ulrik Becker, Ledende overlæge, Alkoholenheden, Hvidovre Hospital  
Grethe Thomas, Sundhedsfaglig konsulent, Sundhedsfaglig Afdeling, H:S Direktionen  
Lena Andersen Salomon, Ældre konsulent, Medicinsk Center, Bispebjerg Hospital  
Hanne-Marie Prytz, Konsulent, SUF  
Dorrit Schmidt, fuldmægtig FAF  
Inge Fjordside, Leder af E-Huset  
Mikael Jakshøj, kvalitetschef, Blå Kors Danmark  
Nina Gath, fuldmægtig, SUF  
Søren Rasmussen, overlæge, skadestuen Bispebjerg  
Michael Elo Christensen, praktiserende læge, udpeget af praksisudvalget

### **Arbejdsgruppe 6**

Astrid Blom, SUF (Formand)  
Line Raahauge Madsen, Sundhedskonsulent, SUF  
May Olofsson, Overlæge, Hvidovre Hospital, Familieambulatoriet  
Marianne Skovby Rasmussen, Vicechef jordemoder, HH, Fødegangen  
Jesper Weismann, Ledende oversygeplejerske, HH, Alkoholenheden