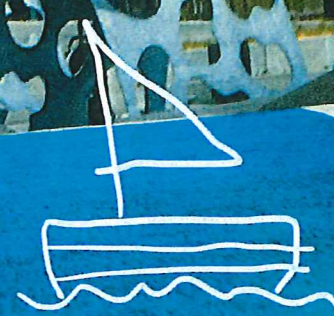
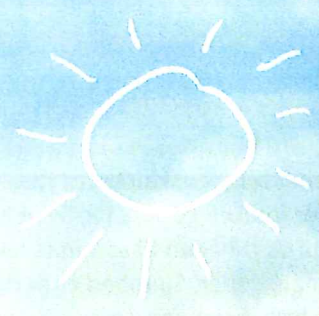




# Høringsudkast

*Nyd livet, københavnere*

KØBENHAVNS KOMMUNES  
SUNDHEDSPOLITIK 2015-2025



## Nyd livet, københavn

Et godt helbred er et godt udgangspunkt for, at vi kan trives fysisk, psykisk og socialt. Der findes mange bud på, hvad det gode liv er, ligesom der er forskellige svar på, hvad livskvalitet er for den enkelte. Men helt fundamentalt, så giver et godt helbred os friheden til at kunne leve det liv vi ønsker, hvorimod sygdom og dårligt helbred kan begrænse vores muligheder. Sundhed er derfor en væsentlig ressource for den enkelte københavnere og for hele København, hvis vi skal realisere visionen om vækst og livskvalitet i byen.

Med Københavns Kommunes Sundhedspolitik 2015-2025 sætter vi en fælles ramme og retning for, hvor københavnernes sundhed skal være i 2025.

**Vores vision er, at københavnere i 2025 er blandt de borgere i verden, som har den bedste livskvalitet – og det skal alle københavnere kunne mærke. Derfor skal vi bryde den sociale ulighed i sundhed, så alle får lige muligheder for at leve et godt og langt liv.**

I dag lever københavnere med dårligere livskvalitet end resten af danskerne. Konsekvensen er, at vi dør to år tidligere og har flere år med sygdomme end resten af danskerne. Samtidig er der stor og fortsat stigende social ulighed i sundhed, som betyder, at den kortest uddannede halvdel af københavnere rammes hårdere af sygdom og dør tidligere end københavnere med en lang uddannelse. Social ulighed i sundhed starter før fødslen og fortsætter livet igennem. Det betyder, at vi ikke alle har lige muligheder for at få det bedste ud af livet. Uligheden er hverken retfærdig eller acceptabel. Den har konsekvenser både for den enkelte københavners livsudfoldelse, for deres børn og familie og for sammenhængskraften i København. Derfor vil vi gøre op med den sociale ulighed i sundhed, for alle københavnere skal have gode livsbetingelser. Og det skal være muligt at leve et godt liv, også når man har en fysisk eller psykisk sygdom.

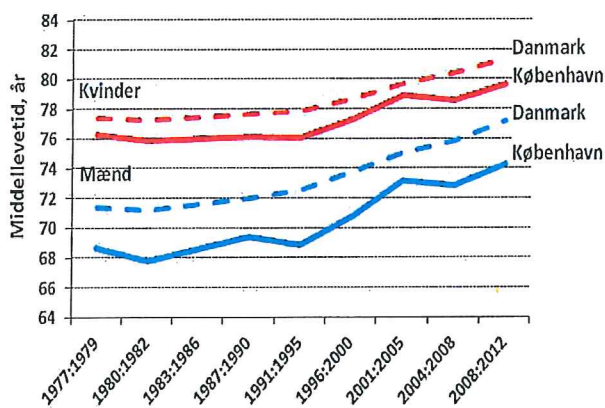
Med sundhedspolitikken som ramme vil vi i de kommende 10 år sætte ind over for de største udfordringer for københavnernes sundhed. Vi prioriterer derfor indsatser rettet mod blandt andet alkohol, fysisk inaktivitet, rygning og psykisk mistrivsel. Vi igangsætter løbende handleplaner rettet mod at løse udfordringerne i samarbejde med alle, der kan og vil bidrage til at realisere visionen.

I 2015 igangsætter vi handleplaner for:

- Psykisk sundhed
- Alkohol og stoffer

## Københavnerne sundhed 2015

Københavnerne sundhed er forbedret gennem de senere år – blandt andet er der færre københavnere, der ryger dagligt eller har et storforbrug af alkohol. Det skyldes både en generel samfundsudvikling, og en målrettet satsning i København. Vi har igangsat indsatser for at fremme lighed i sundhed mellem københavnere. Vi har investeret i bevægelsesfremmende byrum, sund skolemad, der er gratis for de fattigste børn, områdefornyelser og boligsociale indsatser i udsatte by- og boligområder, åbne og gratis forebyggelsestilbud, samt effektiv rehabilitering. Men vi er langt fra i mål endnu. Og vi må erkende, at der ikke findes hurtige eller nemme løsninger, når det kommer til at forbedre københavnernes sundhed og give dem mulighed for at leve et liv med godt helbred og høj livskvalitet.



### Vi lever længere, men...

Københavnerne lever længere end tidligere, men vi halter stadig efter landet som helhed. For københavnske mænd er det 2,9 år og for kvinderne er det 1,7 år. Samtidig lever mange københavnere med nedsat livskvalitet på grund af smerter og sygdomme.

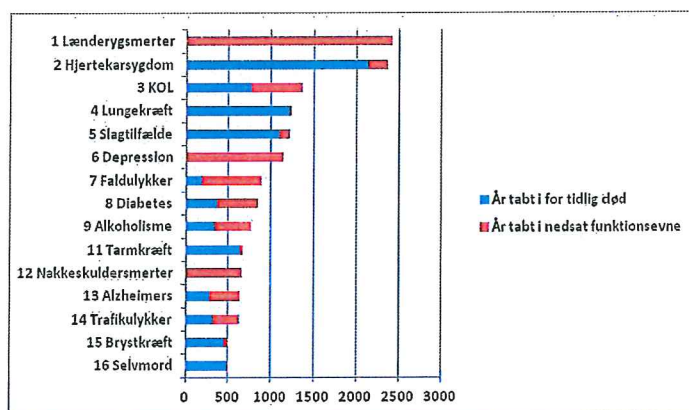
### Vi har ikke lige muligheder

Kortuddannede københavnere lever flere år med sygdom og dør tidligere end langtuddannede. Allerede i 20-års alderen er der en betydelig overdødelighed blandt unge, som ikke har afsluttet en ungdomsuddannelse. Uligheden er altså ikke alene en konsekvens af nedslidende arbejdsmiljø eller usund levevis, men handler i høj grad om forhold, der grundlægges tidligt i livet. Børn af forældre med ingen eller kort uddannelse har øget risiko for at få problemer med skolegang og uddannelse, og for at få psykiske symptomer i skolealderen. Samtidig har de større risiko for at udvikle sygdomme senere i livet, ligesom der er ulighed i konsekvenserne af at være syg, eksempelvis i forhold til fastholdelse af arbejde og overlevelse.

30-årige københavnske mænd med lang uddannelse kan forvente at leve 15,5 flere år med godt helbred end kortuddannede mænd. For kvinder er det 17,2 år.

### Flere lever med sygdomme

Mange københavnere lever med én eller flere kroniske sygdomme. Langvarige sygdomme som ryglidelse, hjertesygdom, KOL og depression har stor betydning for vores hverdag og livskvalitet. Sygdommene skyldes blandt andet rygning, for lidt motion, dårlig kost, for meget alkohol og stress, som sætter sig spor i form af blandt andet forhøjet blodtryk, overvægt og dårlig trivsel.



## Fra vision til hverdag

Vi vil realisere visionen for københavnernes ved at arbejde ud fra seks grundlæggende principper. De skal i de kommende 10 år være bærende i alle de strategier, handleplaner og indsatser vi igangsætter for at forbedre københavnernes sundhed. Det skal også gælde for den måde vi møder københavnernes på i deres liv og hverdag.

### *Vi har københavnernes og hverdagslivet i centrum*

I København tænker vi sundhedsfremme og forebyggelse ind alle de steder, hvor vi møder københavnernes i deres hverdag; når vi gør det attraktivt at cykle, når vi i institutioner tilbyder den sunde frokost eller når vi lader fx tilbud om rygestop foregå på uddannelsesinstitutioner. Når vi trives og har et godt helbred, øger det muligheden for at få det bedste ud af livet. Bevægelses- og idrætsaktiviteter fremmer trivslen og læringen hos børn og unge, og kan blandt andet også bidrage til en bedre hverdag for udsatte og kriminalitets-truede unge. Når vi føler os sunde og trives, er der også større sandsynlighed for, at vi får en uddannelse og et arbejde. Sundhed er med andre ord et middel til, at vi kan leve det liv, vi ønsker. Når sundhed er et middel, bliver de små skridt også vigtige, frem for kun at have fokus på, at vi dagligt skal leve op til alle anbefalinger om, hvor meget alkohol vi må drikke, eller hvor lang tid vi skal motionere.

Derfor tager vores sundhedsindsatser udgangspunkt i borgerens egne ønsker og erfaringer fra hverdagen. Vi mener, borgeren er ekspert i eget liv og vil sammen med borgerne give dem mulighed for at handle og skabe rum for varige forandringer og forbedringer både i forhold til egen sundhed, men også i forhold til omgivelserne. På den måde understøtter vi et aktivt medborgerskab, hvor selvbestemmelse, deltagelse og ansvar for eget liv er i centrum.

### *Vi sikrer særlig støtte til de københavnere, som har de største behov*

I København tør vi behandle borgerne forskelligt. Vores forløb og tilbud skal være for alle københavnere, men vi skal differentiere vores indsats, så vi sikrer særlig støtte til dem med de største behov. Vi skal forebygge og sætte ind tidligt i forhold til dem, vi ved, er i risiko for at få problemer senere i livet. Det gælder fx børn, der vokser op i familier med alkoholproblemer, som selv har stor risiko for at få et problematisk alkoholforbrug, som kan påvirke deres trivsel og mulighed for blandt andet at gennemføre en ungdomsuddannelse. Det er nødvendigt for at bekæmpe uligheden og give alle københavnere lige muligheder for at leve et langt og godt liv.

Vi skal sikre, at særligt børn i udsatte familier får ekstra støtte, så de får de bedste muligheder i livet. At imødegå udfordringerne forudsætter en samlet, tværgående indsats. Vi skal gennem indsatser hele vejen fra sundhedspleje, daginstitutioner, skoler, ungdomsuddannelser, beskæftigelsen og plejecentre have fokus på at mindske uligheden. Vi vil gennem hele borgerens livsforløb, og på tværs af kommunen, almen praksis og hospitaler, sikre særlig støtte og opfølgning til de, som har de største udfordringer, så de får bedst mulig kvalitet og udbytte af indsatserne i både forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering.

Det gør vi gennem målrettede indsatser, som er tilpasset den enkeltes behov og ressourcer. Vi sikrer at vores kommunikation og dialog med københavnere er målrettet og tager højde for dem, der har svært ved at læse eller har færre ressourcer og overskud til at tage hånd om egen trivsel. Det skaber tillid og øget tryk for københavnernes og betyder, at de får mere ud af vores sundhedstilbud, som for eksempel genoptrænings- og rehabiliteringsforløb.

### *Vi ligestiller psykisk og fysisk sundhed*

Sundhed handler ikke kun om at have det godt fysisk. Hvis vi trives dårligt og har psykiske udfordringer, har det mindst lige så store konsekvenser for vores livskvalitet, som hvis vi havde en fysisk sygdom. Og psykiske udfordringer har stor betydning for den sociale ulighed i sundhed. Er man stresset eller trives dårligt i hver-

dagen, så har man mindre overskud til at passe på sig selv og ens familie eller venner. Samtidig øges risikoen for psykisk mistrivsel, hvis man får en fysisk sygdom.

Vi vil derfor sikre, at psykiske udfordringer bliver taget ligeså seriøst som fysiske udfordringer. Vi vil styrke københavnernes psykiske trivsel og sundhed og arbejde for, at københavnere med psykiske udfordringer kan få hjælp og støtte på lige fod med dem, der har en fysisk sygdom. Vi vil styrke samarbejdet og indsatser overfor københavnere med psykiske lidelser, så flere får et godt liv med høj livskvalitet, og får mulighed for at tage aktiv del i samfundet og så færre udvikler sygdomme.

#### *Vi samarbejder bredt for at sikre løsninger af høj kvalitet for københavnere*

Sundhed handler om meget mere end hvad den enkelte københavnere selv vælger til eller fra i dagligdagen. Vores levevilkår og familierelationer spiller en vigtig rolle i forhold til trivsel og livskvalitet. Samtidig har de strukturelle og fysiske rammer i blandt andet daginstitutioner, skoler, på arbejdspladser og i kulturlivet stor betydning for vores liv og hverdag. Også byens miljø, støj og luftforurening påvirker københavnernes sundhed, ligesom den fysiske indretning og tilgængelighed i byen er væsentlig for hvordan københavnere i alle aldre bruger byens pladser og parker til aktiviteter, fordybelse og ro.

Vi skal derfor i højere grad samarbejde bredt om at tænke forebyggelse og tidlige indsatser systematisk ind igennem hele livet – fra sundhedsplejen, daginstitutioner, skoler, ungdomsuddannelser, byplanlægning, arbejdspladser, sociale bosteder, aktivitetscentre, sygepleje, rehabilitering og genoptræning og have fokus på fastholdelse af de opnåede effekter. Københavnerens muligheder for at leve et liv med høj livskvalitet skal prioriteres og løftes som et fælles ansvar i hele kommunen.

Vi vil også gennem samarbejde og partnerskaber gøre tingene på en ny og anden måde end vi plejer. Det vil vi, fordi det skaber læring, og fordi vi får involveret og forpligtet andre aktører, som også har stor betydning for københavnernes hverdag og livskvalitet, og som møder københavnere i andre sammenhænge af deres liv og hverdag end kommunen.

Derfor indgår vi partnerskaber og samarbejde med blandt andet frivillige, patient- og idrætsforeninger, boligorganisationer, arbejdspladser, universiteter, private og socialøkonomiske virksomheder, der alle spiller en væsentlig rolle for at vise vejen og skabe rammer, der gør det nemmere for københavnere at træffe sunde valg i hverdagen, uanset social baggrund. Partnerskaber med erhvervslivet kan skabe nye muligheder og velfærdsteknologiske løsninger til gavn for både livskvaliteten og væksten i København.

Vi skal i fællesskab skabe de bedste forudsætninger og løsninger til gavn for københavnere. Nye partnerskaber og øget samarbejde vil være en hjørnesteen i at sikre, at trivsel og livskvalitet kommer helt ind i københavnernes hverdag. Vi vil gøre alle til bærere af den fælles vision for københavnere.

#### *Vi styrker den sammenhængende sundhedsindsats*

I de kommende 10 år forventes flere københavnere at få kroniske sygdomme, som for eksempel diabetes og kræft. Denne udfordring kan vi ikke løfte alene.

Vi vil styrke koordineringen på tværs af regionen, praktiserende læger og kommunen. Vi skal have øget fokus på forebyggelse og tidlig opsporing, så færre københavnere bliver syge, samt sikre tidlig hjælp til de, der har udviklet sygdomme. Det gør vi ud fra devisen om, at det er bedre at forebygge end at behandle. Vi skal samtidig sikre, at sundhedssystemet ikke medvirker til at øge uligheden i sundhed. Let og lige adgang er et grundlæggende princip i det danske sundhedsvæsen. Alligevel er der i dag københavnere, som ikke får de tilbud, de har behov for, eller som har svært ved at tage imod indsatserne. Vi vil derfor udvikle og gennemføre tiltag, der skaber mere lighed i sundhed samt sikre, at de københavnere, der har brug for behand-

ling får den rette indsats og støtte så tidligt som muligt. Derfor indgår vi forpligtende aftaler med Region Hovedstaden og almen praksis.

Tidlig behandling og indsats forbedrer muligheden for at overleve alvorlige sygdomme, og genoptræning og rehabilitering spiller en afgørende rolle for, at københavnere kan få så kort en sygdomsperiode som muligt. For erhvervsaktive spiller det en afgørende rolle i forhold til at kunne fastholde uddannelse og arbejde. Og for ældre københavnere bidrager det til sund aldring ved at funktionsevnen bevares efter sygdom, så dagligdagen kan klares med begrænset eller ingen støtte. Vi vil have fokus på de udfordringer københavnere oplever ved at være syge eller leve med sygdom, da det har stor indflydelse på deres livskvalitet og tilbagevenden til hverdagen. Københavnerne skal støttes i at mestre egen sygdom med udgangspunkt i deres ressourcer og behov. Samtidig skal vi have fokus på at støtte københavnere i at fastholde de forbedringer, de har opnået i forhold til deres funktionsevne og livskvalitet - også på langt sigt.

#### *Vi tager afsæt i den bedste viden og afsøger nye veje for at sikre københavnere et godt liv*

Når vi igangsætter indsatser for at forbedre københavnernes sundhed og trivsel for at øge livskvaliteten, så prioriterer vi det, vi ved der virker, på baggrund af erfaringer og viden og med udgangspunkt i borgerens liv. Det gør vi for at sikre at københavnere får mest muligt ud af indsatsen. Men vi må også erkende, at vi på nogle områder stadig mangler viden om, hvad der virker. Det gælder især, når det kommer til at reducere den sociale ulighed i sundhed. Vi går derfor andre veje efter nye løsninger og indsatser, der har grund i vores viden om årsager, men hvor effekten af indsatsen mod årsagerne er usikker. Når vi afprøver nyt, vil vi udnytte muligheden for at skabe ny viden, ved at inddrage borgerne som eksperter, universiteter og andre forskningsinstitutioner for at kvalificere vores indsats.

Vi vil være førende inden for udvikling af velfærdsløsninger til gavn for københavnere. Nye velfærdsteknologiske løsninger skal være med til at udligne de store forskelle i helbred og livskvalitet. De skal samtidig sikre, at københavnere med blandt andet kroniske sygdomme får inspiration og hjælp til at kunne mestre deres sygdom, og får den omsorg og pleje, de har brug for. Vi vil bruge ny teknologi, som for eksempel tele-sundhed, til at skabe tryghed og frihed til at leve et godt liv på trods af en kronisk sygdom. Ambitionen er at sikre københavnere mere fleksible kommunale ydelser ved hjælp af teknologiske løsninger, som eksempelvis kan gøre det muligt for den enkelte at træne i eget hjem, når det passer ind i hverdagen. På den måde sikrer vi københavnere mere og bedre sundhed og omsorg, der bidrager til livskvalitet, vækst og nye arbejdspladser i København.

## Sådan følger vi op

For at københavnere skal opnå en mærkbar forandring i deres liv og hverdag er det afgørende med et fælles, tværgående ejerskab, hvor alle forpligter sig til at bidrage med at løse udfordringerne, så vi kan sikre københavnere et liv med høj livskvalitet og dermed realisere vores vision.

Derfor igangsætter vi handleplaner på tværs af alle udvalg, der følges op af konkrete initiativer og indsatser, som tager udgangspunkt i borgerens hele livssituation. Handleplanerne skal sikre fokus på de faktorer, der påvirker københavnernes sundhed mest, og skabe sammenhængende tilbud og indsatser for københavnere på tværs af sektorer. Det kan eksempelvis være handleplaner for psykisk sundhed, overvægt, fysisk inaktive børn eller alkohol. Handleplanerne skal løftes med konkrete budgetønsker, hvorefter indsatserne skal integreres i driften af vores kerneopgaver i hele kommunen.

Vi vil løbende afholde temamøder på tværs af kommunens politiske udvalg og forvaltninger. Vi vil inddrage borgere, eksperter og samarbejdspartnere, gennem blandt andet arbejdsseminarer og arrangementer, for at få afdækket, hvor udfordringerne er størst, og få input til, hvordan vi løser dem bedst muligt.

Hvert år aflægger vi status til Sundheds- og Omsorgsudvalget og Borgerrepræsentationen om, hvordan det går med at forbedre københavnernes sundhed og realisere visionen.





## Handleplan for bedre psykisk sundhed 2015-2018

Med Københavns Kommunes sundhedspolitik ønsker vi, at københavnere skal leve med bedre livskvalitet og have lige muligheder for et godt og langt liv. Mange københavnere har psykiske udfordringer, som påvirker deres sundhed og livskvalitet. Psykisk sundhed og sygdom har i mange år været underprioriteret sammenlignet med fysisk sundhed og sygdom. For at realisere handleplanen er det afgørende, at alle de politiske udvalg i Københavns Kommune tager et ansvar for at styrke københavnernes psykiske trivsel og tage det første skridt mod at sikre ligestilling mellem fysisk og psykisk sundhed. Handleplanen er udarbejdet af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i tæt samarbejde mellem særligt Socialforvaltningen og Børne- og Ungdomsforvaltningen og har både fokus på forebyggelse og tidlig indsats i forhold til psykisk sårbarhed og lettere psykiske lidelser samt fokus på recovery og forbedring af den fysiske sundhed for københavnere med svære psykiske sygdomme.

Bedre psykisk sundhed blandt københavnere vil give større trivsel og sundhed for den enkelte, og har betydning for familielivet, indlæring i skolen, muligheden for at gennemføre en uddannelse, få og fastholde et arbejde og det sociale liv som ældre.

### **Københavnere lever med psykiske udfordringer**

Mange københavnere liv og hverdag er præget af mistrivsel og psykisk sygdom. Omkring 15 % af københavnere lever med et dårligt psykisk helbred, og forekomsten af psykiske lidelser er højere i Region Hovedstaden end i resten af landet. Den sociale ulighed i sundhed slår også igennem, når det kommer til psykisk sundhed. Københavner, der er kortuddannede eller står udenfor arbejdsmarkedet som arbejdsløse eller førtidspensionister, har dårligere psykisk helbred end andre.

Mistrivsel og psykiske sygdomme har store konsekvenser for den enkelte københavners livsudfoldelse. Unge med et dårligt psykisk helbred har større risiko for at få et stort hashforbrug og ikke gennemføre en uddannelse, og voksne med stress risikerer at blive sygemeldte eller arbejdsløse, fordi de har mindre overskud til at tage vare på sig selv, deres familie og deres egen fysiske sundhed. Og det er i sig selv stressende at have begrænsede livsmuligheder, hvor man eksempelvis ikke kan finde et job eller mangler en uddannelse, har dårlig økonomi eller mangler faglige og sociale kompetencer.

### **Vi imødegår udfordringerne med fire spor**

Vi vil handle inden for fire spor og fokusere på de københavnere, der har størst behov:

- Spor 1: Flere børn og unge skal have god trivsel
- Spor 2: Københavnerne skal have støtte ved langvarig stress og psykiske lidelser
- Spor 3: Sammenhængende støtte til københavnere med flere sundhedsproblemer
- Spor 4: Plads til københavnere med psykisk sygdom på arbejdspladsen

For at forbedre befolkningens psykiske sundhed er det nødvendigt at sætte ind på flere niveauer – både med indsatser rettet mod individet samt indsatser rettet mod individets omgivelser og de samfundsmæssige rammer. Disse forskellige niveauer er tænkt ind i handleplanens indsatsområder.

### 1. Flere børn og unge skal have god trivsel

Børn og unge, der mistrives, går ofte rundt med hovedpine, mavepine, søvnløshed og nervøsitet i deres hverdag. De virker triste og uengagerede og trækker sig fra sociale sammenhænge. Hjernen bliver træt, og de får problemer med at koncentrere sig og huske. Det går ud over deres indlæring, så de føler sig mindre værd, og det kan være begyndelsen til en negativ spiral. Ofte oplever børnene, at de ikke har en voksen, de kan tale med om deres problemer, så de kan få hjælp.

*Når 14-årige Lise går på badeværelset, låser hun altid døren og kan opholde sig der i timevis. Hun sørger altid for at have en stor bluse på, så man ikke kan se hendes sår på armene.*

Oplevelser i barndommen har betydning for resten af vores liv. I det første leveår knytter vi os til vores omsorgspersoner, og denne tilknytning er central for udviklingen af sårbarhed og modstandskraft mod psykiske påvirkninger. Mistrivsel og psykisk sygdom hos forældre kan få negative konsekvenser for barnets trivsel og udvikling.

Børn og unge kan også udsættes for *social stress* i det miljø, de er en del af, fx hvis familieforholdene er dårlige, eller hvis børnene oplever ensomhed eller mobning i skolen. Og ungdomslivet medfører store forandringer, som for nogle kan være svære at håndtere selv.

Børn og unge kan også opleve *stressende livsbegivenheder* som alvorlig sygdom i familien, tab af forælder, forældrenes skilsmisse og psykisk sygdom hos forældre eller søskende.

Der er desuden forskel på, hvor robuste børn og unge er til at tackle et stressende miljø eller livsbegivenheder. Børn og unge fra sårbare familier er særligt udsatte for sociale og psykiske problemer både i barndommen og som voksne.

- 10-14 % af mødre og 7 % af fædre i Danmark udvikler en fødselsdepression
- Hver femte barn mellem 11 og 15 år i Danmark mistrives - de er for eksempel kedede af det eller føler sig udenfor fællesskabet
- Andelen af ensomme unge har aldrig været større: 6-10 % af de 13-15-årige føler sig ofte eller meget ofte ensomme
- Mere end hver tredje i de københavnske 9. klasser oplever ikke at have en voksen på skolen, de kan gå til, hvis de er kedede af det
- Blandt unge i København mellem 15 og 24 år har hver sjette overvejet selvmord

For at sikre, at børn og unge trives, er det vigtigt, at de vokser op i trygge omgivelser med støttende og fortrolig voksenkontakt. Det er af stor betydning for større børn og unge, at de har en fortrolig voksen, der kan hjælpe dem, når hverdagen og livet føles svært og uoverskueligt. Og det er vigtigt, at der sættes ind i både familier og i skolen for at fremme den sociale lighed i sundhed.

#### Derfor vil Københavns Kommune:

- Sikre, at alle københavnske børn og unge har en tilgængelig og kompetent voksen, der tidligt kan opdage tegn på mistrivsel og har mulighed for at lytte og støtte ved trivselsproblemer. Det etableres blandt andet en mentorordning for unge mellem 12 og 16 år.
- Gennem tværfagligt samarbejde sikre tidlig opsporing og støtte til børn og deres familier ved social stress og stressende livsbegivenheder og herunder sætte et særligt fokus på børn og unge af psykisk sårbare forældre
- Øget fokus på den støtte eller mangel på samme som børn og unge får fra deres netværk og opbygning af social kapital fx gennem psykisk førstehjælp og undervisning i psykisk sundhed i skolerne.

- Sikre gode overgange i børns liv og systematisk samarbejde mellem kommunens forvaltninger, Regionen og almen praksis, så sårbare børn og unge ikke risikerer at falde imellem to stole
- Sikre kulturer og inkluderende miljøer i dagtilbud og skoler, hvor børn og unge støttes i at udvikle robusthed, og hvor lærere og pædagoger er opmærksomme på mistrivsel og oplever, at de har gode handlemuligheder.
- Støtte til psykisk sårbare på ungdomsuddannelser gennem psykologrådgivning og sparring med lærere og vejledere
- Sikre gode rammer for børn og unges fritidsliv, som kan styrke deres tilknytning og sociale relationer og afhjælpe ensomhed

## 2. Københavnerne skal have støtte ved langvarig stress og psykiske lidelser

En stor del af københavnerne lider af stress. Stress er ikke en sygdom i sig selv, men kan føre til forskellige sygdomme. Stress forårsages af en belastning, som den enkelte kan have vanskeligt ved at håndtere. Tilstanden er karakteriseret ved ulyst og anspændthed. Hvis belastningen er langvarig kan det have stor betydning for den enkeltes fysiske og psykiske helbred. Symptomer på stress kan være fysiske fx hovedpine, psykiske fx angst eller adfærdsmæssige fx søvnløshed.

*Når Mette sidder på arbejde, tænker hun på, hvornår hendes mor mon ringer til hende næste gang, og hun må smide hvad hun har i hænderne, fordi moren ikke tør være alene. Bliver hun mon nogensinde rask igen, spørger hun sig selv.*

Man skelner mellem to slags stress: Den kortvarige og den langvarige stress. Kortvarig, akut stress oplever vi, når vi presses af en situation, og kroppen bringes i alarmberedskab. Kortvarig stress er noget vi alle oplever og er ikke skadelig. Den langvarige stress opstår, når de situationer og vilkår, der stresser os, ikke forsvinder eller bliver håndteret, men fortsætter i længere perioder. Når kroppen er i konstant beredskab, bliver det skadeligt for os.

Langvarig stress påvirker helbredet og øger risikoen for en lang række fysiske og psykiske sygdomme, ligesom overskuddet til at tage vare på sig selv og andre også påvirkes.

Vi kan udvikle langvarig stress som følge af vores livsvilkår eller af pludseligt opståede begivenheder. Stressende livsvilkår kan være langvarig arbejdsløshed, fattigdom eller manglende uddannelse. Stressende livsbegivenheder kan være alvorlig sygdom, afskedigelse, skilsmisse, sygdom eller dødsfald i den nærmeste familie, og kan opstå pludseligt. Det kan være meget stressende at være pårørende til en ægtefælle, søskende eller forældre med en psykisk sygdom, og som pårørende har man derfor større risiko for selv at udvikle en psykisk sygdom. Mange københavnere lider i dag også under arbejdsrelateret stress. Dette emne berøres under spor 4 i handleplanen.

Mange københavnere med en egentlig psykisk lidelse har brug for bedre støtte. En stor andel af københavnere uden uddannelse eller udenfor arbejdsmarkedet har psykiske problemer som den primære barriere for at blive uddannelses- eller jobparate. Mange af dem kæmper med angst og depression. Det er sygdomme, som kan forebygges og behandles, så symptomerne reduceres, og personen kan fungere på arbejdsmarkedet og ofte helbredes. Jo senere sygdommen opdages, jo sværere bliver sygdommen, og det er således centralt med en tidlig indsats. Den tidlige indsats er i dag udfordret, da det kræver et tæt samarbejde mellem flere aktører; almen praksis, regionens psykiatri, der diagnosticerer og behandler psykiske lidelser og kommunen, der har ansvar for at skabe sunde rammer og etablere tilbud for borgerne til fremme af deres psykiske sundhed.

- 23 % af københavnere er stressede
- 85.000 københavnere oplever i løbet af et år at have symptomer på psykisk sygdom
- 53 % af langtidssygemeldte og 37 % af arbejdsløse københavnere er stressede

I dag har københavnere ikke de samme gode muligheder for at få hjælp til at styrke deres psykiske sundhed, som de har i forhold til deres fysiske sundhed, og vi forspilder derfor et stort potentiale. Vi har som kommune en mulighed og et ansvar for en forebyggende indsats, for de der (endnu ikke) har en diagnose. Vi må gå i dialog med Regionen, når vi ser, at de med mere alvorlige problemstillinger ikke får den nødvendige diagnosticering og behandling. Og vi skal blive endnu bedre til efterfølgende at støtte mennesker i at komme sig fra en psykisk lidelse - recovery – så de opnår egenmestring af deres sygdom og forbedring af deres liv.

Københavns Kommune ønsker at ligestille københavnernes psykiske sundhed med fysisk sundhed, så københavnere med psykiske problemer har samme muligheder for støtte som københavnere med fysiske helbredsproblemer.

**Derfor vil Københavns Kommune:**

- Ligestille fysisk og psykisk sundhed i kommunernes forebyggende tilbud på forebyggelsescentre
- Oprette stressklinikker, hvor københavnere støttes til at tackle social stress og stressende livsbegivenheder
- Arbejde mod større sammenhæng i forhold til tidlig indsats, recovery og rehabilitering på tværs af sektorer og forvaltninger bl.a. ved at implementere forløbsprogram for psykisk lidelser og brug af velfærdsteknologiske løsninger, ligesom psykisk sundhed skal tænkes ind når vi implementerer større reformer på beskæftigelsesområdet
- Klæde pårørende til københavnere med psykisk lidelse bedre på
- Udbrede metoder til at hjælpe den enkelte til at mestre eget medicinforbrug. I samarbejde med Region Hovedstaden etableres et kompetencecenter for medicinpædagogik
- Skabe synergi og sammenhæng mellem kommunen og frivillige og private tilbud for at skabe nye løsninger for at styrke københavnernes psykiske sundhed
- Sikre støtte til psykisk sårbare unge udenfor arbejdsmarkedet for at øge deres chance for at komme i uddannelse eller arbejde blandt andet gennem tilbud om psykologhjælp
- Sikre dialog med Regionen om, hvordan vi sikrer støttende tilbud til psykisk sårbare københavnere på kontanthjælp, der ikke er syge nok til Regionens tilbud eller som afventer behandling

**3. Sammenhængende støtte til københavnere med flere sundhedsproblemer**

Københavnere med svære psykiske sygdomme lever meget kortere end resten af befolkningen. Den store overdødelighed skyldes usunde vaner, fysiske sygdomme, der ofte opdages for sent, medicinbivirkninger og flere selvmord.

Tidlig opsporing, behandling og en god rehabiliterende indsats spiller en afgørende rolle for den enkeltes mulighed for at komme sig og forebygge at sygdommen bliver langvarig. Når der ikke forekommer samspil mellem kommunens forvaltninger og sektorer, oplever borgerne ikke at modtage de tilbud, de har behov for.

Der er en stærk sammenhæng mellem fysisk og psykisk sundhed. Har man en psykisk sygdom, kan en god fysisk sundhed opleves som en ressource til at forbedre ens psykiske trivsel. Og omvendt kan fysisk sygdom medføre dårlig psykisk sundhed. For eksempel har mange københavnere med svær overvægt også problemer med social angst og spiseforstyrrelser. Og københavnere, der har fået en kronisk sygdom, er som følge af deres sygdom i større risiko for at få en depression eller lide af dødsangst. Både patienter og pårørende efterspørger et større fokus på de psykiske følgevirkninger ved fysiske sygdomme.

Generelt er der også behov for et større fokus på den psykiske sundhed i forbindelse med ændring af livsstil. Valg af livsstil hænger i høj grad sammen med den enkeltes robusthed, handlegkompetence og sociale støtte. Ved hjælp til rygestop, nedsættelse af et stort alkoholforbrug eller opbygning af sunde kost- og motionsvaner, er det derfor afgørende, at der også er fokus på den enkeltes psykiske forudsætninger for at gennemføre varige livsstilsændringer.

Københavnere med psykisk lidelse og et samtidigt misbrug er en særlig udsat gruppe, hvor der er behov for integreret samarbejde mellem den kommunale misbrugsbehandling og den regionale psykiatri for at opnå optimal behandling.

- Danskere med svære psykiske sygdomme dør i gennemsnit 15-20 år tidligere end resten af befolkningen
- Mennesker med en kronisk sygdom har det oftere dårligere både fysisk og psykisk sammenlignet med personer, der ikke er syge
- 22.000 mennesker i Danmark skønnes at have en dobbeltdiagnose

København Kommune ønsker at sikre et helhedssyn på københavnernes livssituation, hvor der er fokus på sammenhængen mellem fysisk og psykisk sundhed, og hvor vi sikrer os, at københavnere med psykiske udfordringer kan få hjælp på lige fod med københavnere med fysiske udfordringer. Indsatsen for at forbedre københavnernes psykiske sundhed kræver et samspil mellem forvaltninger og sektorer.

#### Derfor vil Københavns Kommune:

- Udbyde særligt tilrettelagte sundhedsforløb til københavnere med svære psykiske sygdomme
- Arbejde for bedre opsporing og behandling af somatisk sygdom hos borgere med svære psykiske lidelser i tæt samarbejde med almen praksis og Regionen
- Udvide forebyggelsescentrenes tilbud, så københavnere i højere grad får støtte til at overkomme psykiske barrierer, når de vil ændre deres sundhedsvaner, samt har brug for hjælp til at tackle helbredsrelaterede psykiske problemer
- Afprøve nye samarbejdsmodeller med Region Hovedstaden i forhold til at øge sammenhæng i forløb for københavnere med dobbeltdiagnoser. I den forbindelse afprøves integreret misbrugsbehandling på et socialpsykiatrisk bosted i samarbejde med Region Hovedstaden
- Opnå samskabelse via inddragelse af den frivillige sektor blandt andet øge samarbejdet mellem de socialpsykiatriske tilbud og de lokale idrætsforeninger om motion til københavnere med psykiske lidelser

#### 4. Plads til københavnere med psykisk sygdom på arbejdspladsen

Det er de færreste arbejdspladser, hvor det i dag er lige så acceptabelt at sige 'jeg har angst', som at sige 'jeg har influenza'. Har man en psykisk lidelse, bliver man ikke altid mødt på lige vilkår med andre, og fordomme og stigmatisering er udbredt. Stigmatisering og angsten for at blive stigmatiseret på grund af psykisk sårbarhed kan betyde, at psykiske sygdomme opdages for sent, og at den rette behandling og støtte ikke iværksættes i tide.

*Når 49-årige Morten overvældes af angst og ikke kan komme ud af sin dør, skriver han en mail til chefen om, at han har influenza*

Det er vigtigt at skabe åbenhed og accept omkring psykisk sygdom. Københavnerne med psykiske lidelser skal have lige så gode muligheder for at være aktive på arbejdsmarkedet som alle andre. Arbejdspladserne har et medansvar for at afstigmatisere psykiske lidelser og for at kunne rumme og støtte medarbejdere med psykiske problemer. Desuden kan arbejdspladserne være en vigtig arena for at adressere den del af ulighed i sundhed, der handler om, at kortuddannede har dårligere psykisk helbred end andre københavnerne.

- 55 % vil være betænkelige ved at arbejde sammen med en kollega, der er mani-depressiv
- Hver femte har angivet en fysisk årsag ved sygefravær i stedet for den psykiske årsag

Københavns Kommunes ambition er, at mennesker med psykiske sygdomme skal opleve respekt og støtte fra frontmedarbejdere og på arbejdspladser.

**Derfor vil Københavns Kommune:**

- Gå i front som en psykisk ansvarlig arbejdsplads ved både at gøre arbejdspladser mere robuste og styrke medarbejdernes muligheder for at håndtere mentale udfordringer og endvidere understøtte at andre arbejdspladser får større viden om psykiske sygdomme og psykisk sårbarhed
- Bryde tabu og gøre psykisk sårbarhed og sygdom legitimt samt styrke medmenneskelig handlekompetence og psykisk støtte i samfundet og på arbejdspladser mv.
- Fortsat have fokus på at ansætte medarbejdere på særlige jobordninger indenfor rammeaftalen om Det Sociale Kapital

## Handleplan mod misbrug af alkohol og stoffer 2015-2018

Med Københavns sundhedspolitik ønsker vi, at københavnere skal leve med bedre livskvalitet, og have lige muligheder for et godt og langt liv. Her har københavnernes forbrug af alkohol og stoffer stor betydning, fordi konsekvenserne af et misbrug har den stik modsatte effekt. Derfor vil vi i København have en handleplan mod misbrug af alkohol og stoffer med en klar retning for, hvordan vi skal forholde os til alkohol og stoffer i byen.

Sundhedsstyrelsens betegnelse for euforiserende stoffer indeholder hash, amfetamin, kokain, ecstasy og andre stoffer, der kan have en euforiserende virkning såsom receptpligtig medicin og lighergas

### Vi ved, et storforbrug af alkohol kan være skadeligt

Vi ved, at et liv med storforbrug eller direkte afhængighed af alkohol er ødelæggende for livskvaliteten, når den enkelte mister grebet om hverdagen, familielivet og arbejdslivet. Samtidig er et storforbrug eller afhængighed af alkohol direkte relateret til mere end 60 sygdomme, og andelen af sygdomstilfælde og dødsfald i København på grund af alkohol er stigende. Et stort forbrug af alkohol er således en af de væsentligste årsager til, at vi københavnere ikke bliver så gamle som de storbyboere, vi ellers gerne sammenligner os med.

### Vores svar er ikke en løftet pegefinger

Vores viden er på den ene side bekymrende. På den anden side er den svær at omsætte til handling, fordi der er en flydende grænse for, hvornår alkohol kan bidrage til livskvaliteten, til det tipper over og *hindrer* det. Vi lever i en kultur, hvor alkohol meget ofte er et naturligt samlingspunkt, når vi er sociale. De fleste af os har positive minder om sommeraftener i gode venners selskab – også selvom vi måske fik et glas vin for meget. Det kommer nemt til at fremstå som om, at et ønske om at rokke ved den kultur, er et ønske om at gøre helt op med alkohol for, at alle i stedet skal leve et asketisk liv. Det er ikke hensigten med handleplanen, og vi vil gerne gøre op med denne polarisering.

For vi skal turde handle, når de unge skader sig selv og ikke kan passe deres uddannelse eller et arbejde; når børnene lider under de voksnes forbrug, og når de voksne er på vej til at ødelægge deres liv. Men vi skal samtidigt erkende, at en løftet pegefinger ikke nødvendigvis er den tilgang, der løser problemet. Vi skal turde tage debatten om, hvornår vores alkoholkultur hindrer os i at reagere, fordi det er for svært, og hvornår vi undlader at gøre det, fordi vi tror, der er mere effektfulde veje at gå. Denne handleplan er et første skridt i retningen af, at vi på tværs af kommunens forvaltninger og i samarbejde med blandt andet praktiserende læger, interesseorganisationer, foreninger og frivillige i fællesskab får skabt en mere nuanceret rusmiddelkultur i vores by.

### Vi imødegår udfordringerne med tre spor:

Vi vil handle inden for tre spor og fokusere på de københavnere, der har størst behov:

- Spor 1: Tabuet om alkoholafhængighed skal brydes
- Spor 2: Færre unge skal have problemer med alkohol og stoffer
- Spor 3: Bedre hjælp til storforbrugere af alkohol og stoffer

## 1. Tabuet om alkoholafhængighed skal brydes

Det kan være svært at opdage, at et barn vokser op i en familie med alkoholproblemer. Tegnene kan være små, at barnet er bagefter kammeraterne i sin udvikling, at barnet hyppigt har mavepine eller møder op i skolen uden en madpakke. Et barn i en alkoholramt familie er typisk meget solidarisk overfor familien og vil forsøge at dække over forældrenes manglende nærvær og omsorg ved at komme med undskyldninger, hvis forældrene ikke dukker op i situationer, hvor de er ventet. I hjemmet påtager barnet sig et voksenansvar og sørger typisk for at holde sammen på familien ved at tage sig af de praktiske gøremål og påtage sig forælderrollen over for små søskende. Ved at opretholde en facade udadtil og søge at holde sammen på familien indadtil forsøger barnet at skabe mening i en hverdag præget af kaos og uforudsigelighed.

*Hvis jeg havde haft en normal opvækst er jeg sikker på, at jeg ikke havde været så usikker og haft så meget angst. Får helt ondt i maven når jeg tænker på voksne og børn der sidder med præcis det samme. At en forælder kan udsætte sine børn for sådan noget, det forstår jeg simpelthen bare ikke (www.tuba.dk)*

I hvert syvende hjem med børn i København, er der en voksen der drikker for meget

Mange af disse børn og deres forældre bliver alt for sjældent spottet og hjulpet. Hvis man som pædagog, sundhedsplejerske, lærer, kollega, eller arbejdsgiver får en formodning om, at noget ikke er, som det skal være, afholder berøringsangst og misforstået hensyntagen til "privatlivets fred" os typisk fra at handle, fordi der stadig er meget tabu om emnet. Mange lever således med et alkoholproblem meget længe, og børnene vokser op i utryghed og uden den opmærksomhed, omsorg og ros, der skal til for, at de kan udvikle sig og trives. En tredjedel af børnene udvikler selv et misbrug som voksne.

Hvis ikke afhængigheden skal gå i arv, må vi derfor bryde tabuet og sætte ind, før en hel barndom er forbi Kommunens ansatte møder borgerne fra vugge til grav, hvilket giver de ansatte en unik mulighed for at yde en tidlig indsats både for børn, der vokser op i familier med alkoholproblemer, for unge, der skal støttes i at begå sig i en fristende alkoholkultur og for voksne, som er på vej til at udvikle afhængighed af alkohol. Denne mulighed skal udnyttes i større omfang, end det sker i dag.

### Derfor vil Københavns Kommune:

- Afdække barrierer for tidlig opsporing af storforbrug af alkohol og alkoholproblemer hos borgere og familier i København. Undersøgelsen skal resultere i forslag til, hvordan frontpersonalet i kommunen bliver endnu bedre til at opspore og støtte netop de borgere, der har behov
- Arbejde for, at færre københavnske børn vokser op i familier med alkoholproblemer
- Sikre at færre voksne københavnere har et storforbrug af alkohol
- Fortsat sikre tidlig hjælp og støtte til kommunalt ansatte med alkoholproblemer
- Etablere et samarbejde med faglige organisationer for i fællesskab at løfte udfordringerne omkring medarbejdere med alkoholproblemer samt at sikre tidlig hjælp og støtte
- Sikre at lærere, sundhedsplejersker og pædagoger kender tegnene hos børn, når deres forældre har et alkoholmisbrug
- Sikre at lærere, sundhedsplejersker, pædagoger og arbejdsgivere kender til de handlemuligheder de har, når der er mistanke om alkoholafhængighed
- Sikre at kommunens tilbud vedrørende alkohol er synlige og let tilgængelige
- Sikre et øget familieorienteret fokus i kommunens indsatser og institutioner



## 2. Færre unge skal have problemer med alkohol og stoffer

Danske unge har europarekord i at drikke sig fulde. Alkohol spiller en væsentlig rolle i de unges måde at være sammen på, og derfor er alkohol blevet en adgangsbillet til det sociale fællesskab. Teenageren, som gerne vil fordybe sig i sin skolegang eller sportsaktivitet, og derfor vil undgå tømmermænd fredag, lørdag og søndag kan let komme til at føle sig udenfor eller blive betegnet som kedelig af klassekammeraterne. Det kan det være svært at deltage i kammeraternes snak om weekendens udskejelser mandag morgen, hvis man ikke har deltaget i festlighederne. Det at blive en del af fællesskabet og være socialt accepteret ligger således et vist drikkepres på de unge.

*Jeg er 16 år, går i 1g, og har aldrig været fuld..... Men vil ikke være en total outsider og går jo så til fester alligevel, men drikker ikke meget... kan ikke lide at være den eneste ædru person i et selskab af næsten 120 mennesker.... Man føler sig presset til at drikke, da der ikke er nogen der rigtigt snakker med en.... (bornetelefonen.dk)*

En del unge kombinerer det store alkoholforbrug med regelmæssig brug af hash. Hash har en meget negativ indvirkning på de unges indlæring, fordi hash sløver og svækker koncentrationen længe efter, det er indtaget. Uddannelsesinstitutionernes erfaring er, at unges forbrug af alkohol og hash i dag er blandt de væsentligste årsager til, at de unge falder fra, ikke får en ungdomsuddannelse og ikke kommer på arbejdsmarkedet.

- I dag er det kun 80 % af de 24-årige i København, der har gennemført en ungdomsuddannelse
- Væsentlige årsager til frafald er en kombination af stort forbrug af rusmidler, psykiske problemer og mistro
- Udfordringen er særlig stor på de københavnske erhvervsskoler, hvor lidt over halvdelen af eleverne falder fra, og tendensen er stigende

Hver anden døgnanbragte ung har et aktuelt brug af illegale rusmidler, kombineret med en tidlig debutalder og er i forøget risiko for at udvikle et misbrug som voksen

Det er vigtigt at etablere et samarbejde mellem skole og forældre for at skabe rammer om børnenes og de unges fester. Rammer, der handler om aktiviteter og socialt samvær, og hvor alkohol og andre rusmidler ikke står i centrum, og hvor drikkepresset mindskes blandt børn og unge. Dette har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fokus på i grundskolen i samarbejde med Børne- og Ungdomsforvaltningen, men der er potentiale for, at dette samarbejde kan udvides, så det når ud til alle skoler i København.

Socialforvaltningen har ved hjælp af socialrådgivere i nogle daginstitutioner og skoler fokus på at sikre tidlig opsporing af børn fra familier med misbrugsproblemer. En tidlig og bred forebyggende indsats på de københavnske skoler i forhold til rusmidler kan på længere sigt modvirke, at de unge får problemer med alkohol og stoffer, og dette fokus kan med fordel skærpes og supplere de eksisterende tilbud på området.

Samarbejde med ungdomsuddannelserne om alkoholpolitikker kan skabe kulturforandringer og reducere adgangen til alkohol for unge på ungdomsuddannelser. Det er vigtigt med lokalt ejerskab, at skolerne sammen med elever og undervisere går i dialog om rusmidler og aktivt forholder sig til, hvordan de vil have det med alkohol og hash. Vi har allerede etableret et samarbejde med de gymnasiale uddannelser i byen, hvor vi understøtter dem i at etablere politikker og sætte fokus på rusmiddelkulturen. Vi vil fortsat støtte op om dette samarbejde og gerne udvide det til flere ungdomsuddannelser.

**Derfor vil Københavns Kommune:**

- Udvide skole og forældresamarbejdet om unges rusmiddelvaner til alle københavnske skoler og institutioner for at forebygge, at unge får problemer med alkohol og stoffer
- Have fokus på en forstærket opsøgende indsats på skoler og institutioner med henblik på at udskyde rusmiddeldebut, forebygge rusmiddelproblemer samt sikre hjælp til unge med rusmiddelproblemer. Samtidigt skal sundhedsplejens sundhedspædagogiske indsats styrkes på skoler, som har særlige udfordringer med alkohol
- Arbejde for lokalt ejerskab til rusmiddeldagsordenen på ungdomsuddannelserne
- Afdække udfordringer angående rusmidler blandt unge på kommunens tilbud og igangsætte en øget indsats
- Sikre tidligere hjælp og støtte til de af kommunens elever, der har rusmiddelproblemer
- Tilbyde forløb til ledige unge med et for stort alkohol- og stofforbrug med henblik på at de unge bliver mere uddannelses-, praktik-, eller jobparate

### 3. Bedre hjælp til storforbrugere af alkohol og stoffer

Det kan være svært at støtte op om enlige mænd med alkoholproblemer, da de i meget lille omfang søger hjælp hos sundhedsvæsenet og typisk færdes i kredse, hvor de traditionelle sundhedstilbud ikke har stor gennemslagskraft. En del af disse mænd kan samtidigt have store udfordringer i deres hverdagsliv eksempelvis ensomhed og ofte har de et lille økonomisk råderum, der gør, at de bor i byområder med små og billige boliger. Deres netværk kan være bundet op af relationer og fællesskaber, der er forbundet med øldrikkeri på det lokale værtshus – andre drikker alene.

Et storforbrug af alkohol er ikke jævnt fordelt blandt københavnere. Der ses en kønsmæssig ulighed i brugen af alkohol, der kommer til udtryk ved, at næsten dobbelt så mange mænd viser tegn på alkoholafhængighed. Mænd er samtidig mere udsatte for at blive syge som følge af deres forbrug, formentlig fordi de ikke opsøger eller modtager hjælp i tide. På samme måde som mændene, er kortuddannede københavnere særligt sårbare overfor alkohols sundhedsskadelige konsekvenser. Der er en tendens til, at kortuddannede bliver mere syge af et for stort alkoholindtag end personer med en længerevarende uddannelse. Alkoholproblemer er ofte en barriere for, at borgere kommer i arbejde eller bliver hurtigere rask og i stand til at mestre eget liv. En tredjedel af kontanthjælps- og sygedagpengemodtagere i jobcentre har alkoholproblemer. Derfor vil vi have fokus på at sikre tidlig hjælp og støtte til kortuddannede og ledige, der har problemer med alkohol og andre rusmidler.

Alkohol er den sundhedsmæssige risikofaktor, som færrest københavnere har drøftet med egen læge sammenholdt med tobak, usund kost og fysisk inaktivitet. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ønsker derfor at gå i dialog med almen praksis om, hvordan alkohol på mere systematisk vis bliver en del af lægens forebyggende samtaler med københavnere

I dag går der i gennemsnit 10 år inden, en københavnere kommer i behandling for et misbrug. Det skyldes dels manglende problemerkendelse hos den enkelte, men også manglende opmærksomhed i tide og manglende synlighed om vores rådgivnings- og behandlingstilbud. Det vil sige, at der er behov for både en strukturel indsats for at forsøge at sikre en lige adgang til vores rådgivnings- og behandlingstilbud, og der er behov for at udvikle og tilpasse indsatserne til forskellige målgrupper.

Der er evidens for, at en kort rådgivende samtale af 5-20 minutters varighed, som gentages op til fem gange i løbet af en kortere periode, har dokumenteret effekt i forhold til at nedsætte alkoholforbruget. Vores forebyggelsescentre tilbyder allerede københavnere en kort rådgivende samtale om alkohol. Det er imidlertid svært at få tilbuddet ud til de borgere, der har behovet. Der er mange forskellige tiltag, der kan komme i spil, og vi kan blive klogere på, hvad vi skal gøre, og hvordan vi kan gå nye veje. Det er desuden oplagt, at almen praksis i højere grad henviser til forebyggelsescentrenes korte rådgivende samtale om alkohol, eller at lægen ligefrem selv varetager samtalen. Størstedelen af københavnere går til lægen en eller flere gange om året. Konsultationen hos lægen finder sted i et fortroligt rum, og for mange borgere udgør lægen en autoritet, som man lytter til. Det giver den praktiserende læge en unik mulighed for at varetage en kort rådgivende samtale med borgere, der viser tegn på et storforbrug af alkohol. Denne mulighed udnyttes ikke til fulde i dag.

Cirka 50-60 % af de københavnere, som opsøger alkoholbehandling eller stofmisbrugsbehandling har samtidig en psykisk lidelse. For at behandlingen har mest mulig effekt er det centralt, at der tages hånd om begge problemstillinger. Nogle af borgeren vil have behov for psykiatrisk behandling i den regionale psykiatri, dette fordrer, at vi har et tæt samarbejde med den regionale psykiatri, så vi får behandlet misbrug i sammenhæng med den psykiske lidelse

**Derfor vil Københavns Kommune:**

- Etablere dialog med almen praksis om et samarbejde om tidlig opsporing af alkohol – og stofproblemer
- Etablere dialog med civilsamfundet og faglige organisationer med henblik på at finde nye veje til forebyggelse af alkohol- og stofproblemer
- Udvikle nye metoder i borgernes lokale miljø til at inkludere aktivitetsparate med rusmiddelproblemer på arbejdsmarkedet
- Tilbyde forløb der har fokus på ledige med et for stort alkohol- og stofforbrug som en del af den beskæftigelsesfremmende indsats
- Arbejde for at få psykiatrikompetencer i behandlingen af stof- og alkoholmisbrug.
- Afprøve nye samarbejdsformer med Region Hovedstaden om behandlingen af borgere med dobbeltbelastning, herunder implementering af koordinerede indsatsplaner og afprøvning af integreret misbrugsbehandling på et socialpsykiatrisk bosted



## Videnspapir om alkohol og stoffer<sup>1</sup>

Dette videnspapir indeholder informationer om københavnernes alkoholkultur, forbrug af rusmidler og konsekvenser herved samt evidensbaserede indsatser til at forebygge misbrug.

Videnspapiret skal læses som baggrundsnotat til udkastet til kommunens handleplan mod misbrug af alkohol og stoffer 2015-2018 med det formål at få uddybet prioriteringerne i handleplanen. Samtidig giver videnspapiret anledning til at invitere til dialog med de øvrige forvaltninger og andre interessenter om det forebyggende og behandlende arbejde på området.

Indsatser målrettet alkohol og stoffer er væsentlige for, at Københavns Kommune kan indfri sine sundhedspolitiske mål om, at københavnernes skal leve længere, med bedre livskvalitet og med lige muligheder for et langt og sundt liv.

### Alkoholkulturen i Danmark

Den danske alkoholkultur adskiller sig fra alkoholkulturen i de nordiske lande og landene i Sydeuropa ved at være karakteriseret ved et meget stort forbrug af alkohol og mange omkostninger knyttet til forbruget – både for den enkelte og omgivende samfund<sup>2</sup>.

I 1960'erne ændrede den danske alkoholkultur sig radikalt, og danskerne begyndte at drikke markant mere alkohol. Ændringen i alkoholforbruget i Danmark har blandt andet sin begrundelse i velstandsstigningen samt en historisk forankret holdning til alkohol. Denne holdning sætter friheden til at drikke, som det passer den enkelte meget højt. Samtidig er der i Danmark en større accept af, at folk optræder beruset i forskellige sammenhænge, end der er i andre lande.

I andre kulturer er et storforbrug af alkohol et signal om, at man har et alkoholproblem, særligt hvis man drikker alkohol uden for måltidet, eller hvis man bliver set beruset på et offentligt sted. Sådanne normer og spilleregler på alkoholområdet har en beskyttende funktion og dæmper alkoholforbruget i en befolkning. I Danmark er der meget få beskyttende normer vedrørende alkohol, selvom der er sket ændringer de seneste år. Der er sket et markant fald i andelen af alkoholrelaterede færdselsdrab, hvilket er et udtryk for, at det har været muligt at gøre det socialt uacceptabelt at køre bil, når man har drukket. På samme måde er det nu bredt accepteret, at alkohol og arbejde ikke hører sammen. Forbruget af alkohol er imidlertid ikke blevet mindre, fordi alkohol i stedet drikkes i fritiden og i vid udstrækning i hjemmet.

Den liberale alkoholkultur indbefatter, som nævnt, at vi har stor accept af alkohol og beruselse. Når friheden til at drikke ikke kan administreres og den enkelte bli-

---

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsens betegnelse for euforiserende stoffer indeholder hash, amfetamin, kokain, ecstasy og andre stoffer, der kan have en euforiserende virkning såsom receptpligtig medicin og lighter gas.

<sup>2</sup> Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002: Den offentlige indsats på alkoholområdet.

ver afhængig af alkohol, så bliver vores alkoholforbrug pludselig tabuiseret. Afhængighed opfattes som det synlige, ukontrollerede forbrug af alkohol, der er forbundet med tegn på social deroute. Tabuet omkring dette ukontrollerede forbrug bevirker, at vi typisk undlader at støtte op om personer, som er på vej til at udvikle afhængighed grundet misforstået hensyntagen og ulyst til at blandt sig i noget, der er en privat sag. Konsekvensen er, at mange går med et storforbrug i alt for mange år uden at få den rette hjælp og støtte.

## **Forbrug af rusmidler og omkostninger herved**

### **Tidlig debut med rusmidler har konsekvenser**

Tidlig debut med rusmidler er i sig selv en indikator for generel mistriivsel<sup>3</sup>.

Tidlig debut er derudover en indikator for udvikling af et problematisk brug af rusmidler. I følge et nordisk studie er tidlig brug af alkohol, cigaretter og cannabis knyttet til markant øget risiko for problematisk brug af alkohol og cannabis senere i livet<sup>4</sup>.

I dag gennemfører kun ca. 80 % af de 24-årige i København en ungdomsuddannelse, mens målsætningen for en ungdomsårgang er 95 procent. Udfordringen er særlig stor på de københavnske erhvervsskoler hvor lidt over halvdelen af eleverne falder fra, og tendensen er stigende. Væsentlige faktorer i forhold til frafald på erhvervsuddannelserne er en kombination af et stort forbrug af rusmidler, psykiske problemer og mistriivsel.

### **Unge forbrug af alkohol**

Selv om der er sket et fald i de unges forbrug af alkohol fra 2010 til 2013, er de unge fortsat den gruppe i befolkningen, der har det største forbrug af alkohol. Regionens sundhedsprofil 2013 viser, at 15 % svarende til knap 30.000 i alderen 16-24 år har et moderat til stort forbrug af alkohol<sup>5</sup>.

I henhold til artiklen ”Mødet mellem alkohol og hjerne” er vores hjerner ikke færdigudviklede, før vi er i starten af tyverne. Det kan være skadeligt at drikke alkohol, når hjernen ikke er færdigmodnet. Samtidigt er tolerancen for alkoholens giftige side lavere hos unge. Tester man unge, som drikker meget alkohol, kan man se, at de klarer sig dårligere på mange forskellige tests, hvoraf dårligere koncentration, hukommelse og indlæring blot er nogle af de afledte følgevirkninger af et stort alkoholforbrug.

Der ses en sammenhæng mellem et storforbrug af alkohol og forbrug af andre euforiserende stoffer. Kombineres et stort alkoholforbrug med forbrug af hash forværres situationen.

---

<sup>3</sup> Socialstyrelsen.

<sup>4</sup> Pedersen, W, 1998/2006: Bittersøtt – Ungdom/socialisering/rusmidler. Universitetsforlaget, Oslo.

<sup>5</sup> Et moderat forbrug defineres som 7-14 genstande for kvinder og 14-21 for mænd. Et storforbrug af alkohol defineres som et ugentligt alkoholforbrug, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogenstandsgrænse på 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd.

### **Unge forbrug af stoffer**

Hash er det mest udbredte illegale rusmiddel blandt unge. Brug af hash er særligt udbredt blandt unge i 16-20-års alderen. På landsplan er der en svagt stigende tendens i udbredelsen af hash, hvor hver tredje ung i aldersgruppen har prøvet hash. Hash er generelt mest udbredt i Region Hovedstaden, hvor 40 % af de unge fra 16-20 år har prøvet rusmidlet. Hvad angår andre stoffer end hash er udbredelsen mere geografisk ensartet, og der ses en stagnation i forbrug af andre stoffer end hash blandt unge fra 16-20 år. Hver tiende ung i København, svarende til knap 20.000 unge, har forbrugt hash eller andre euforiserende stoffer inden for den seneste måned, og andelen af aktive hashrygere blandt københavnske unge i 7.-9. klasse er faldet fra 2012 til 2013.

### **Uhensigtsmæssigt forbrug af alkohol og hash – mest udbredt blandt udsatte målgrupper**

Det skønnes, at ca. 7.300 unge københavnere mellem 15-24 år har et direkte interventionskrævende misbrug af enten alkohol eller stoffer<sup>6</sup>. Uhensigtsmæssigt forbrug af alkohol og hash er særligt udbredt blandt unge fra bestemte udsatte målgrupper. Deriblandt døgnanbragte unge, unge fra familier med misbrugsproblemer, psykisk sårbare unge og unge, som har det svært i skolen. 82 % blandt døgnanbragte unge har prøvet at ryge hash, hvilket er dobbelt så mange som jævnaldrende unge i Region Hovedstaden. Døgnanbragte unge har en væsentlig lavere debutalder for brug af både cigaretter, alkohol og illegale rusmidler, og flere undersøgelser peger på, at anbragte unge ofte har større risiko for at udvikle et misbrug som voksne<sup>7</sup>.

### **Voksnes forbrug af alkohol**

Regionens sundhedsprofil fra 2013 viser, at mere end hver tiende københavnere (50.000 borgere) har et storforbrug af alkohol. Hver femte københavnere (80.000 borgere) viser tegn på alkoholafhængighed<sup>8</sup>. Blandt de borgere med et storforbrug af alkohol, og de borgere, der viser tegn på alkoholafhængighed, ønsker cirka hver tredje (33.000 borgere) at nedsætte deres forbrug.

### ***Storforbrug af alkohol har store omkostninger***

Et storforbrug af alkohol har en række omkostninger, hvoraf manglende gennemført uddannelse og et ødelagt arbejdsliv blot er nogle af konsekvenserne. På hjemmefronten kan et storforbrug af alkohol være så belastende for familien, at det ender med skilsmisse og manglende kontakt til eventuelle børn. Jævnfør Sundhedsstyrelsen "Intet alkoholforbrug er risikofrit for dit helbred" (2010) er alkohol direkte relateret til mere end 60 sygdomsdiagnoser herunder sinds- og adfærdsmæssige lidelser, mavearmtilidelser, kræftsygdomme, hjertekarsygdomme,

---

<sup>6</sup> Center for rusmiddelforskning.

<sup>7</sup> SFI, 2013: Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995.

<sup>8</sup> Tegn på alkoholafhængighed måles med CAGE-C spørgeskemaet. Tegn på alkoholafhængighed defineres ved mindst to positive svar ud af 6 spørgsmål primært omhandlende ens egne og omgivelsernes opfattelse af ens drikkevaner.

lungesygdomme og muskel- og skeletsygdomme. Disse diagnoser er af alvorlig karakter og kan afkorte livet betragteligt og resultere i for tidlig død.

De samfundsøkonomiske omkostninger ved storforbrug af alkohol er store. Sundhedsudgifterne til borgere med alkoholproblemer udgør to til fire gange mere end samme udgifter til den gennemsnitlige borger<sup>9</sup>.

Der er evidens for, at de fleste organfunktioner forbedres af et væsentligt nedsat alkoholforbrug eller total afholdenhed. Selv kortvarig afholdenhed har gavnlige effekt på helbredet<sup>10</sup>. På kort sigt kan personer med selv et mindre forbrug af alkohol opleve manglende overskud og energi, dårlig søvn, irritabilitet, koncentrationsbesvær, forhøjet blodtryk, vægtøgning, ulykker og konflikter med omverdenen. En stor del af københavnere vil således potentielt have gavn af en samtale om alkohol i et af kommunens fem forebyggelsescentre.

#### *Alkoholproblemerne belaster de pårørende*

Alkoholproblemerne belaster ikke kun den der drikker, men også de pårørende. En nyere undersøgelse fra Center for Rusmiddelforskning viser, at pårørende til mennesker med alkoholproblemer er mindst lige så belastede som den, der har problemet. Der peges på, at der både er menneskelige og samfundsmæssige gevinster at hente, ved at tilbyde de pårørende hjælp tidligt i forløbet<sup>11</sup>.

#### *Børn i familier med alkoholproblemer*

I hvert syvende hjem i København forekommer en risikabel alkoholadfærd blandt voksne, der bor med børn. Det skønnes, at der i 2012 boede mere end 15.000 børn og unge under 25 år i København, som levede i familier præget af alkoholproblemer. Kun en lille del af disse børn og deres forældre er omfattet af tilbud og foranstaltninger fra kommunernes børnefamilieafdelinger. Alkoholproblemer i en børnefamilie belaster alle familiens medlemmer: den voksne, der drikker, partner og børnene og kan medføre alvorlige fysiske, psykiske og sociale problemer for alle. Børn i familier med alkoholproblemer lever med en konstant utryghed, hvilket går ud over deres skolegang og frholder børnene fra at knytte tætte sociale relationer med jævnaldrende. Omkring 40 % af dem, der bliver behandlet for et alkoholmisbrug som voksne, er selv vokset op i et alkoholiseret hjem. Det betyder, at cirka en tredjedel af børnene selv udvikler et misbrug senere i livet.

#### **Voksnes forbrug af stoffer**

Sammenlignet med 2000 viser en undersøgelse i 2013 en stadig mindre udbredelse af illegale stoffer såsom amfetamin, kokain og ecstasy i befolkningen<sup>12</sup>. Der ses dog en stigning af stofrelaterede forgiftninger på landets skadestuer, særligt blandt personer over 30 år. Der ses samtidig en stigning af psykiatriske indlæggelser med stofrelaterede diagnoser, hvor især blandingsmisbrug er dominerende.

<sup>9</sup> KORA, 2014: Samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med alkoholoverforbrug.

<sup>10</sup> Faglig vejledning for samtale om alkohol, Københavns Kommune 2014.

<sup>11</sup> Københavns Kommune, 2014: Faglig vejledning for samtale om alkohol.

<sup>12</sup> Sundhedsstyrelsen, 2013: Narkotikasituationen .



### *Antal af stofmisbrugere i København er steget*

Det seneste skøn fra 2005 ansløgte at antal stofmisbrugere i København er steget med 2000 til ca. 7-8000 fra 1996 til 2005<sup>13</sup>. Dette skyldes fortrinsvist en stigning i misbrugere af hash og centralstimulerende stoffer. Samtidig skønnes en reduktion i antallet af opiatafhængige. Der er for nylig et skøn over antallet af injektionsmisbrugere i Danmark på 13.000, hvor halvdelen skønnes at være øst for Storebælt og formentlig flest i Hovedstadsregionen<sup>14</sup>. Undersøgelsen viser, at ca. halvdelen ikke er kendt i behandlingssystemet.

### **Stofmisbrugere i behandling**

Københavns Kommunes behandlingssystem er årligt i kontakt med ca. 3000 stofmisbrugere, så man må konstatere, at man mangler kontakt med mindst ca. 4-5000, hvoraf en ikke uvæsentlig andel er injektionsmisbrugere.

I 2009 har antallet af stofmisbrugere i behandling på årsbasis rundet 2800. Stigningen kan delvist forklares med flere nye i behandling i 2008 og 2009. Det er de voksne misbrugere, der er flest af i behandlingssystemet. Gennemsnitsalderen er svagt stigende fra 41 år i 2006 til 42 år i 2009. Lidt over en fjerdedel er over 50 år gamle. De ældre fylder især blandt gruppen i længerevarende substitutionsbehandling, 20 % er selvforsørgende, og den øvrige gruppe er på overførselsindkomst.

### **Misbrugsskader, latenstid og tidlig indsats**

Såvel stofmisbrug som alkoholmisbrug er forbundet med skader for den enkelte og for samfundet. En måde at sammenfatte skadevirkningerne på, er at opgøre den sygdomsbyrde og antallet af tabte leveår, der knytter sig til misbrug<sup>15</sup>. Alkoholisme er i København den tredje højst placerede diagnose, når det gælder antallet af tabte leveår og død og er én af de diagnoser, der bidrager mest til sygdomsbyrden. Alkoholisme bidrager med flere tabte leveår (gennemsnitligt 908 år pr 100.000) end hjertesygdom, diabetes og lungekræft<sup>16</sup>.

Stofmisbrug er typisk forbundet med en høj dødelighed, og selvom gruppen omfatter færre personer end alkoholmisbrug, ligger den som nr. 12 på listen med gennemsnitligt 296 tabte leveår pr. 100.000.

Skaderne berører ikke kun den gruppe misbrugere, der er kendt af misbrugsbehandlingen, men også dem, der er uden for behandling, herunder også storforbrugere af alkohol eller den gruppe, der har et eksperimenterende brug af stoffer. Skaderne udvikler sig over tid og sandsynligheden for at brug udvikler sig til et skadevoldende brug øges jo længere tid, der går. Dette er én af de vigtigste grunde til en tidlig indsats – at indlede rådgivning, behandling og afhjælpning af misbrug før skaderne melder sig.

---

<sup>13</sup> Sundhedsstyrelsen.

<sup>14</sup> Socialforvaltningen, 2010:Udredning af misbrugsområdet.

<sup>15</sup> Socialforvaltningen, 2010:Udredning af misbrugsområdet.

<sup>16</sup> Socialforvaltningen, 2010:Udredning af misbrugsområdet.

For alkoholmisbrugerne har misbruget stået på i 10-12 år, før man opsøger behandling<sup>17</sup>. For stofmisbrugerne (opiatmisbrugere) går der gennemsnitligt 7-10 år, før man opsøger behandling. For hashmisbrugerne er der tale om en latenstid på omkring 20 år, og for kokainmisbrugerne (som repræsentant for de nye brugergrupper) går der typisk 10-12 år fra et eksperimenterende brug starter, til man søger behandling.

For en del misbrugere vil der være tale om spontant ophør, men for den relativt store gruppe, der fortsætter misbruget, vil der være en såvel individuel som samfundsmæssig gevinst ved at inkludere borgere i behandling på et tidligt tidspunkt – at forkorte latenstiden. Tilsvarende bør man overveje, hvordan man gennem skadesreducerende tiltag kan afhjælpe sociale, psykiske og somatiske skader og derigennem reducere antallet af ”tabte gode leveår” og antallet af hospitalsindlæggelser.

### **Målgrupper i særlig risiko**

#### ***Ulighed i københavnernes alkoholforbrug***

Nogle borgere er i særlig risiko for at opleve omkostningerne af et for stort alkoholforbrug, fordi forbruget ikke er jævnt fordelt blandt københavnernes. Jævnfør regionens Sundhedsprofil 2013 ses en kønsmæssig ulighed i brugen af alkohol, der kommer til udtryk ved, at der er næsten dobbelt så mange mænd, der viser tegn på alkoholafhængighed. Mænd er samtidig mere udsatte for at blive syge som følge af deres forbrug, formentlig fordi mænd er mindre tilbøjelige til at søge hjælp i tide end kvinder.

I henhold til Sundhedsstyrelsens publikation ”Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre?”, er kortuddannede også særligt sårbare overfor alkoholens skadelige virkninger på helbredet. Kortuddannede bliver ganske enkelt mere syge af et stort alkoholindtag end personer med en længerevarende uddannelse. Der findes lidt viden om årsagsvirkningssammenhænge, men det kan muligvis skyldes, at kortuddannede i højere grad udsættes for andre sundhedsrisici såsom usund kost, tobaksrygning og økonomisk stress mm., så der opstår en form for ophobning af dårlige livsvilkår.

#### ***Borgere med dobbeltdiagnoser***

Misbrug er ofte vævet ind i andre problematikker, hvor psykisk sygdom er den af problematikkerne, der er sværest for behandlingssystemet at håndtere. Det er almindelig kendt, at såvel unge som ældre med dobbeltdiagnoser (en psykiatrisk diagnose kombineret med misbrug) falder mellem to stole – mellem den kommunale indsats, der traditionelt arbejder med misbrugsproblematikken, og sundhedsvæsenet der traditionelt arbejder med den psykiatriske problemstilling. Det gælder for de ældre misbrugere, og problematikken bliver mere og mere nærværende på ungeområdet i takt med, at der arbejdes systematisk og specialiseret med unge misbrugere.

---

<sup>17</sup> Socialforvaltningen, 2010: Udredning af misbrugsområdet.

Generelle tal viser, at omkring 50 % af de psykisk syge har et misbrug, og at omkring 70 % af de misbrugende har en psykisk lidelse<sup>18</sup>. Tal for Københavnske borgere indskrevet i stofmisbrugs- eller alkoholbehandling viser, at henholdsvis 34 % og 49 % i løbet af en otteårig periode har kontakt med det psykiatriske system.<sup>19</sup>

Opgavetilrettelæggelsen i forhold til behandling af borgere med dobbeltdiagnoser er defineret som et obligatorisk aftaleområde i sundhedsaftalerne.

### **Evidensbaserede indsatser til at forebygge misbrug**

Til trods for alkohols skadelige virkninger på helbredet og de store sociale og samfundsmæssige konsekvenser af et stort forbrug, har alkohol historisk set ikke været et prioriteret forebyggelsesområde. En af grundene er formentlig, at afhængighed af alkohol har været og til stadighed er et tabubelagt emne.

På alkoholområdet foreligger imidlertid god dokumentation for effekten af forskellige metoder til forebyggelse, tidlig indsats og behandling. De metoder, hvor evidensen for effekt er højest, og som er relevante i en kommunal sammenhæng er samlet i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke for alkohol:

- Begrænsning af tilgængeligheden af alkohol
- Håndhævelse af aldersgrænser for salg og udskænkning
- Kort rådgivende samtale
- Alkoholbehandling

Også i forhold til forebyggelse af stoffer findes nogle evidensbaserede tiltag særligt målrettet unge, denne viden er samlet i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke for stoffer, og vil blive flettet ind i nedenstående.

#### **Begrænsning af tilgængeligheden og ansvarlig udskænkning**

Der er dokumentation for, at borgernes forbrug af alkohol nedsættes, når der iværksættes udbudsregulerende indsatser såsom håndhævelse af aldersgrænser for salg og udskænkning af alkohol, nedsættelse af prisen på alkohol samt begrænsning af tilgængeligheden af alkohol. Reduktion af alkoholreklamer især hvor børn og unge færdes, har også vist en positiv effekt på forbruget.

Nogle af ovennævnte tiltag kræver en indgriben fra staten, der blandt andet spiller en afgørende rolle i forhold til regulering af priserne på alkohol. Kommunens handlerum omfatter muligheden for at regulere tilgængeligheden af alkohol. Flere studier peger på, at begrænsninger på antal steder og antallet af dage og timer, hvor der sælges alkohol, har god effekt. Herudover er et centralt håndtag at håndhæve lovgivningen om forbud mod salg og udskænkning af alkohol til unge og udskænkning til personer, der i forvejen er berusede. Ansvarlig udskænkning har

<sup>18</sup> Socialforvaltningen, 2010:Udredning af misbrugsområdet.

<sup>19</sup> Socialforvaltningen, 2010:Udredning af misbrugsområdet.

yderligere afledte effekter blandt andet i forhold til at reducere vold i nattelivet og alkohol- og stofrelaterede ulykker og skader.

### **Kort rådgivende samtale**

Der er evidens for, at en kort rådgivende samtale af 5-20 minutters varighed, som gentages op til fem gange i løbet af en kortere periode, har dokumenteret effekt i forhold til at nedsætte alkoholforbruget. På samme måde er der stærk dokumentation for effekt af en tidlig indsats med korte rådgivningssamtaler rettet mod unge på vej ind i et regelmæssigt stofforbrug. Den korte rådgivende samtale bør varetages af en uddannet rådgiver og/eller en sundhedsprofessionel.

Kommunens forebyggelsescentre tilbyder allerede borgerne med et storforbrug af alkohol en kort rådgivende samtale om alkohol. Samtale om alkohol henvender sig til borgere, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug og til pårørende, der er tæt på en, der drikker for meget. Samtalen om alkohol benyttes også i den opsøgende funktion uden for forebyggelsescentret, hvor de ansatte vurderer borgerens forbrug og interesse i at modtage et rådgivnings- eller behandlingstilbud<sup>20</sup>. Generelt er det svært at rekruttere borgere, der har behov for tilbuddene, et tættere samarbejde med frontpersonalet i kommunens øvrige forvaltninger og med almen praksis vil kunne øge henvisningerne til tilbuddet.

En kort opsporende samtale kan anvendes af kommunens frontpersonale til tidlig opsporing af alkoholproblemer hos kommunens borgere. Jo tidligere der sættes ind, jo mindre indgribende en indsats er der brug for, idet det er lettere at ændre vaner, inden der er tale om decideret afhængighed. Kommunens frontpersonale er i kontakt med et bredt udsnit af københavnere, og mange af kommunens ansatte har kontakt med borgere med alkoholproblemer og deres pårørende eksempelvis på social- og sundhedsområdet, beskæftigelsesområdet, børne- og ungeområdet. De ansatte kan benytte en kort opsporende samtale til at afdække eventuelle alkoholproblemer i situationer, hvor det synes relevant. Afhængigt af problemets omfang kan frontpersonalet henvise til et rådgivningsforløb eller et behandlingsforløb.

Det er desuden oplagt, at almen praksis i højere grad henviser til forebyggelsescentrenes korte rådgivende samtale om alkohol, eller at lægen ligefrem selv varetager samtalen. Størstedelen af københavnere går til lægen, en eller flere gange om året. Konsultationen hos lægen finder sted i et fortroligt rum, og for mange borgere udgør lægen en autoritet, som man lytter til. Det giver den praktiserende læge en unik mulighed for at varetage en kort rådgivende samtale med borgere, der viser tegn på et storforbrug af alkohol. Denne mulighed udnyttes ikke til fulde i dag. I henhold til regionens sundhedsprofil 2013 er alkohol den sundhedsmæssige risikofaktor, som færrest københavnere har drøftet med egen læge sammenholdt med tobak, usund kost og fysisk inaktivitet.

---

<sup>20</sup> Københavns Kommune, 2014: Faglig vejledning for samtale om alkohol.

### **Åben anonym rådgivning**

Der er dokumentation for, at en åben anonym rådgivning, kan være med til at sænke forbrug og forebygge langvarig behandling. Borgeren kan komme til med det samme, når vedkommende er motiveret, eller har brug for en samtale. Rådgivningen er anonym, derfor registreres hverken navn, eller personnummer og borgeren behøver derfor ikke at frygte, at vedkommendes arbejdsplads, eller netværk finder ud af, at vedkommende har et bekymrende forbrug. Formålet med rådgivningen er at forebygge sociale problemer og at hjælpe borgeren over øjeblikkelige vanskeligheder. På længere sigt er formålet at sætte borgeren i stand til at løse opståede problemer og nå sikkert igennem risikoperioder ved egen hjælp.

Alkoholbehandlingen har haft gode resultater med at bruge anonym rådgivning i gruppeforløb. Det samme har tilbuddene til børn fra familier med alkoholproblemer og tilbuddene til unge med misbrugsproblemer. *De Drikker Derhjemme* har blandt andet en telefonlinje, hvor børn fra familier med misbrugsproblemer kan ringe ind og få rådgivning. *De Drikker Derhjemme* involverer familien i samtaler med barnet og den unge og skaber indirekte motivationsarbejde hos forælderen med alkohol-, eller stofproblemer.

### **Tidlig opsporing og indsats overfor børn og unge ift. rusmidler**

For at forebygge at forbrug af rusmidler eskaleres samt at forbruget får negativ effekt på relationer med familie, venner, andet netværk, tilknytning til skole/job, er det vigtigt at have en tidlig opsporing og indsats overfor børn og unge. Kommunen arbejder ud fra et mål om at benytte den mindst muligt indgribende indsats først. En tidlig og bred forebyggende indsats på skoler, rettet mod den københavnske ungdoms brug af rusmidler, kan på længere sigt modvirke indskrivning på misbrugsbehandlingsforløb og at den unge fjerner sig fra normalsamfundet.

Det er et vigtigt element i kommunens indsats hos både *U-Turn* og *De Drikker Derhjemme*, at barnet og den unge kan få en rådgivende samtale med det samme, mens de er motiverede. Derudover arbejder Københavns Kommune med en helhedsorienteret tilgang til behandlingen af unge med misbrugsproblemer ud fra devisen, at man ikke kan løse et rusmiddelproblem isoleret. Der skal tages hånd om uddannelse, sundhed, bolig, job, sociale fællesskaber og inddragelse af familie og netværk. Indsatserne skal være fleksible, og medarbejderne skal arbejde med hele den unges livssituation og kunne hjælpe den unge med de problemer, den unge er fyldt op af og har motivation for at løse. Det betyder dels, at de unge medinddrages i tilrettelæggelsen og indholdet i deres rådgivnings- og behandlingsforløb og dels, at det tilstræbes at inddrage de unges familie og netværk samt relevante samarbejdspartnere for at sikre et sammenhængende, meningsfuldt og helhedsorienteret forløb.

Det er nødvendigt, at rusmiddelproblemer løses så tæt på almensamfundet som muligt. Indsatsen kan eksempelvis foregå lokalt på uddannelsesinstitutioner og i samarbejde med pædagoger, lærere og UU-vejleder, som møder den unge i hverdagen. Jo bedre det lykkedes at klæde de lokale aktører og frontmedarbejdere på,

jo større er sandsynligheden for at indfri målene om mindst mulig indgriben og tidlig indsats.

Familiebehandling og inddragelse af forældre eller andre familiemedlemmer har internationalt den bedst dokumenterede effekt ved forebyggelse og behandling for unge med rusmiddelproblemer<sup>21</sup>. Derudover er forankring i beskæftigelse, eller uddannelse et af de elementer, som virker bedst forebyggende overfor tilbagefald blandt unge med tidligere misbrugsproblemer. Der er evidens for, at familie- og netværksinddragelse både understøtter den unge i forhold til reduktion af misbrug og samtidig fastholder den unge i beskæftigelse eller uddannelse.

### **Rådgivning og behandling ift. alkohol og stoffer**

De fleste undersøgelser peger på, at tilbuddene i kommunen skal være synlige og let tilgængelige for alle målgrupper, og at ændringer i misbrugsmønstret eller ændrede holdninger til stofbrug i samfundet bør følges af aktiviteter, der sikrer, at der er tilgængelig viden om rådgivnings- og behandlingsmuligheder til stede for at sikre en så tidlig og relevant indsats som mulig.

Der er god evidens for effekten af alkoholbehandling målrettet personer med et skadeligt eller et afhængigt forbrug. Elementerne i en kvalificeret behandling består af afrusning, udredning, farmakologisk behandling, motiverende samtale, psykosocial behandling, familiebehandling og dobbeltfokuseret behandling af personer med såvel afhængighed som en psykisk problematik<sup>22</sup>.

På nuværende tidspunkt går der i gennemsnit 10 år inden en borger kommer i behandling for et misbrug. Det kan i varierende grad skyldes manglende problemerkendelse hos borgeren, manglende tidlig opsporing i kommunalt og regionalt regi samt manglende synlighed omkring rådgivnings- og behandlingstilbuddene i kommunen. En kvalificeret forebyggelses- og behandlingsindsats på alkoholområdet kan opnås ved, at der samarbejdes på tværs i kommunen og på tværs af sektorer.

Substitutionsbehandling har en betydelig effekt, når det gælder reduktion af illegalt misbrug, kriminalitet og risikoadfærd blandt opioidafhængige, mens effekten på social rehabilitering er mere tvivlsom. Der findes ingen virksom farmakologisk behandling i forhold til hash- og kokainmisbrug.

De samme psykosociale metoder som er virksomme ved et alkoholmisbrug er virksomme i forhold til stofmisbrug. Behandlingsregi synes ikke at spille en rolle, ambulante behandling er lige så virksom som døgnbehandling<sup>23</sup>. Der er på europæisk plan flere forskningsaktiviteter igangsat, som afprøver forskellige former for

<sup>21</sup> Vind, Leif og Katrine Finke (2006): Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer, Center for Rusmiddelforskning.

<sup>22</sup> Sundhedsstyrelsen, 2008: Kvalitet i alkoholbehandling.

<sup>23</sup> Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug. Narkotikasituationen i Europa. Årsberetning 2009.

substitutionsmedicin til reduktion af trang i forbindelse med kokain- og amfetaminmisbrug, og den mest effektfulde behandling, der indtil nu er evidens for, er den psykosociale behandling<sup>24</sup>.

Uanset type af misbrug er en ordentlig udredning af misbruget og evt. samtidige somatiske og psykiske helbredstilstande afgørende for behandlingsresultatet. Det er vigtigt, at brugerne kan tilbydes flere forskellige tilbud, at behandlingen kan individualiseres og differentieres og er struktureret samt at der lægges behandlingsplaner, og at disse løbende revideres.

### **Øvrige tiltag målrettet institutioner og arbejdspladser**

Der findes en række andre tilgange og indsats, der er positiv effekt af, men hvor der ikke i samme omfang er evidens for effekten. Det drejer sig om alkoholpolitikker på arbejdspladser, på uddannelsesinstitutioner og i sportsklubber med henblik på at begrænse tilgængeligheden af alkohol og sikre kvalificering af nøglepersoner med henblik på tidlig indsats og eventuel henvisning til rådgivning eller behandling. I henhold til Sundhedsstyrelsen har en indsats på arbejdspladsen overfor alkoholproblemer meget store chancer for at give gode resultater. Der er 63 %, der gennemfører et alkoholbehandlingsforløb, når arbejdspladsen har henvist til behandlingen, mens kun 19 % gennemfører behandlingsforløbet, når skadeskue eller lignende har henvist til behandlingen<sup>25</sup>.

Skoleundervisning og kampagner har ikke i sig selv en dokumenteret effekt, men undervisning og information er en vigtig kilde til viden, der er et centralt afsæt i en adfærdsændringsproces. I tilknytning hertil har forældreuddannelse vist sig effektivt i forhold til at forebygge brug af stoffer blandt unge. Forældreuddannelsen har fokus på relationen mellem forældre og børn, viden om barnets mentale og fysiske sundhed, familiens sundhed og trivsel samt forældrenes position som rollemodeller.

Generelt opnås den største effekt af det forebyggende og behandlende arbejde, når der samtidigt arbejdes på forskellige niveauer med flere forskellige tilgange og indsats herunder kobling til regionale og nationale tiltag<sup>26</sup>.

---

<sup>24</sup> Socialforvaltningen, 2010: Udredning af misbrugsområdet.

<sup>25</sup> Sundhedsstyrelsen, 2008: Fokus på alkohol – alkoholpolitik og alkoholproblemer på arbejdspladsen.

<sup>26</sup> Sundhedsstyrelsen, 2012: Forebyggelsespakke Alkohol. Sundhedsstyrelsen 2008.





## Videnspapir om psykisk sundhed

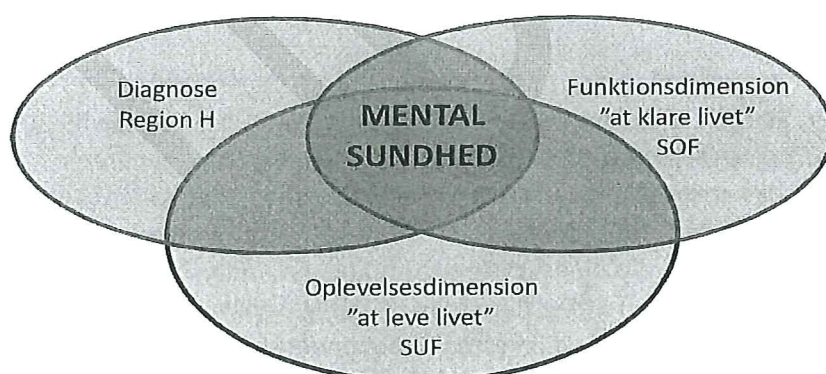
Dette videnspapir beskriver begrebet psykisk sundhed, hvilke faktorer der henholdsvis fremmer og hæmmer psykisk sundhed samt giver bud på hvilke indsatser der kan være virksomme.

I videnspapiret præsenteres en bred vifte af mulige indsatser og fokusområder, mens udkastet til handleplanen om psykisk sundhed 2015-2018 har udvalgt prioriterede indsatsområder for de kommende fire år. Videnspapiret kan således læses som baggrundsnotat til handleplanen med det formål at få uddybet prioriteringerne i handleplanen. Samtidig giver videnspapiret anledning til at invitere til dialog med de øvrige forvaltninger og andre interessenter om indsatsen på området.

Indsatser målrettet bedre psykisk sundhed er væsentlige for, at Københavns Kommune kan indfri sine sundhedspolitiske mål om, at københavnere skal leve længere, med bedre livskvalitet og med lige muligheder for et langt og sundt liv.

### Begrebet mental sundhed

Ifølge WHO's definition er mental sundhed en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i sociale fællesskaber med andre.<sup>1</sup> Mental sundhed kan siges at bestå af en oplevelsesdimension, som handler om at opleve at have det godt med sig selv og sit liv, og en funktionsdimension, der handler om at *fungere* godt i sin dagligdag og i samspil med andre. Man kan således godt have god mental sundhed selvom man er syg, og dårlig mental sundhed selvom man er rask. Begrebet dækker således over et bredt spektrum af tilstande; fra ingen eller få problemer over dårligt humør og varierende grader af stress til angst, depression, psykoser, skizofreni og lign. Nogle mennesker oplever psykiske problemer på afgrænsede tidspunkter i livet, mens andre fra en tidlig alder diagnosticeres med psykiske lidelser, der i visse tilfælde følger dem resten af livet. Dette er vist i figuren nedenfor:<sup>2</sup>



**Oplevelsesdimensionen** handler om at individet oplever at have det godt, er overvejende glad, i godt humør og tilfreds med livet, også selvom der er udfordringer.

**Funktionsdimensionen** knytter sig til at kunne klare dagligdags gøremål, som fx at købe ind, lave mad, gå på arbejde eller i skole, indgå i sociale relationer og at kunne håndtere de forskellige udfordringer, som hverdagslivet kan byde på.

Det er *Regionens* ansvar at undersøge, diagnosticere og behandle psykiske sygdomme.

En mindre gruppe af de mennesker, der får en psykiatrisk diagnose vil ud over behandling have behov for hjælp og støtte til at håndtere en række sociale problemer eller funktionsnedsættelser,

de har fået som følge af deres sygdom. *Socialforvaltningen* tilbyder med afsæt i Serviceloven social støtte i form af botilbud, aktivitets- og væresteder samt hjemmevejledere.

Kommunerne har med Sundhedslovens § 119 også hovedansvaret for at skabe sunde rammer og etablere forebyggende tilbud for borgerne, og herunder at fremme den psykiske sundhed og derigennem forebygge psykisk sygdom eller forebygge et funktionstab via tidlig indsats. Dette ansvar er forankret i *Sundheds- og Omsorgsforvaltningen*, der ligeledes har ansvar for at fremme den fysiske sundhed hos borgere med psykisk sårbarhed.

En væsentlig præmis for at forebygge psykiske sygdomme er, at indsatserne finder sted tæt på borgerne og dér, hvor de lever deres liv – i familien, i daginstitutioner, i skolen, på arbejdspladser og på plejehjem. En tidlig og forebyggende indsats må derfor nødvendigvis foregå i tæt samarbejde med kommunens *øvrige forvaltninger*, ligesom interesseorganisationer, patientforeninger samt det *øvrige civilsamfund* er væsentlige parter.

I og med de forskellige dimensioner overlapper hinanden vil der også i praksis være et overlap mellem indsatser, og det vil være et fælles ansvar at sikre den mest hensigtsmæssige opgaveløsning. Den kommende sundhedsaftale mellem Region og kommuner vil være et redskab til at sikre det, ligesom det forløbsprogram for psykiske lidelser, som Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen er ved at udarbejde, forventes at kunne bruges som guide.

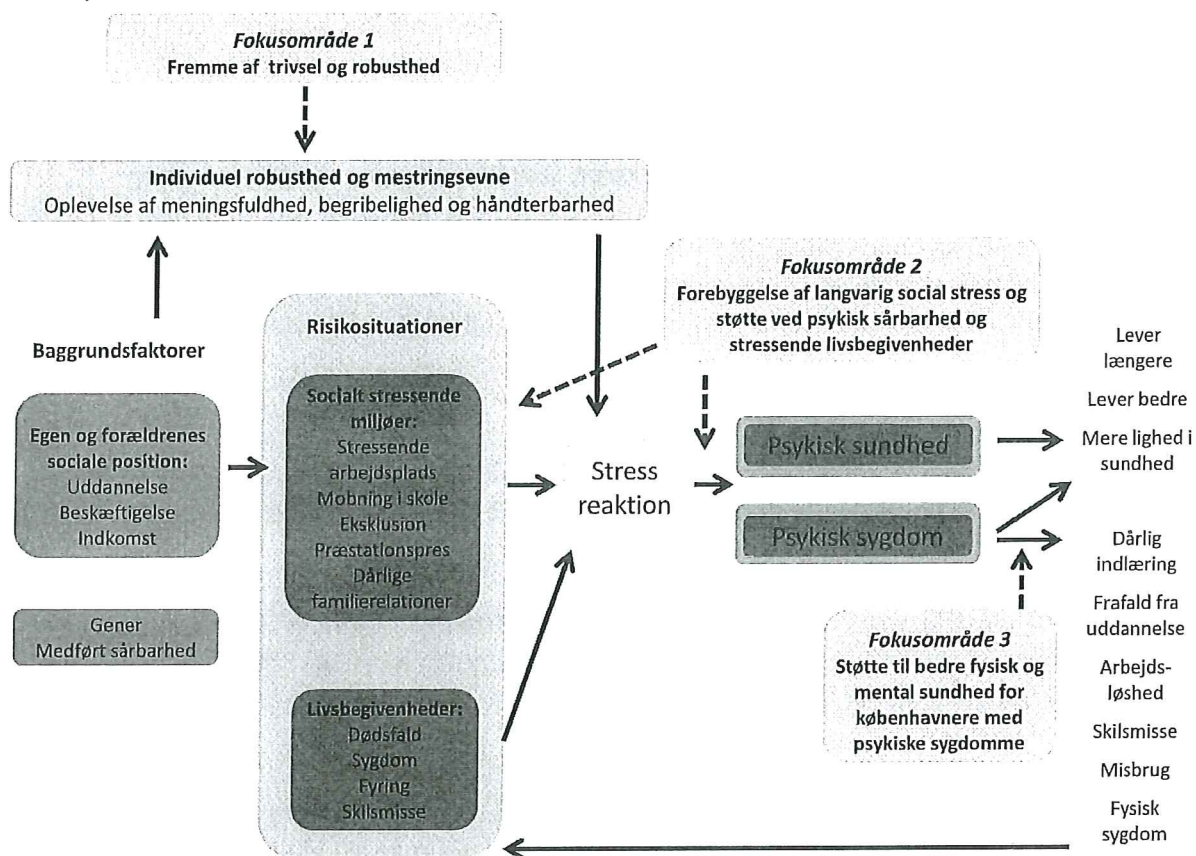
### **Situationen i København**

Et godt psykisk helbred har både værdi *i sig selv* og er samtidig *et middel*. Vores psykiske sundhed er én ressource, som sætter os i stand til at udnytte vores potentialer og deltage aktivt i det sociale liv, i uddannelse og på arbejdsmarkedet. For samfundet bidrager god psykisk sundhed til velstand, solidaritet og social retfærdighed. Dårlig psykisk sundhed kan til gengæld resultere i omkostninger og tab for den enkelte og samfundet i form af familieproblemer, dårlig indlæring, frafald fra uddannelse, sygemeldinger, arbejdsløshed og tidlig død.<sup>3,4</sup> Hvis københavnere skal leve længere med god livskvalitet er det derfor nødvendigt at sætte fokus på københavnernes psykiske sundhed.

Mange københavnere er desværre påvirket af stress, mistrivsel og psykiske sygdomme i dagligdagen. Undersøgelser viser, at 13 % af københavnere har dårlig mentalt helbred, og 85.000 københavnere oplever symptomer på psykisk sygdom i løbet af et år. Mange københavnere er også stressede, og tallene viser, at der er social ulighed i den psykiske sundhed, idet københavnere med lav uddannelse og uden for arbejdsmarkedet i særlig grad oplever at være stressede.<sup>5</sup> Også en del børn og unge mistrives og risikerer at udvikle psykiske sygdomme. En undersøgelse viser, at 20 % af børn og unge mellem 11-15 år oplever tre eller flere tegn på dårlig psykisk sundhed i deres daglige liv. Der er en større andel af børn og unge i de laveste socioøkonomiske grupper, som har en lav livstilfredshed og andelen af 11-15-årige børn, som har en høj livstilfredshed, har været faldende de sidste 10 år.<sup>6</sup> Endelig er det foruroligende viden, at mennesker med psykiske lidelser i gennemsnit lever 15-20 år kortere end andre befolkningsgrupper.<sup>7</sup>

Nedenstående figur viser de tre fokusområder, hvor der kan iværksættes indsatser for at fremme københavnernes psykiske sundhed. Efter figuren er de tre fokusområder beskrevet nærmere, og

afslutningsvist er en vifte af konkrete indsatser oplistet som inspiration til en udbygning af handleplanen.



### Fokusområde 1 - Bedre trivsel og mere robusthed

- ❖ Op mod 20 % skolebørn oplever flere trivselsproblemer i hverdagen.
- ❖ 13 % af voksne københavnere har et dårligt mentalt helbred

#### Robusthed og mestring

Den enkeltes oplevelse af at trives og følelse af robusthed har betydning for, hvordan livets udfordringer tackles og beskytter mod udvikling af psykiske sygdomme.

Robusthed og mestringsevne opbygges i høj grad gennem barndommen i tæt samspil med ens familie. Familier kan udvikle konstruktive eller destruktive mestringsstrategier, som har betydning for, hvordan problemer og udfordringer håndteres.

Robusthed på et psykologisk plan hænger tæt sammen med, om den enkelte oplever livet som meningsfuldt. At have et meningsfuldt liv er helt centralt for menneskers trivsel, da det giver lysten til at handle, finde løsninger og skaber håb – også i svære livssituationer. Robustheden er også påvirket af, om den enkelte føler sig i stand til at forstå sin egen livssituation og kan se, hvor

livet bevæger sig hen, samt om der er balance mellem krav og belastninger på den ene side og ressourcer på den anden. Hvis balancen er i orden, er forudsætningerne tilstede for at honorere kravene og mestre situationen.<sup>8,9</sup> Med ressourcer menes den enkeltes kompetencer i form af personlige egenskaber, viden og kundskaber samt den sociale støtte fra omgivelserne.

Mestring og robusthed i livet er også i høj grad præget af den sociale støtte, man oplever at få fra ens familie og venner, de lokale miljøer som skoler, sportsforeninger, arbejdspladser og aktivitetscentre, man indgår i, samt den generelle støtte man får fra det samfund, man er en del af.<sup>10</sup> Også for børn og unge er fortrolige kontakter til voksne og jævnaldrende en forudsætning for at trives.<sup>11</sup> Selvom vi i dag lever i et netværkssamfund, hvor man kan chatte på nettet og på Facebook have hundredvis af venner, har andelen af unge der føler sig ensomme aldrig været større.<sup>12</sup>

Der er social ulighed i københavnernes psykiske sundhed. Således har københavnere med dårlige livsvilkår og mere begrænsede livsmuligheder større risiko for at opleve stress og have et dårligt psykisk helbred end andre. Dette præger også børnene at vokse op i familier med social stress og kan præge deres udvikling af sårbarhed.

Robusthed og mestringsevne fremmes gennem social støtte og opbygning af den enkeltes og grupperes følelse af mening, forståelse og kompetencer gennem hele livet i den familie, de netværk og de miljøer, som de indgår i.

### **Kultur, natur og arkitektur**

Kultur, natur og sundhedsfremmende arkitektur har også en positiv virkning på trivsel og den psykiske sundhed. Mennesker trives og udvikles gennem kulturelle aktiviteter som litteratur, musik, teater og billedkunst. Naturen har også en positiv indflydelse på, om vi trives. Jo tættere vi bor på et grønt område, og jo længere tid vi bruger i det grønne, des mindre stressede er vi. Naturen spiller også en vigtig rolle for mennesker, der er syge, fx trives ældre mennesker og patienter med grøn udsigt bedre, og terapihaver kan bruges i behandlingen af mennesker med stress, depression og demens.

Andre faktorer, som er knyttet til storbylivet, såsom boligområdets indretning, oplevelsen af tryk og tryghed, støjgener og forurening har også en stor indvirkning på menneskers trivsel og psykiske sundhed. Og der er ofte social ulighed forbundet med belastningen af disse faktorer.

Indretning af kommunens rammer og tilbud til sunde og raske skal baseres på kendt viden om naturens, kulturens, og arkitekturens betydning for menneskers trivsel og psykiske sundhed

### **Sunde vaner**

Krop og psyke hænger tæt sammen, og kroppen er en ressource for den enkeltes psykiske overskud.

Fysisk aktivitet har mange positive effekter på både det fysiske og psykiske helbred, mens rygning, brug af hash og andre stoffer samt et for højt alkoholforbrug har en negativ indflydelse på trivsel.

Søvn har også en stor betydning for menneskers trivsel. Mange københavnere – og særligt børn og unge sover for lidt og er ofte trætte, når de skal i skole.<sup>13</sup> Også for voksne og ældre har søvnen en stor betydning. God søvn hænger sammen med sunde vaner, god livsrytme og oplevelsen af sammenhæng.

For at styrke københavnernes psykiske sundhed skal der fortsat arbejdes med at skabe rammer og tilbud, der understøtter københavnere i at opbygge og fastholde sunde vaner.

## Fokusområde 2 - Mindre stress og mere støtte

- ❖ 23 % af københavnere er stressede
- ❖ 6 % af de ældre skolebørn er blevet mobbet mindst et par gange om måneden
- ❖ 53 % af langtidssygemeldte og 37 % af arbejdsløse er stressede
- ❖ Omkring 10-14 % af alle mødre og 7 % af alle fædre udvikler en fødselsdepression

Stress er et stigende folkesundhedsproblem, og andelen af københavnere, der oplever stress, er høj. Stress er ikke en sygdom i sig selv, men kan udløse forskellige sygdomme. Stress forårsages af en belastning, som individet kan have vanskeligt ved at håndtere. Tilstanden er karakteriseret ved ulyst og anspændthed. Hvis belastningen er langvarig kan det have stor betydning for individet både fysisk og psykisk. Symptomer på stress kan være *fysiske* fx hovedpine og hjertebanken, *psykiske* fx angst og koncentrationsbesvær eller *adfærdsmæssige* fx søvnløshed og lav selvfølelse.<sup>14,15</sup>

En stresspåvirkning kan være kortvarig eller langvarig. Kortvarig, akut stress oplever vi, når vi presses af en situation, og kroppen bringes i alarmberedskab. Kortvarig stress er noget, vi alle oplever og er ikke skadelig. Den langvarige stress opstår, når de situationer, der stresser os, ikke forsvinder eller bliver håndteret, men fortsætter i længere perioder. Når kroppen er i konstant beredskab, bliver det skadeligt for os.<sup>16</sup>

Menneskers psykiske sundhed kan belastes, hvis de udsættes for social stress og pludselig stressende livsbegivenheder. Den sociale stressbelastning handler om den stress, individet kan udsættes for gennem dets relationer til andre og kan eksempelvis handle om social eksklusion, mens en stressende livsbegivenhed kan være et dødsfald i den nære familie.

Københavns Kommune vil forebygge langvarig social stress særligt blandt børn og sikre støtte til københavnere i forbindelse med stressende livsbegivenheder. Stress kan udvikle sig til psykisk sygdom, hvis den enkelte er sårbar, eller den fornødne støtte mangler.

### Forebyggelse af langvarig social stress

Nogle mennesker fødes med en særlig sårbarhed. Andre udvikler en særlig sårbarhed tidligt i livet, fordi de gennem længere tid udsættes for social stress fra det miljø, de er en del af fx dårlige familieforhold, fattigdom, mobning i skolen, social eksklusion, ensomhed eller et stressende

arbejds miljø. Psykisk sårbarhed øger risikoen for at udvikle psykisk sygdom, og særligt forhold i barndommen kan få stor betydning for den enkeltes trivsel og mestring også som voksen.

Den tidlige tilknytning til forældrene i barnets første leveår er afgørende for udvikling af sårbarhed for psykisk sygdom.<sup>17</sup> Forstyrrelser i forældre-barn interaktionen, mens barnet er spædt, kan forudsige psykiske lidelser hos barnet på et senere tidspunkt.<sup>18</sup> Fødselsdepression og efterfødselsreaktioner er hyppige komplikationer til graviditet og fødsel for både mødre og fædre. Ubehandlede fødselsdepressioner og efterfødselsreaktioner kan også få negative konsekvenser for barnets trivsel og udvikling.<sup>19</sup>

For skolebørn og unge er mangel på sociale relationer og fortrolige kontakter til voksne og jævnaldrende, ensomhed, mobning, at føle sig udenfor og arbejdspress i skolen dominerende risikofaktorer for mistrivsel.<sup>20,21</sup> Symptomer på mistrivsel hos børn og unge er blandt andet hovedpine, mavepine, søvnløshed og nervøsitet.<sup>22</sup> Dårlig psykisk sundhed i barndommen og ungdommen kan få alvorlige konsekvenser i form af dårlig indlæring, isolation, fravær, frafald fra uddannelse, psykisk sygdom samt selvskadende og selvmordstruende adfærd.<sup>23</sup> Psykisk mistrivsel i barndom og ungdom trækker lange spor ind i voksenlivet med forhøjet risiko for mistrivsel som voksen.<sup>24</sup>

Det er vigtigt at forebygge, at københavnere i alle aldre - men særligt børn og unge - udsættes for langvarig social stress i deres familier og de miljøer, der danner rammen om deres hverdag.

### **Mere støtte ved stressende livsbegivenheder**

Pludselig stressende livsbegivenheder kan også bringe livet så meget ud af sammenhæng, at det kan være svært at finde løsninger på situationen, og risikoen for stress og mistrivsel stiger. I den forbindelse er den enkeltes robusthed afgørende for håndtering af situationen. Livsbegivenheder rammer ofte både den enkelte og de nærmeste pårørende som forældre, børn og partner. Hos børn er stressende livsbegivenheder fx alvorlig sygdom i familien, tab af forælder, forældrenes skilsmisse og psykisk sygdom hos forældre eller søskende. Hos voksne kan stressende livsbegivenheder være tab af job, skilsmisse, ulykke, handicap, kronisk sygdom eller psykisk sygdom hos en selv, ens barn eller ægtefælle. Ældrelivet er også ofte forbundet med mange tab, der kan være stressende, som ægtefællés død, kronisk sygdom, tab af funktionsevne, tab af netværk og flytning fra egen bolig.

Længerevarende situationer med stress påvirker den enkeltes helbred og øger risikoen for hjertekarsygdomme, blodprop og blødning i hjernen, angst, depression og for tidlig død. Også den enkeltes overskud til at tage sig af sig selv og andre påvirkes ved længerevarende stress. Hvis livet er ude af balance, og man mistrives, er der større sandsynlighed for en risikobetonet livsstil, hvor man sover dårligt, måltiderne bliver hurtige nødløsninger og forbruget af tobak, alkohol, hash og evt. piller stiger. Disse faktorer har stor indflydelse på risikoen for at udvikle sygdomme, ligesom dårlig trivsel og uhensigtsmæssige vaner som et højt alkohol- eller hashforbrug kan have en negativ indvirkning på familien.

Længerevarende stress kan også få sociale konsekvenser i form af frafald fra uddannelse, tab af netværk, skilsmisse, sygemelding, tab af job og langvarig arbejdsløshed. Faktorer som vil forværre stresstilstanden og samtidig forøge risikoen for udvikling af fysisk og psykisk sygdom.

Støtte i forbindelse med stressende livsbegivenheder relateret til familie, uddannelse, arbejdsliv eller alderdom kan forebygge længerevarende stress og udvikling af psykisk sygdom. Børn, der udsættes for stressende livsbegivenheder, skal have en helt særlig opmærksomhed.

### Fokusområde 3 - Bedre fysisk og mental sundhed ved psykisk sygdom

- ❖ 12 % af danske børn har en psykisk sygdom.
- ❖ Mere end hver tiende ung oplever at have psykiske problemer.
- ❖ 80.000 børn og unge i Danmark vokser op i familier med psykisk sygdom.
- ❖ 5 % af alle voksne lider af angst, depression eller en anden psykisk lidelse

#### Tidligere opsporing af psykiske sygdomme

Psykiske lidelser opdages ofte for sent, og først når problemerne har medført frafald uddannelse, sygemelding på arbejdspladsen, begrænsede sociale relationer og forringet livskvalitet. Det er vigtigt, at der sker tidligere opsporing og indsats dér, hvor københavnere lever - i familien, i daginstitutioner, på skoler, på arbejdspladser og plejehjem. Også de praktiserende læger er vigtige for den tidlige opsporing og indsats.<sup>25</sup>

Tegn på psykiske forstyrrelser kan opdages i barnets første leveår, hvilket giver mulighed for at sætte tidligt ind med støtte til barn og forældre, så sygdomsudviklingen forbedres og risikoen for følgevirkninger mindskes.<sup>26</sup> Sundhedsplejen, lærere og pædagoger, som møder børn og unge i deres hverdag skal være klædt på til at genkende tegn på psykisk sårbarhed og sygdom, så børn med en psykisk sygdom får så tidlig udredning og behandling som mulig.

Depression er udbredt blandt ældre men er ofte udiagnosticerede. Mange ældre søger ikke selv læge, og hvis de henvender sig hos lægen, kan depressionen blive overset, idet symptomerne er anderledes end hos yngre mennesker<sup>27,28</sup>. Det er derfor vigtigt, at der mere systematisk er fokus på opsporing af depressioner blandt ældre.

En systematisk opsporing i kommunens indsatser og arenaer af tegn på psykiske sygdomme kan sikre en tidlig indsats og negative konsekvenser ved psykisk sygdom.

#### Bedre behandling og støtte til hverdagsmestring

Børn og unge med psykisk sygdom skal behandles på baggrund af bedste viden på området, og ventetid skal så vidt muligt undgås. Børn, der får en psykisk diagnose, skal behandles og sammen med deres familier støttes til at komme sig over sygdommen eller leve bedst muligt med den.

Nogle psykiske sygdomme er blevet anset for at være kroniske. Det perspektiv har ændret sig de seneste år, idet flere kommer sig. Det er væsentligt, at mennesker med psykiske sygdomme ikke

generelt betragtes som kronisk syge, da det virker stigmatiserende og frarøver håbet om en bedre tilværelse. Undersøgelser viser, at det er muligt at komme sig fra en psykisk lidelse, også selvom der er tale om svær psykisk sygdom. Der er derfor behov for at arbejde ud fra en recovery tilgang i forhold til mennesker med psykiske sygdomme både regionalt og i kommunen.<sup>29</sup> Med recovery-understøttende indsatser kan mennesker støttes til at udvikle egenmestring af sin sygdom.

Sygdomsbehandlingen bør ikke kun tage sig af de fysiske symptomer og årsager til sygdommen men også have fokus på de psykiske udfordringer. Der er en klar sammenhæng mellem psykisk sygdom og dårlig mental sundhed. Det er derfor vigtigt at støtte københavnere med psykiske sygdomme i at forbedre deres mestringsevne, kompetencer og sociale relationer.

Københavnere med psykiske sygdomme skal behandles på baggrund af bedste viden på området og målrettet støttes til recovery og et hverdagsliv med god mental sundhed.

### **Mere involvering og deltagelse**

At mennesker med sygdom aktivt involveres i deres forløb er afgørende for en vellykket indsats og muligheden for at komme sig. Der er også gode erfaringer med at inddrage mennesker, som selv har erfaring med psykisk sygdom og behandling i udvikling og drift af indsatser. De kan fungere som sparringspartnere og rollemodeller og være med til at fremme oplevelsen af håndterbarhed og håb.

37 % af befolkningen opfatter sig selv som pårørende til en person med en psykisk sygdom. Børn, voksne og ældre, der er pårørende til et menneske med en psykisk sygdom, er i risiko for at mistrives og udvikle psykiske sygdomme. Risikoen for selv at udvikle en psykisk sygdom, er større for børn og unge, der vokser op i familier med psykisk sygdom. Faktisk er det op imod halvdelen af børn, der vokser op i familier med psykisk sygdom, der selv får psykiske problemer senere i livet.<sup>30</sup>

Samtidig er pårørende en vigtig ressource for de mennesker, der har en psykisk sygdom, og manglende involvering af de pårørende kan resultere i, at relationen lider stor skade eller går helt i stykker. Det er derfor af stor betydning, at pårørende inddrages i behandling og rehabilitering.

Værdier som selvbestemmelse, inddragelse, inklusion og deltagelse skal være fundamentet for tilbud til københavnere med psykiske lidelser og deres pårørende. Der skal være en særlig opmærksomhed på børn, der er pårørende.

### **Bedre fysisk sundhed ved psykisk sygdom**

Mennesker med svære psykiske lidelser dør i gennemsnit 15-20 år tidligere end resten af befolkningen<sup>31</sup>. Den store overdødelighed skyldes usund livsstil og livsstilssygdomme, senere opsporing af somatisk sygdom, medicinbivirkninger og flere selvmord. Der er derfor behov for målrettet støtte til københavnere med psykiske lidelser til at opnå og fastholde sunde vaner og regelmæssige helbredstjek for at opspore somatiske sygdomme.

Mennesker med svære psykiske lidelser kan modtage medicinsk behandling fra hospital, praktiserende læge og speciallæger, og der kan være bivirkninger forbundet med medicinen som kvalme, træthed, vægtøgning og søvnforstyrrelser. Det er derfor vigtigt, at medicinen



regelmæssigt gennemgås, så doseringen passer til helbredstilstanden og bivirkninger så vidt muligt undgås.

Fokus på systematiske helbredstjek og medicingennemgang samt støtte til at forandre og fastholde livsstilsvaner kan være med til at forbedre levealderen og den fysiske sundhed for københavnere med psykiske sygdomme.

### **Mere rummelighed og inklusion**

Stigmatisering og angsten for at blive stigmatiseret på grund af psykisk sårbarhed kan betyde, at psykiske sygdomme opdages for sent, og at den rette behandling og støtte ikke iværksættes i tide.<sup>32</sup> Det er derfor vigtigt med en målrettet indsats for at aftabuisere og afstigmatisere psykisk sygdom.

Undersøgelser viser, at mange er betænkelige ved at arbejde sammen med en kollega, der har en psykisk sygdom, og næsten hver tredje med psykisk sygdom oplever negativ forskelsbehandling fra personalet i psykiatrien og i den sociale indsats fra kommunerne.<sup>33</sup>

Mennesker med psykiske sygdomme skal opleve frontmedarbejdere, der har forståelse for mennesker med psykisk sårbarhed samt arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner, der tager et medansvar for at afstigmatisere psykiske lidelser og skabe rummelige miljøer. I forhold til unge viser erfaringer også, at det er vigtigt at tale om sårbarhed og psykisk sygdom, så det bliver afmystificeret og aftabuiseret. Jo mere de unge ved om psykisk sårbarhed, jo bedre kan man forebygge mistro og psykisk sygdom.

Viden om psykiske sygdomme og psykisk sårbarhed hos ledere og medarbejdere på skoler, uddannelsesinstitutioner, jobcentre og arbejdspladser kan være med til at afstigmatisere og aftabuisere psykiske sygdomme. Københavns Kommune har mulighed for at gå helt i front som en rummelig arbejdsplads som godt eksempel overfor andre offentlige og private arbejdspladser.

### **Styrket sammenhæng og partnerskaber**

Mennesker med psykiske lidelser kan have mange kontakter med systemet på tværs af sektorer og forvaltningsområder. Det kalder på samarbejde og koordinering i den tværgående indsats. Hvis ikke, der er et tilstrækkeligt tværgående samarbejde, vil ansvaret for koordineringen blive placeret hos den enkelte, som i mange tilfælde er sårbar og derfor er i risiko for at falde igennem systemet.

Et område, der påkræver et særligt samarbejde mellem kommunen og psykiatrien, er behandling af københavnere med samtidigt misbrug og psykisk sygdom<sup>34</sup>. Når københavnere stopper deres misbrug efter vellykket misbrugsbehandling, er der også behov for et efterværn, som kan støtte den enkelte i at opbygge en ny og meningsfuld hverdag med nyt indhold, job, bopæl og støttende relationer.<sup>35</sup>

For at kunne støtte sårbare københavnere er det vigtigt med et stærkt tværgående samarbejde mellem kommunens forvaltninger, regionen, almen praksis og civilsamfundet. Der er behov for et særligt fokus på københavnere med samtidig psykisk sygdom og misbrug.

---

## Referencer

- <sup>1</sup> Se fx Sundhedsstyrelsen (2008)
- <sup>2</sup> Thybo, P, 2014: "Det Dobbelte KRAM" Et salutogent arbejdsgrundlag for temagruppen om Mental Sundhed i Sund By Netværket. Sundby Netværket.
- <sup>3</sup> Sundhedsstyrelsen, 2012: Forebyggelsespakke om mental sundhed
- <sup>4</sup> Christensen m. fl., 2010: Mental sundhed blandt voksne danskere – Analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005. Sundhedsstyrelsen.
- <sup>5</sup> Region Hovedstaden og Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed: Sundhedsprofil for region og kommuner 2013.
- <sup>6</sup> Børn og unges mentale sundhed, Vidensråd for forebyggelse 2014.
- <sup>7</sup> Sundhedsstyrelsen, 2012: Forebyggelsespakke om mental sundhed.
- <sup>8</sup> Thybo, 2014: "Det Dobbelte KRAM" Et salutogent arbejdsgrundlag for temagruppen om Mental Sundhed i Sund By Netværket. Sundby Netværket.
- <sup>9</sup> Amundsen, 2013: Livet skal hænge sammen. Psykiatrifonden.
- <sup>10</sup> Christensen m. fl., 2010: Mental sundhed blandt voksne danskere – Analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005. Sundhedsstyrelsen.
- <sup>11</sup> [http://www.si-folkesundhed.dk/upload/hbsc-fakta\\_52.fortrolig\\_kontakt\\_med\\_foraelldre.pdf](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/hbsc-fakta_52.fortrolig_kontakt_med_foraelldre.pdf)
- Due P, Rasmussen M, red. Skolebørnsundersøgelsen 2010. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2011.
- <sup>12</sup> Madsen KR, & Lasgaard M, 2014: Ensom, men ikke alene – viden om et ungdomsproblem. I Ensom, men ikke alene – en antologi om unge og ensomhed. Oedersen KL, eds. Ventilen. København.
- <sup>13</sup> Skolebørnsundersøgelsen 2010
- <sup>14</sup> Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007
- <sup>15</sup> Den nationale sundhedsprofil 2013
- <sup>16</sup> Videnscenter for arbejdsmiljø
- <sup>17</sup> Psyk.fonden: Barndommens betydning
- <sup>18</sup> Skovgaard 2010, Elberling et al. 2010
- <sup>19</sup> [http://www.si-folkesundhed.dk/upload/sundhed\\_blandt\\_b%C3%B8rn\\_i\\_region\\_hovedstaden.pdf](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/sundhed_blandt_b%C3%B8rn_i_region_hovedstaden.pdf)
- <sup>20</sup> Sundhedsstyrelsen: Psykisk mistrivsel blandt de 11-15-årige
- <sup>21</sup> Psykiatrifonden: Støtte til sårbare elever.
- <sup>22</sup> Due P, Rasmussen M, red. Skolebørnsundersøgelsen 2010. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2011.
- <sup>23</sup> Kessler RC, Avenevoli S, Merikangas KR. The unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in children and adolescents. Mood disorders in children and adolescents: An epidemiological perspective. *Biol Psychiatry* 2001; 49: 1002-14.
- Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Adolescent health 3. Mental health of young people: a global public health challenge. *Lancet* 2007; 369: 1302-13.
- <sup>24</sup> Psykisk mistrivsel blandt de 11-15-årige, SST, p.64
- <sup>25</sup> Regeringen, 2014: Ligeværd – Nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.
- <sup>26</sup> Anne Mette Skovgaard
- <sup>27</sup> Nanna Schelde, 2012: Mange ældre har en uopdaget depression. *Kristeligt Dagblad*.
- <sup>28</sup> Gulmann og Lolk, 2007: Depression hos ældre. *Ugeskrift for læger* 169/16.
- <sup>29</sup> Regeringen, 2014: Ligeværd – Nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.
- <sup>30</sup> Blinkenberg S. Når børn lever sammen med psykisk syge forældre. København: Psykiatri-Fonden; 2005.
- <sup>31</sup> Sundhedsstyrelsen, 2012: Forebyggelsespakke om mental sundhed
- <sup>32</sup> Regeringen, 2014: Ligeværd – Nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.
- <sup>33</sup> Regeringen, 2014: Ligeværd – Nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.
- <sup>34</sup> Regeringen, 2014: Ligeværd – Nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

---

## Forslag til indsatser til fremme af mental sundhed i København

### SPOR 1: Bedre trivsel og mere robusthed

#### Robusthed og mestring

- Københavnske børns trivsel og robusthed styrkes ved at understøtte familier i at opbygge kompetencer, sociale relationer og mestringsstrategier til at håndtere livets udfordringer.
- Der arbejdes målrettet med fremme af børn og unges trivsel, robusthed, kompetencer og sociale relationer i daginstitutioner, skoler og på ungdomsuddannelser gennem afprøvning af nye værktøjer og undervisningsmetoder.
- Ældre københavnernes mestringsevne og robusthed fremmes gennem meningsfulde aktiviteter, understøttelse af eksistentielle tanker og værdier samt sociale relationer i aktivitetscentre, ældreboliger, på plejehjem og gennem forebyggende hjemmebesøg.
- Der sættes samfundsmæssigt fokus på den mentale sundhed og lysten til at gøre mere af det, som gør os sunde og raske.

#### Kultur, natur og arkitektur

- Børn, voksne og ældres trivsel og psykiske sundhed styrkes gennem aktiv brug af naturen og kulturen i tilrettelæggelse af hverdagen i alle kommunens arenaer.
- Viden om arkitektur, lys, natur og støjs indvirkning på menneskers psykiske sundhed anvendes ved indretning af skoler, arbejdspladser, sundhedshuse, botilbud og ældreboliger

#### Sunde vaner

- Alle uanset alder og socioøkonomisk position skal have mulighed for at være fysisk aktive gennem rammer og hverdagsaktiviteter der fremme lysten til bevægelse i boligområder, parker, i fritidstilbud, på skoler, i daginstitutioner, på arbejdspladser og på plejehjem.
- Sunde vaner og søvns betydning for den enkeltes trivsel sættes på dagsorden og bruges aktivt i hverdagslivet i sundhedsplejen, daginstitutioner, skoler, ungdomsuddannelser samt i samfundsdebatten.
- Københavnerne, der er fysisk og psykisk sårbare tilbydes på lige vilkår støtte til at ændre livsstil og overkomme psykiske barrierer og opbygge nye handlekompetencer.

### SPOR 2: Mindre stress og mere støtte

#### Forebyggelse af langvarig social stress/Social stress i barn- og ungdommen/

##### Mere støtte ved stressende livsbegivenheder

- Psykisk sårbare gravide, fødselsdepressioner og efterfødselsreaktioner samt problemer i forældre-barn kontakten opspores systematisk, og der gives målrettet familiestøtte for at forebygge udvikling af mistrivsel og psykisk sygdom.
- Daginstitutioner, skoler og ungdomsuddannelser skal forebygge, at børn og unge udsættes for social stress i form af mobning og eksklusion, samt systematisk opspore tegn på børn, der mistrives.
- Børn og unge, der oplever stressende livsbegivenheder, skal have særlig opmærksomhed og støttes ved sorg og tegn på mistrivsel i daginstitutioner, skoler og på ungdomsuddannelser.
- Kommunale arbejdspladser skal forebygge social stress og psykisk nedslidning samt tilbyde støtte til medarbejdere i krise eller stressende livssituationer.

- 
- Københavnerne, der er stressede på grund af langvarig social stress, alvorlige livsbegivenheder eller kronisk sygdom, tilbydes støtte til at opbygge kompetencer og mestringsstrategier på stressklinikker.
  - Ensomhed blandt ældre københavnere skal forebygges, og ældre, der er stressede pga. særlige livsomstændigheder, skal opspores og støttes, så angst og depression forebygges.
  - Samarbejde med civilsamfundet om at styrke mestringssevne og social støtte i forbindelse med svære livsbegivenheder i københavnernes liv.

### **SPOR 3: Bedre fysisk og mental sundhed ved psykisk sygdom**

#### **Tidligere opsporing af psykiske sygdomme**

- Sundhedsplejerskerne skal screene spædbørn for begyndende psykiske helbredsproblemer, og støtte barn og forældre, så egentlig sygdom forebygges.
- Børn og unge skal have let adgang til fortrolige voksne, som de er trygge ved at tale med om mistro og psykiske problemer, så tidlige tegn på psykisk sygdom opspores og behandling kan iværksættes. Pædagoger og lærere skal have kompetencer til at understøtte børn med psykiske sygdomme i hverdagen i daginstitutionen eller i skolen.
- Depression blandt ældre skal opspores og behandles tidligere. Det kræver et samarbejde mellem kommune, hospital og almen praksis.

#### **Bedre behandling og støtte til hverdagsmestring**

- Der skal være et samarbejde mellem daginstitutionen, skolen, praktiserende læge og hospital omkring børn og unge, der er i behandling for psykiske lidelser, og kommunens forvaltninger skal støtte børn med psykiske sygdomme og deres familier i hverdagsmestring, så børnene får et godt sygdomsforløb og de bedste muligheder for en positiv fremtid.
- Velafprøvede metoder med fokus på mental sundhed, recovery og hverdagsmestring skal tilbydes til københavnere med psykiske lidelser.

#### **Mere involvering og deltagelse**

- Værdier som selvbestemmelse, inddragelse, inklusion og deltagelse udgør fundamentet for indsatsen for københavnere med psykiske lidelser.
- Børn og unge, der er pårørende til søskende eller forældre med alvorlig kronisk sygdom, psykisk sygdom eller spiseforstyrrelser skal opspores tidligt og tilbydes støtte.
- Pårørende skal være en støtte i behandlings- og rehabiliteringsforløb gennem involvering samt mulighed for støtte og opbygning af netværk med ligesindede.

#### **Bedre fysisk sundhed ved psykisk sygdom**

- Københavnerne med svære psykiske lidelser skal tilbydes regelmæssige helbredstjek og medicingennemgang i et samarbejde mellem kommunen, almen praksis og hospital.
- Københavnerne med psykiske sygdomme skal tilbydes hjælp til at opbygge og fastholde sunde vaner.

#### **Mere rummelighed og inklusion**

- Psykisk sårbarhed og psykisk sygdom er en obligatorisk del af undervisningen i de ældste folkeskoleklasser og på ungdomsuddannelser.

- 
- Frontpersonalet i beskæftigelsesindsatsen, på forebyggelsescentrene og i sociale tilbud kompetenceudvikles til at kunne støtte mennesker med psykiske lidelser og forebygge stigmatisering og forskelsbehandling.
  - Kompetenceudvikling om psykisk sygdom og sårbarhed tilbydes til ledere og medarbejdere på kommunale og private arbejdspladser for at fremme rummelighed, fastholdelse og afstigmatisering.
  - Der fortsat gennemføres kampagner, som har fokus på at afstigmatisere psykisk sygdom.

#### **Styrket sammenhæng og partnerskaber**

- Der udarbejdes forløbsprogrammer for psykiske lidelser ligesom for somatiske sygdomme, som kan styrke samarbejdet på tværs af kommune, region og almen praksis.
- Samarbejdet omkring børn, unge, voksne og ældre københavnere med psykiske lidelser forbedres på tværs af forvaltninger, region og almen praksis, så ansvaret for sammenhæng og koordinering ikke placeres hos de mest sårbare borgere.
- Kommunen vil samarbejde med interesseorganisationer, patientforeninger og civilsamfund om at skabe en helhedsorienteret indsats og et godt liv for københavnere med psykiske lidelser.
- Samarbejde mellem kommunen og regionen om behandling og rehabilitering af københavnere med samtidig psykisk sygdom og misbrug samt efterværn efter endt misbrugsbehandling.

