

KOMMUNALE OMKOSTNINGER FORBUNDET MED OVERFORBRUG AF ALKOHOL NR. 2

– en registerbaseret analyse af kommunerens meromkostninger til overførsels-
indkomster, personlig og praktisk hjælp og andre støttende foranstaltninger

2013



**Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol nr. 2
– en registerbaseret analyse af kommunerens meromkostninger til overførselsindkomster, personlig og praktisk hjælp og andre støttende foranstaltninger**

Sundhedsstyrelsen 2013

Elektronisk ISBN 978-87-7104-443-0

Analyse og manuskript:

Jakob Kjellberg, Rikke Ibsen og Anne Sophie Oxholm. KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.

Redaktion Sundhedsstyrelsen:

Mia Fischerman, Sundhedsstyrelsen

Registerbistand:

Claudia Ranneries, Statens Serum Institut

Grafisk tilrettelæggelse:

Michala Clante Bendixen, www.bendixen.nu

Foto, forside: Colourbox

Publikationen kan downloades fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

Forord

Danskerne har et højt alkoholforbrug – og for mange danskere har et meget højt alkoholforbrug med betydelige omkostninger til følge.

Kommunen er en af de væsentlige aktører på alkoholområdet og har med sit ansvar for både forebyggelse og alkoholbehandling en særlig mulighed for at udnytte de videnmæssige og eventuelle økonomiske potentialer gennem en sammenhængende alkoholindsats.

Som følge af kommunalreformen har kommunerne fået en større økonomi på alkoholområdet med omkostninger til medfinansiering af sundhedsvæsenet, til forebyggelse og til behandling. Kommunen har også omkostninger til en lang række sociale ydelser til at afhjælpe afledte konsekvenser af et stort alkoholforbrug.

Sundhedsstyrelsen har et særligt fokus på at stille viden, data og værktøjer til rådighed for kommunerne i ønsket om at styrke kommunernes planlægningsgrundlag. På alkoholområdet har Sundhedsstyrelsen opgjort de kommunale meromkostninger til borgernes alkoholoverforbrug med blandt andet inddragelse af de sociale ydelser, som der gives datamuligheder for.

Denne opgørelse omfatter kommunale udgifter til medfinansiering af sundhedsvæsenet, overførsler, an-

bringelse og andre hjælpeforanstaltninger til børn og som noget nyt også udgifter til personlig og praktisk hjælp.

Meromkostningerne opgøres på både nationalt og kommunalt niveau. I denne rapport kan meromkostninger på nationalt niveau ses, og på Sundhedsstyrelsens hjemmeside kan de enkelte kommuner og andre interesserede i et interaktivt system finde meromkostninger for den enkelte kommune.

Opgørelserne viser, at der er betydelige merudgifter for kommunerne ved alkoholoverforbrug, og sammenholdes dette med, at der i gennemsnit går 10-12 år før et egentlig alkoholbehandlingstilbud kommer på tale hos borgere med alkoholproblemer, synes der at være et betydeligt økonomisk potentiale for tidlig og forebyggende indsats i kommunerne.

Vi håber, opgørelsen kan være med til at fastholde og styrke en sammenhængende indsats på alkoholområdet i kommunerne til gavn for borgerne og kommunen.

Jette Jul Bruun, Enhedschef

Borgerrettet Forebyggelse

Sundhedsstyrelsen

Januar 2013

Indhold

Forord	3
Baggrund	5
Indhold og formål	7
Sammenfatning	8
Data og metode	9
Design	9
Population	9
Omkostninger	9
Genoptræning i kommunerne	11
Statistisk metode	14
Resultater	15
Deskriptivt	15
Omkostningerne	16
Binge drinking og højrisikogrupper	25
Samlede omkostninger og perspektivering	26
Bilag – omkostninger for ikke-kommunale overførsler	28
Bilag – de totale regionale sundhedsudgifter blandt alkoholoverbrugere	30
Bilag – andele borgere i genoptræning efter servicelovens §86 og sundhedslovens §140	31

Baggrund

Danskerne har et højt alkoholforbrug. 860.000 borgere drikker over højrisikogrænsen, 585.000 har et skadeligt forbrug og 140.000 er afhængige af alkohol¹. Følgerne heraf er store såvel for den enkelte, for de pårørende som samfundsmæssigt.

Alkohol har stor betydning for danskerne såvel helbredsmæssigt som socialt. Hvert år dør mindst 3.000 danskere som følge af stort alkoholforbrug, hvilket betyder 70.000 tabte leveår pga. for tidlig død og tab af raske leveår. Et stort alkoholforbrug kan få sociale konsekvenser som tab af arbejde, skilsmisse, førtidspension, kriminalitet m.v.²

Med kommunalreformen har kommunerne fået et væsentligt ansvar på alkoholområdet – såvel på det forebyggende som det behandlende område. Det øgede ansvar på alkoholområdet medfører på den ene side øgede kommunale udgifter, men samtidig giver det også mulighederne for at tilrettelægge en sammenhængende alkoholpolitisk indsats og udnytte evt. økonomiske potentialer gennem styrket forebyggelse og tidlig indsats.

De kommunale omkostninger på alkoholområdet går til medfinansiering i sundhedsvæsenet, alkoholbehandling, genoptræning i kommunen og til forskellige støttende tilbud i forbindelse med sociale følger af et stort alkoholforbrug. Det kan fx være overførselsindkomst, hjælp til børn og unge i familien, pleje og omsorg samt plejebolig.

Kendskab til de kommunale omkostninger på alkoholområdet kan blive et væsentligt redskab i den kommunale planlægning på dette område med henblik på at tilrettelægge den alkoholpolitiske indsats, således at ressourcerne udnyttes bedst muligt. Et økonomisk overblik kan medvirke til målrettet prioritering og sammenhængende indsats, ligesom det kan være et redskab for opfølgning.

Der er tidligere foretaget opgørelser af konsekvenserne af danskernes alkoholforbrug i et bredt samfundsmæssigt perspektiv. Sundhedsministeriet har i 1997 og 1999 offentliggjort analyser omfattende udgifter til behandling, færdselsulykker, kriminalitet, social bistand, information og forebyggelse samt produktionstab³. I 2006 udarbejdedes en rapport vedrørende risikofaktorer, hvori også alkoholområdet indgik. Rapporten belyste blandt andet omfanget af helbredsmæssige følger af alkoholforbrug, som dødsfald, tabte leveår, kontakter i sundhedsvæsenet, sygefraværsdage m.v.² I 2010 blev de kommunale udgifter opgjort i forhold til medfinansiering i Sundhedsvæsenet⁴.

I 2012 udarbejdede Sundhedsstyrelsen en rapport⁵, som samlede de kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol. Rapporten viste, at der var betydelige kommunale meromkostninger forbundet med borgernes overforbrug. Formålet med nærværende rapport er at udvide omkostningsopgørelsen fra 2012 med flere kommunale ydelser.

I udgangspunktet ønskede Sundhedsstyrelsen at inkludere omkostningerne forbundet med borgernes brug af kommunal genoptræning, personlig og praktisk hjælp samt hjemmesygepleje. Personlig og praktisk hjælp er derfor som noget nyt inkluderet og opdelt på omkostninger ved personlig hjælp og pleje samt praktisk hjælp. Desværre har datakvaliteten for hjemmesygepleje ikke været tilstrækkelig god, og det har kun været muligt at indhente oplysninger om de, som modtager genoptræning – og ikke omfanget af forbrug for den enkelte borger. Disse ydelser er derfor ikke inkluderet i omkostningsberegningerne. Selvom genoptræning ikke har kunnet inkluderes i omkostningsberegningen er i bilag vist, hvor stor en andel af borgerne, som har gjort brug af genoptræning efter servicelovens §86 og sundhedslovens §140.

Indeværende rapport viser de gennemsnitlige kommunale meromkostninger for overforbrug af alkohol

1 Hvidtfeldt, U.A.; Hansen, A.B.G.; Grønbaek, M.; Tolstrup, J.S.: Alkoholforbrug i Danmark. Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2008.

2 Risikofaktorer og folkesundhed. Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed. 2006.

3 De samfundsmæssige konsekvenser af alkoholforbrug. Sundhedsministeriet. 1999.

4 Tal på alkohol i kommunen. Sundhedsstyrelsen. 2010.

5 Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol. Sundhedsstyrelsen. 2012.

på landsplan. Som noget nyt er det muligt at indhente data for hver kommunes meromkostninger ved brug af et interaktivt kommunekort, som er tilgængeligt på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk).

Denne rapport er et eksempel på, at kommunernes indberetninger til Danmarks Statistik og Statens Serums Institut kan føre til brugbare analyseresultater. Kvaliteten af analyserne afhænger i høj grad af kvaliteten af dataindberetningerne. Det er derfor vigtigt, at indberetningerne også prioriteres fremadrettet af kommunerne, herunder for eksempel også på områderne genoptræning og hjemmesygepleje, som kun delvist har været mulig at inkludere i denne rapport.

Indhold og formål

Indhold

Fokus for nærværende analyse er de kommunale omkostninger, der kan relateres til overforbrug af alkohol. Analysen omfatter udgifter forbundet med overførselsindkomster, medfinansiering af sundhedsudgifter, omkostninger forbundet med hjælpeforanstaltninger for børn og unge samt omkostninger ved personlig og praktisk hjælp fra kommunen. Omkostningerne er opgjort for 2010.

Analysen er baseret på udtræk fra en lang række patientregistre og administrative registre. Omkostninger, der ikke umiddelbart kan belyses på baggrund af registerdata, eksempelvis kommunale udgifter til hjemmesygepleje og kommunal genoptræning, er ikke medregnet. Opgørelsen af omkostningerne bør således betragtes som et minimumsestimat.

Fra det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB), Lægemedelstatistikregisteret (LMR) samt Landspatientregisteret (LPR) er borgere med et alkoholoverforbrug identificeret. For disse er der fundet tilsvarende kontrolpersoner uden alkoholoverforbrug. Kontrolpersonerne er identiske med hensyn til køn, alder, geografi, civilstand og uddannelsesniveau. De kommunale omkostninger i de to grupper er sammenlignet, og meromkostningen for alkoholoverforbruget er udregnet.

Analysen er lavet for to separate grupper af overforbrugere af alkohol. Den ene gruppe består af borgere med et overforbrug af alkohol, som er identificeret på baggrund af registreringer i Landspatientregisteret med en alkoholrelateret diagnose (fremover benævnt borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt). Disse registreringer er ikke nødvendigvis forbundet med et systematisk overforbrug, men kunne fx dække over behandling for et styrt på cykel i alkoholpåvirket tilstand. Den anden gruppe består af borgere, der har modtaget alkoholbehandling (fremover benævnt borgere i alkoholbehandling) enten offentlig betalt behandling i et alkoholbehandlingscenter, identificeret på baggrund af det Nationale Alkoholbehandlingsregister, og/eller modtaget medicinsk behandling for alkoholproblemer, identificeret ved oplysninger fra Lægemedelstatistikregisteret om behandling med Antabus® eller Campral®.

Formål

Formålet med nærværende analyse er at udregne de kommunale meromkostninger, der kan relateres til overforbrug af alkohol.

Sammenfatning

Analysen finder følgende resultater:

- Der er fundet årlige kommunale meromkostninger svarende til samlet 3,6 mia. kr. blandt borgere med et overforbrug af alkohol. Dertil kommer betydelige regionale sundhedsomkostninger samt kommunale omkostninger, som ikke har kunnet medregnes i denne analyse, herunder hjemmesygepleje og kommunal genoptræning.
- Meromkostningerne i en gennemsnitskommune med 50.000 borgere er på 33 mio. kr. årligt, fordelt på 18,7 mio. kr. til overførselsindkomster, 4,3 mio. kr. til kommunal medfinansiering af sundhedsydelser, 5,4 mio. kr. til anbringelser og andre hjælpeforanstaltninger til børn og unge samt 4,7 mio. kr. til personlig og praktisk hjælp.
- For en borger i alkoholbehandling er den årlige kommunale meromkostning på 59.749 kr., når der sammenlignes med en tilsvarende borger uden et overforbrug af alkohol.
- For borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt, er den kommunale årlige meromkostning på 87.595 kr. per borger.
- De kommunale udgifter til overførselsindkomster mv. er 2,5-3 gange højere blandt borgere med overforbrug af alkohol sammenlignet med borgere uden overforbrug. Dette svarer til et årligt gennemsnitligt merforbrug på ca. 40.000 kr. per borger med overforbrug af alkohol.
- De årlige kommunale meromkostninger forbundet med anbringelser og hjælpeforanstaltninger til børn af alkoholoverforbrugerne er på mellem ca. 30.000 og 50.000 kr. per barn relativt til kontrolgrupperne.
- Udgifterne forbundet med den kommunale medfinansiering i sundhedsvæsenet er 3,3 gange højere blandt borgere med et alkoholoverforbrug sammenlignet med borgere uden. I gruppen af borgere med et overforbrug, der har alkoholrelateret sygehuskontakt, er meromkostningerne på ca. 15.000 kr. per borger. I gruppen med borgere i alkoholbehandling er de gennemsnitlige meromkostninger på ca. 5.000 kr. per borger. De kommunale sundhedsudgifter udgør dog kun knap en fjerdedel af de samlede sundhedsomkostninger. Såfremt de regionale sundhedsomkostninger inkluderes, stiger omkostningsforskellen på borgere med og uden overforbrug af alkohol således markant.
- Der er gennemsnitligt højere omkostninger forbundet med personlig og praktisk hjælp til borgere med et overforbrug af alkohol. Særligt er omkostningerne højere for borgere med en alkoholrelateret sygehuskontakt. Disse borgere har en årlig meromkostning på 20.278 kr. til personlig og praktisk hjælp sammenlignet med deres kontrolgruppe.
- I analysen viser de negative konsekvenser af overforbrug af alkohol sig ikke kun ved øgede kommunale omkostninger. Borgere med overforbrug af alkohol får hyppigere anbragt deres børn, modtager oftere overførselsindkomster samt bor i højere grad i plejebolig. Andelen af anbragte børn i grupperne af alkoholoverforbrugere er 5-6 gange større end i deres kontrolgrupper, mens andelen af borgere som modtager kontanthjælp og førtidspension er 2-3 gange større blandt borgere med et overforbrug. Andelen af borgere, som bor i plejebolig, er 4-7 gange større for borgere med et overforbrug, hvor 2,1 % af borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt bor i plejebolig og 0,8 % af borgerne i alkoholbehandling.

Denne analyse omfatter langt fra alle med alkoholoverforbrug, som det kunne være relevant at inddrage. I en rapport fra Center for Alkoholforskning ved Syddansk Universitet vurderes der at være omkring 140.000 alkoholafhængige borgere i Danmark⁶. Forestiller man sig, rent hypotetisk, at denne gruppe har et forøget forbrug af kommunale ydelser, der er sammenligneligt med det, der er fundet i denne analyse, stiger de samlede meromkostninger til ca. 9 mia. kr. I forhold til en kommune med 50.000 borgere svarer det til gennemsnitlig ca. 81 mio. kr.

I det omfang det er muligt at nedbringe omkostningerne knyttet til alkoholoverforbruget, er der således et betydeligt besparelsespotentiale. Det mulige besparelsespotentiale kan sammenholdes med kommunernes udgifter til alkoholbehandling, der i 2010 på landsplan udgjorde 283,5 mio. kr.

6 Hvidtfeldt, U.A.; Hansen, A.B.G.; Grønbaek, M.; Tolstrup, J.S.: Alkoholforbrug i Danmark. Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2008.

Data og metode

Design

Analysen er foretaget som en matchet case-kontrol analyse⁷. Cases er i denne sammenhæng defineret som borgere med et overforbrug af alkohol. Kontrolgruppen består af borgere uden alkoholoverforbrug. For hver borger med et alkoholoverforbrug er der fundet kontrolpersoner med tilsvarende alder, køn, uddannelse, civilstand samt bopælskommune.

For at få det bedst mulige match i samme kommune trækkes kontrolgrupperne i forholdet 1:2, dvs. for hver borger med et overforbrug af alkohol matches med to borgere uden alkoholoverforbrug. Ikke alle borgere med overforbrug af alkohol kan matches med to borgere i samme kommune. Disse borgere matches derfor i forholdet 1:1, dvs. med én borger fra samme kommune. De borgere, som ikke har kunnet matches med nogen fra samme kommune, er i stedet blevet matchet med to borgere fra samme bopælsamt⁸.

Population

Borgere over 18 år med et overforbrug af alkohol er identificeret på baggrund af hhv. Landspatientregisteret (LPR), Lægemiddelstatistikregistret (LMDB) og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB). Landspatientregisteret indeholder oplysninger om alle skadestuebesøg, ambulante besøg samt indlæggelser på danske offentlige sygehuse samt offentligt betalte besøg på private sygehuse. I Landspatientregisteret identificeres borgere, der har haft en alkoholrelateret sygehuskontakt i 2010⁹.

Lægemiddelstatistikregistret indeholder oplysninger om medicin, der er afhentet på danske apoteker. Databasen er baseret på indberetninger fra alle danske apoteker og sygehusapoteker. Borgere, der har afhentet receptpligtig medicin til behandling af alkoholproblemer i form af Antabus[®] eller Campral[®] i 2010, er identificeret. Følgende ATC-koder er anvendt: N07BB01 (Antabus[®]) og N07BB03 (Campral[®]).

Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) indeholder oplysninger om borgere, der har været i of-

fentlig betalt alkoholbehandling på et alkoholbehandlingscenter. Borgere, der i 2010 har været i behandling, er medtaget i populationen.

Med ovennævnte inklusionskriterier fås en gruppe på 52.366 borgere med et alkoholoverforbrug. Denne gruppe er i analyserne delt i to:

Den ene gruppe består af borgere, der er i alkoholbehandling ved offentlig betalt alkoholbehandling på alkoholbehandlingscenter og/eller i medicinsk alkoholbehandling, idet de er registreret enten i det Nationale Alkoholbehandlingsregister og/eller registreret i Lægemiddelstatistikregistret i behandling med henholdsvis Antabus[®] eller Campral[®]. Denne gruppe udgør 66 % af den samlede population og betegnes fremadrettet som borgere i alkoholbehandling. Gruppen består givetvis overvejende af borgere med alkoholafhængighed eller med et svært skadeligt alkoholforbrug.

Den anden gruppe består af borgere, der har haft en alkoholrelateret henvendelse til sygehusvæsenet. Denne gruppe borgere antages at have et knap så systematisk overforbrug af alkohol, idet inklusionskriterierne omfatter såvel borgere med eksempelvis svære alkoholskader som skrumpelever som borgere, med diagnoser relateret til eksempelvis behandling pga. styrt på cykel i påvirket tilstand. Gruppen omfatter de resterende 34 % af populationen. Fremadrettet betegnes de i rapporten som borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt. Borgere, der optræder i begge grupper, er placeret i gruppen borgere i alkoholbehandling.

Omkostninger

Omkostninger er opgjort for året 2010. Omkostningerne omfatter kommunale udgifter forbundet med:

1. Overførselsindkomster
2. Kommunal medfinansiering af sundhedsydelse
3. Hjælpeforanstaltninger for børn og unge
4. Personlig og praktisk hjælp

7 Se evt. Olsen J.; Overvad, K.; Juul, S.: Analytisk epidemiologi, en introduktion. Munksgaard 2. udgave. 1994.

8 Bopælsamt er anvendt, da en geografisk matching på regionsniveau vurderes at være upræcis pga. de meget store enheder.

9 Jf. definition fra Sundhedsstyrelsen er der søgt på både hoved- og bi-diagnoser for følgende ICD10-koder: E24.4, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70, K85.2, K86.0, O35.4 P04.3, Q86.0, F10, T51.

Kommunale udgifter til eksempelvis hjemmesygepleje, botilbud, støttepersonordninger, kommunal genoptræning m.fl. er ikke medtaget, da disse ydelser ikke registreres på ensartet og lettilgængelig måde i de forskellige kommuner. Tabel 1 giver et overblik over, hvilke ydelser der er inkluderet i opgørelserne af omkostninger samt hvilke der er ekskluderet.

Ad 1.

Overførselsindkomsterne dækker over en række kommunale ydelser. Finansministeriets udlægning af, hvad der defineres som overførselsindkomster er anvendt¹⁰. For nærværende analyse er overførslerne summeret i tabel 1 og omfatter: Kontanthjælp, førtidspensioner, fleks- og skånejobordninger, sygedagpenge, bolig- og børnetilskud samt "anden bistand". "Anden bistand" er defineret som kursusgodtgørelse, revalideringsydelse, aktiveringsydelse, orlov til børnepasning for borgere, der ikke er dagpengeberettiget i a-kasse, pasning af nærtstående, der ønsker at dø i eget hjem, pasning af børn med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktions-evne, etableringsydelse og øvrige a-kasseydelser (andet end efterløn, overgangsydelse, arbejdsløshedsdagpenge, uddannelsesgodtgørelse og orlovsydelse). Ydelser i gruppen af "anden bistand" er ikke nødvendigvis kommunalt finansieret. Denne gruppe af ydelser er derfor skilt ud i opgørelserne af de samlede kommunale omkostninger til overførsler. I opgørelsen af omkostningerne til overførselsindkomster er løntilskud ikke inkluderet. Analysen indregner heller ikke konsekvenserne for fx det kommunale bloktilskud, når borgere ikke er aktive på arbejdsmarkedet mv. som følge af et højt alkoholforbrug.

Oplysningerne om overførslerne er hentet fra Indkomststatistikken samt PUOB-registeret (borgere uden ordinær beskæftigelse) suppleret med Sygedagpenge-registeret. Omkostninger til skåne- og fleksjobordningerne samt løntilskud betales til arbejdsgiveren, og har derfor ikke kunnet hentes i Indkomststatistikken. For skåne- og fleksjobordninger er der i stedet foretaget et estimat. Dette er baseret på oplysninger om perioden for skåne- eller fleksjobansættelsen samt andelen af lønindkomsten, der dækkes af kommunen. Tilsvarende har ikke kunne gøres for de kommunale løntilskud. Disse er således ikke inkluderet i opgørelserne af omkostningerne.

Data fra Indkomststatistikken er fra det senest tilgængelige år, 2009. Da det ikke forventes, at graden af overførsler ændrer sig væsentligt fra 2009 til 2010 mellem de grupper, der sammenlignes, er dette ikke et

problem ved analyserne. Alle omkostninger til overførsler er omregnet til 2011-priser for at standardisere dem med de øvrige kommunale omkostninger.

For at sikre, at analysernes resultater ikke påvirkes af få borgere med meget store (og formodentlig fejlagtigt registrerede) overførsler, er disse fjernet eller ændret til et realistisk niveau. Dette betyder at:

- boligsikring maksimalt kan udgøre 50.000 kr.
- børnetilskud kan maksimalt udgøre 70.000 kr. (for familier med under 5 børn)
- gruppen af ydelser under "andre ydelser" kan maksimalt være 200.000 kr.
- førtidspension kan maksimalt udgøre 280.000 kr.

Ad 2.

De kommunale udgifter forbundet med den kommunale medfinansiering af sundhedsydelse er udregnet på baggrund af data fra Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret. For hver borger er der opgjort data for forbruget af sundhedsydelse i 2010. På baggrund af medfinansieringsreglerne for 2012¹¹ er andelen af omkostninger, der tilfalder kommunerne dernæst udregnet. Tabel 2 viser hvor stor en andel af omkostningerne, som kommunerne finansierer.

Ad 3.

For alle borgere i populationen er tilhørende børn og unge under 18 år identificeret. For disse er der hentet oplysninger om anbringelser og (hjælpe)foranstaltninger i Danmarks Statistiks Børn- og Unge Register. Omkostningerne er dernæst udregnet på baggrund af takster for de forskellige ydelser hentet i Rødovre Kommune. Taksterne er vist i tabel 3. For enkelte af anbringelserne har der ikke været angivet hvilken type ydelse, der var tale om. For disse tilfælde er der lavet en undergruppe, kaldet "ukendt", for hvem taksten er sat som et vægtet gennemsnit af de øvrige ydelser.

For børn og unge med forældre i både gruppen af borgere i alkoholbehandling og i gruppen af borgere med en alkoholrelateret sygehuskontakt er omkostningerne placeret i gruppen af borgere i alkoholbehandling. Tilsvarende er udgifterne hos børn og unge af forældre i både kontrolgruppen og grupperne af overforbrugere placeret i gruppen af alkoholoverforbrugere. Børnene og de unge er inkluderet uanset om forældrene har forældremyndighed/samkvem mv.

10 Se evt. <http://www.fm.dk/Arbejdsomraader/Offentlige%20Udgifter/Udgiftstyper/Overfoerselsudgifter.aspx>

11 Alle priser i data er konverteret til 2011-priser.

Ad 4.

De kommunale udgifter forbundet med personlig og praktisk hjælp er beregnet på baggrund af 2010 data fra kommunernes EOJ-systemer (elektroniske omsorgsjournaler). Tre kommuner har ikke indberettet til Danmarks Statistik i 2010, så for disse kommuner bruges oplysninger for 2009. For 25 kommuner mangler oplysninger for én eller flere måneder. I disse tilfælde anvendes gennemsnittet af de tilgængelige måneder, jf. metode brugt af Danmarks Statistik.

Data i EOJ for personlig og praktisk hjælp er opgjort som antal visiterede minutter pr. uge i den pågældende måned. Det månedlige forbrug antages således at være antal minutter pr. uge ganget med 4,35.

I EOJ-data er enheden visiterede minutter fordelt på personlig og praktisk hjælp. De visiterede minutter og fritvalgspriserne fra de enkelte kommuner anvendes til at beregne de kommunale omkostninger. Der er ikke foretaget en opdeling af visiterede minutter til personlig hjælp og pleje på hverdag eller anden tid, som det er tilfældet for priserne i Fritvalgsdatabasen. I stedet anvendes en vægtning af plejens placering på hverdage og anden tid ud fra fem tilfældigt valgte kommuners interne opgørelser.

Omkostninger til personlig og praktisk hjælp er opdelt på borgere, der bor i egen bolig og plejebolig. Der findes kun data for borgere i plejebolig for 31 kommuner i 2010. For de resterende 67 kommuner er de opregnede tal for omkostningerne baseret på ydelser leveret i de 31 kommuner samlet. Opregningen er vægtet i forhold til aldersgrupper, da det forventes at brug af plejebolig er aldersafhængig. Eftersom der er tale om en approksimation i de kommuner, der har opregnede omkostninger, skal sammenligningen mellem kommuner med opregnede tal tages med forbehold. Det er ikke muligt at foretage en statisk sammenligning af case og kontrolgruppe i kommuner med opregnede tal, hvilket vil fremgå i kommunens tabeller¹².

Genoptræning i kommunerne

Andelen af borgere, som modtager genoptræning i kommunerne, indgår ikke i omkostningsberegningerne men udelukkende i bilag. I det følgende beskrives, hvordan data er indhentet og beregnet.

Danmarks Statistiks data for genoptræning/vedligeholdelsestræning efter servicelovens §86 indeholder oplysninger om antallet af borgere, som har modtaget en §86-ydelse, men ikke om omfanget af forbruget, hvorfor omkostninger til §86-ydelser ikke er inkluderet i analysen. I stedet er andelen af borgere, som modtager genoptræning/vedligeholdelsestræning efter serviceloven, angivet i bilag til omkostningsanalysen.

Antallet af borgere, som modtager genoptræning/vedligeholdelsestræning er opgjort samlet, det vil sige, at der ikke skelnes mellem de to former for træning. Kun 77 kommuner har indberettet oplysninger for §86-ydelser, derfor er der foretaget en opregning (imputering) for de resterende kommuner. For kommuner, som ikke har oplysninger for alle måneder anvendes gennemsnittet for de øvrige måneder. For de 21 kommuner, som ikke har indberettet oplysninger, bruges forholdstallet mellem antal borgere, der har modtaget genoptræning i forhold til antal borgere i populationerne case og kontrol i de kommuner, som har oplysninger. For at opnå så god en imputering som mulig, beregnes et gennemsnit inden for hver region og hver alkoholoverforbrugsgruppe.

Oplysninger om genoptræning efter sundhedslovens §140 er indhentet fra Statens Serums Institut. Data omfatter genoptræningsydelser leveret i kommunerne og frasorterede ydelser, som allerede er registreret i Landspatientregisteret. Der skulle altså ikke kunne forekomme dobbeltoptælling i forhold til omkostningsberegningen. Det har desværre vist sig, at datakvaliteten for §140-ydelserne ikke er tilstrækkelig god, og der er ofte store udsving i indrapporteringen fra kommuner hen over året. Kommuner, hvor validiteten skønnes utilstrækkelig er derfor ikke medtaget, hvilket betyder at der kun er ydelser for 32 kommuner. Disse 32 kommuner benyttes til en approksimeret beregning af andelen af borgere, som modtager genoptræning efter sundhedslovens §140.

Data for genoptræning i kommunerne skal tolkes med forbehold pga. den begrænsede indberetning samt den utilstrækkelige datakvalitet.

12 Den enkelte kommunes omkostninger findes i det interaktive kommunekort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside

Table 1: Oversigt over hvilke omkostninger, der er inkluderede og hvilke, der ikke er inkluderede i analysen.

Omkostningsgruppe	Omfattede ydelser:
Overførselsindkomster	Kontanthjælp Førtidspensioner Fleks- og skånejobordninger Sygedagpenge Bolig- og børnetilskud Revalideringsydelse Aktiveringsydelse Kursusgodtgørelse Orlov til børnepasning for personer, der ikke er dagpengeberettigede Pasning af nærtstående, der ønsker at dø i eget hjem Pasning af børn med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsniveau Etableringsydelse Øvrige a-kasse ydelser (andet end efterløn, overgangsydelse, arbejdsløshedsdagpenge, uddannelsesgodtgørelse og orlovsydelse)
Kommunal medfinansiering af sundhedsydelse	Alle sundhedsydelse med kommunal medfinansiering
Hjælpeforanstaltninger for børn og unge	Anbringelse Forebyggende hjælpeforanstaltninger
Personlig og praktisk hjælp	Personlig hjælp og pleje Praktisk hjælp
Ikke medtagne omkostninger (listen er ikke fuldt dækkende, da mulighederne er uendelige)	Kommunale løntilskud Bosteder Støtte/kontaktpersonordninger Særlig støttepædagog i institution eller skole Hjemmesygepleje Kommunal genoptræning

a) Genoptræning er ikke inkluderet i omkostningsanalysen pga. utilstrækkeligt god datakvalitet. Opgørelse af andelen, som modtager genoptræning efter servicelovens §86 og sundhedslovens §140, er angivet i bilag.

Tabel 2: Takster for den kommunale medfinansiering af sundhedsydelser (2012 satser).

Sektor	Andel, der betales af kommunen
Somatik	
Stationær behandling (indlæggelse)	34 % af DRG-taksten ^a , max 13.750 kr. pr. indlæggelse
Ambulant behandling	34 % af DAGS-taksten ^b , max 1.357 kr. (Gråzone ^c max 13.750 kr.)
Genoptræning under indlæggelse	70 % af genoptræningstakst
Genoptræning ambulant	100 % af genoptræningstakst
Psykatri	
Stationær behandling (indlæggelse)	60 % af sengedagstakst, max 7.954 kr. pr. indlæggelse
Ambulant behandling	30 % af besøgstakst
Praksissektoren	
Speciallæger	34 % af honorar, max 1.357 kr. pr ydelse
Almen læge	10 % på honorar
Andet	
Fysioterapi, tandlæge, psykolog mm.	10 % på honorar
Færdigbehandlede patienter	
Færdigbehandlede ^d	DAGS-taksten, max 1.867 kr.

a) I den somatiske hospitalssektor afregnes der på baggrund af DRG-takster. DRG-taksterne dækker de gennemsnitlige omkostninger hos patienter inden for Diagnose Relaterede Grupper for hvem ressourcetrækket er nogenlunde ensartet.

b) DAGS-taksterne dækker de gennemsnitlige omkostninger hos patienter inden for sammenlignelige diagnosegrupper på det ambulante område.

c) Gråzone følger gråzone i 2010.

d) Færdigbehandlede patienter dækker over indlagte patienter, der ikke kan udskrives, fordi de venter på eksempelvis plejehjemsplads, bosted eller lignende.

Kilde: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=137995>

Table 3: Takster for anbringelser og forebyggende foranstaltninger for børn, som er anvendt i analyserne.

Anbringelser	Takst per døgn
Døgninstitution	2.466 kr.
Kommunalt døgntilbud	2.466 kr.
Akutinstitution	2.466 kr.
Socialpædagogisk opholdssted	1.966 kr.
Sikret døgninstitution	6.000 ^a kr.
Familiepleje	1.158 kr.
Slægtsanbringelse	845 kr.
Netværksfamilie	845 kr.
Kost-, ungdoms- eller efterskole	306 kr.
Eget værelse	1.094 kr.
Skibsprojekt	1.186 kr.
Hjælpeforanstaltninger	
Fast kontaktperson	142 kr.
Aflastning	460 kr.
Personlig rådgiver	101 ^b kr.
Praktikophold	203 kr.

- a) Dette tal er en tilnærmelse, da vi ikke kender den præcise pris. Kommunen betaler den unges varetægtsfængsling. Hertil lægges en såkaldt objektiv finansiering afhængig, af hvor mange børn i forskellige aldersgrupper døgninstitutionen har. På tilbudsportalen fandt vi priser på 6 sikrede døgninstitutioner. Priserne lå mellem 5.071 og 6.871. En enkelt på 3.490 kr. hvilket vi ud fra samtale med Rødovre kommune konkluderer dækker en varetægtsfængsling. Vi har ud fra disse tal sat prisen på 6.000 kr.
- b) Kilde: KL's tabeltakst. I KL's tabeltakst står at 1 times konsultation per måned udløser et honorar på 759 kr. per måned. En rådgiver i Frederiksberg kommune oplyste, at en rådgiver som oftest vil have 4 timers rådgivning per måned, derfor er denne takst ganget op med 4.
- Kilde: Rødovre Kommune, budget 2011.³

Statistisk metode

Det er undersøgt, hvorvidt omkostningsforskellen mellem en borger med et alkoholoverforbrug og en tilsvarende borger i kontrolgruppen er forskellig fra nul. Dette er gjort på baggrund af en t-test¹⁴. Der er anvendt et statistisk signifikansniveau på 5 %. Tidligere undersøgelser har vist, at omkostningsdata ofte ikke er normalfordelte derfor er bootstrapping anvendt. Der er således samlet fra populationen af matchede borgere med tilbagelægning 10.000 gange med henblik på at opnå en statistisk tilstrækkelig population til, at t-testen er valid.

Der er desuden foretaget en analyse af andelen af borgere, der er på en eller anden form for overførselsindkomst, og hvorvidt denne andel er større blandt borgere med et overforbrug af alkohol, relativt til gruppen af kontrolpersoner uden et alkoholoverforbrug. Denne er foretaget som en Cochran-Armitage test. Samme test er anvendt ved sammenligningerne af andelen af borgere, der har haft en henvendelse i sundhedsvæsenet samt andelen med børn, der har modtaget hjælpeforanstaltninger eller er anbragt.

¹³ https://www.rk.dk/fileadmin/user_upload/dokumenter/topmenu/Om_Kommunen/Budget-2011-bind-2.pdf

¹⁴ Se evt.: Woodward, M.: Epidemiology: Study design and Data analysis. Chapman & Hall. 1999.

Resultater

Deskriptivt

Der blev fundet i alt 52.366 borgere med et alkoholoverforbrug. Af disse borgere er 34.330 identificeret som havende været i enten offentlig betalt alkoholbehandling ved alkoholbehandlingscenter og/eller i medicinsk behandling med Antabus® eller Campral®. Denne gruppe af borgere benævnes således borgere i alkoholbehandling. De resterende 18.036 borgere har haft en alkoholrelateret sygehuskontakt og betegnes som borgere med en alkoholrelateret sygehuskontakt. Denne gruppe af borgere har ikke nødvendigvis et systematisk overforbrug af alkohol.

Tablet 4: Procentvise andele af alkoholoverbrugere i Danmark fordelt på de to grupper af alkoholoverbrugere.

Antal borgere 18+ år (N)	4.438.422	
Alkoholoverbrugere	Antal	Andele (%)
Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt	18.036	0,4
Borgere i alkoholbehandling	34.330	0,8
Borgere med alkoholoverforbrug samlet	52.366	1,2

Kilde: Egne beregninger baseret på data udtrukket fra Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregistret, Det Nationale Alkoholbehandlingsregister og Danmarks Statistik.

Tablet 4 viser, hvor stor en andel de to grupper af alkoholoverbrugere udgør af den danske befolkning, som er fyldt 18 år. Samlet udgør alkoholoverbrugere 1,2 % af danskerne.

Opgørelsen viser, at 31 procent af alkoholoverbrugere er kvinder, mens 69 procent er mænd. Der er således en klar overhyppighed af mænd blandt overbrugere. Der er ikke forskel på kønsfordelingen mellem de to grupper af alkoholoverbrugere. Der er derimod forskel på aldersfordelingen mellem de to grupper af alkoholoverbrugere. I gruppen af borgere, der er i alkoholbehandling, er der således færre unge (under 30 år) og færre ældre (over 60 år). Tablet 5 viser aldersfordelingen for de to grupper.

Tablet 5: Den procentvise aldersfordeling i population af borgere med alkoholoverforbrug fordelt på de to grupper af alkoholoverbrugere.

	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt	Borgere i alkoholbehandling	Borgere med alkoholoverforbrug samlet
Antal (N)	18.036	34.330	52.366
Aldersgrupper	Andele (%)		
18-29 år	15,2	5,9	9,1
30-39 år	6,3	13,4	11,0
40-49 år	14,2	27,0	22,6
50-59 år	24,9	29,7	28,0
60-69 år	25,9	18,6	21,1
70-79 år	10,8	4,9	7,0
80+ år	2,7	0,5	1,3

Kilde: Egne beregninger baseret på data udtrukket fra Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregistret og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister.

Tabel 6: Procentvis fordeling af uddannelsesniveau i de to grupper af alkoholoverbrugere.

	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt	Borgere i alkoholbehandling	Borgere med alkoholoverbrug samlet
Antal (N)	18.036	34.330	52.366
Uddannelse	Andele (%)		
Ufaglært	46,6	38,3	41,2
Gymnasial	5,0	4,6	4,7
Erhvervsuddannelse	33,0	37,1	35,7
Kort videregående	2,0	2,9	2,6
Mellemlang videregående	6,7	10,2	9,0
Lang videregående	2,4	3,6	3,2
Andet	4,3	3,3	3,6

Bemærkning: Antallet summerer til 100 procent indenfor hver gruppe.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistik.

Uddannelsesfordelingen er vist i tabel 6. Uddannelserne er opdelt i hovedgrupper for uddannelseslængde samt kategorien "ukendt". Kategorien "ukendt" omfatter typisk udlændinge, som ikke har konverteret deres uddannelse til en dansk uddannelse samt ældre borgere, for hvem uddannelse er underregistreret.

For borgere i gruppen med en alkoholrelateret sygehuskontakt er andelen af ufaglærte, gymnasialt uddannede og "ukendte" større end i gruppen i alkoholbehandling. Dette er i overensstemmelse med aldersprofilen, som viser en overvægt af unge og gamle borgere relativt til gruppen i alkoholbehandling, jf. tabel 5.

Omkostningerne

De kommunale omkostninger er i det efterfølgende beskrevet for hhv.: 1) Omkostninger forbundet med overførselsindkomster, 2) omkostninger forbundet med den kommunale medfinansiering af sundhedsudgifterne, 3) omkostninger forbundet med anbringelser og andre hjælpeforanstaltninger til børn og unge og 4) omkostninger forbundet med personlig og praktisk hjælp.

Ad 1. Overførselsindkomster

Andelene af borgere, der modtager overførsler fra kommunen er vist i tabel 7. Såfremt en borger har modtaget en af de viste ydelser er denne medtaget – uanset længden på perioden med ydelsen eller om der

er modtaget flere ydelser samtidig. Der er foretaget to sammenligninger for hver af de to grupper af alkoholoverbrugere, dvs. af hhv. borgere der har haft en alkoholrelateret sygehuskontakt i forhold til deres kontrolgruppe, samt en sammenligning af borgere i alkoholbehandling i forhold til deres kontrolgruppe. Der er i bilaget vist analyseresultater for ikke-kommunale overførsler (efterløn, A-kasse og aldersbetinget pension).

For gruppen af alkoholoverbrugere, der har haft en alkoholrelateret sygehuskontakt, er der signifikant flere på kontanthjælp, førtidspension, løntilskud og sygedagpenge, relativt til sammenlignelige borgere uden alkoholoverbrug. Der er ligeledes flere, der får børne- og boligtilskud¹⁵. Der er derimod ingen forskel på andelen af borgere, der er i skåne- og fleksjob.

For gruppen af borgere i alkoholbehandling er der ligeledes en større andel, der modtager kommunale overførsler relativt til kontrolgruppen. Der er således en statistisk signifikant forskel på andelen af borgere hhv. med og uden et alkoholoverbrug for samtlige ydelser, herunder også bolig- og børnetilskud.

Generelt for begge alkoholoverbrugsgrupper kan det konstateres, at andelen, som modtager kommunale overførselsindkomster og andre kommunale ydelser, er signifikant højere end for deres respektive kontrolgrupper.

15 Børnetilskud omfatter den almindelige form for børnetilskud, som alle med børn automatisk modtager. Børnetilskud er her slået sammen med boligtilskud. Sammenlægningen kommer til at dække over, at forskellen på boligtilskud reelt er større, fordi forskellen i børnetilskud er negativt – idet alkoholoverbrugerne får en smule færre børn per voksen sammenlignet med deres kontrolgruppe.

Tabel 7: Procentvise andele af borgere i de to grupper af alkoholoverforbrugere, der får overførselsindkomster sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper.

	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkoholoverforbrugere (n=18.036)	Kontrol (n=35.118)	P-værdi	Alkoholoverforbrugere (n=34.330)	Kontrol (n=66.382)	P-værdi
	%	%		%	%	
Kontanthjælp	12,9	4,7	0,00	16,0	4,9	0,00
Førtidspension	28,1	9,1	0,00	23,0	9,5	0,00
Fleksjob	1,7	1,6	0,68	2,7	2,1	0,00
Skånejob	0,2	0,2	0,96	0,6	0,2	0,00
Løntilskud	1,0	0,6	0,00	1,7	0,8	0,00
Sygedagpenge	10,7	9,0	0,00	19,4	12,4	0,00
Bolig- og børnetilskud	37,3	19,0	0,00	34,4	20,6	0,00
Andre ydelser ^a	23,5	15,1	0,00	34,5	19,0	0,00

Bemærkninger: P-værdi fremhævet med fed angiver statistisk signifikante forskelle i forhold til kontrolgruppen.

a) Andre ydelser dækker over: kursugodtgørelse, revalideringsydelse, aktiveringsydelse, orlov til børnepasning for borgere, der ikke er dagpengeberettiget i a-kasse, pasning af nærtstående der ønsker at dø i eget hjem, pasning af børn med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, etableringsydelse og øvrige a-kasseydelser (andet end efterløn, overgangsydelse, arbejdsløshedsdagpenge, uddannelsesgodtgørelse og orlovsydelse). Disse er ikke nødvendigvis kommunalt finansierede.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistik.

Tabel 8 viser de gennemsnitlige omkostninger per borger for de kommunale overførsler. På samme måde som i tabel 7 er der foretaget hver sin sammenligning for de to grupper af alkoholoverforbrugere: Først for borgere med en alkoholrelateret sygehuskontakt ift. deres kontrolgruppe, og dernæst for borgere i alkoholbehandling ift. deres kontrolgruppe. Der er i bilag vist omkostningerne ved ikke-kommunale overførsler (efterløn, A-kasse og aldersbetinget pension) for de to grupper.

Ved opgørelsen af omkostninger har der vist sig at mangle oplysninger om indkomst for 960 borgere. Disse borgere udgør hhv. 0,3 % af kontrolgruppen og 0,06 % af interventionsgruppen. For disse borgere har omkostningerne forbundet med skåne- og fleksjobordninger ikke kunnet udregnes, hvorfor de er udeladt fra den samlede opgørelse.

I gruppen af borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt er den gennemsnitlige omkostning forbundet med kontanthjælp, førtidspension, sygedagpenge og boligtilskud signifikant højere blandt alkoholoverforbrugerne relativt til kontrolgruppen. Der er ingen forskel på omkostningerne til skåne- og fleksjob, og borgere i kontrolgruppen har signifikant højere omkostninger til børnetilskud. Dette skyldes, at borgere i kontrol-

gruppen gennemsnitligt har flere børn (se senere afsnit om omkostningerne forbundet med anbringelser og hjælpeforanstaltninger til børn).

I gruppen af borgere i alkoholbehandling er de gennemsnitlige kommunale omkostninger per borger til kontanthjælp, førtidspension, skånejob og sygedagpenge signifikant højere end for kontrolgruppen. Forskellen på omkostningerne til fleksjob er ikke statistisk signifikant. Omkostningerne til boligtilskud er også signifikant højere for alkoholoverforbrugerne.

De samlede merudgifter til borgere med en alkoholrelateret sygehuskontakt i forhold til kontrolgrupperne er væsentlige. For borgere med en alkoholrelateret sygehuskontakt er de kommunalt betalte overførselsindkomster ca. 3 gange højere end for kontrolgruppen, og ca. 2,7 gange højere, når børne- og boligtilskud medregnes (de gennemsnitlige børnetilskud er højere for kontrolgruppen, fordi de får flere børn).

For gruppen i alkoholbehandling er merudgifterne mindre, men dog markante. De kommunale overførselsindkomster er 2,5 gange højere for alkoholoverforbrugerne sammenlignet med kontrolgruppen, og 2,3 gange højere når børne- og boligtilskud medregnes.

Tabel 8: Gennemsnitlige kommunale ydelser (overførsler og andre ydelser) per borger i de to grupper af alkoholoverforbrugere sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper.

	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkoholoverforbrugere (n=18.036)	Kontrol (n=35.118)	P-værdi	Alkoholoverforbrugere (n=34.330)	Kontrol (n=66.382)	P-værdi
Kommunale ydelser						
Kontanthjælp	8.741 kr.	2.521 kr.	0,00	10.283 kr.	2.944 kr.	0,00
Førtidspension	45.984 kr.	14.131 kr.	0,00	38.060 kr.	14.884 kr.	0,00
Fleksjob	1.911 kr.	1.996 kr.	1,00	2.853 kr.	2.615 kr.	0,60
Skånejob	43 kr.	44 kr.	1,00	121 kr.	66 kr.	0,00
Sygedagpenge	3.554 kr.	2.167 kr.	0,00	6.386 kr.	2.942 kr.	0,00
Kommunalt betalt overførelsesindkomster i alt	60.233 kr.	20.860 kr.		57.703 kr.	23.451 kr.	
Boligtilskud	7.543 kr.	2.914 kr.	0,00	5.585 kr.	2.236 kr.	0,00
Børnetilskud	868 kr.	1.416 kr.	0,00	1.875 kr.	2.456 kr.	0,00
Kommunale ydelser i alt	68.643 kr.	25.189 kr.	0,00	65.163 kr.	28.143 kr.	0,00
Andre ydelser^a	10.601 kr.	4.664 kr.	0,00	17.262 kr.	6.195 kr.	0,00

Bemærkninger: P-værdi fremhævet med fed angiver statistisk signifikante forskelle i forhold til kontrolgruppe.

a) Andre ydelser dækker bl.a.: kursugodtgørelse, revalideringsydelse, aktiveringsydelse, orlov til børnepasning for borgere, der ikke er dagpengeberettiget i a-kasse, pasning af nærtstående der ønsker at dø i eget hjem, pasning af børn med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, etableringsydelse og øvrige a-kasseydelse (andet end efterløn, overgangsydelse, arbejdsløshedsdagpenge, uddannelsesgodtgørelse og orlovsydelse). Disse kan være både regionalt, kommunalt, statsligt eller egen-finansierede. De er holdt adskilt fra de kommunale overførsler, da det ikke nødvendigvis er kommunerne der afholder udgifterne, om end det kan være tilfældet for nogle.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistik samt oplysninger fra Rødovre Kommune vedr. omkostningerne forbundet med "anden bistand".

Ad 2. Omkostninger forbundet med den kommunale medfinansiering af sundhedsudgifterne

Analyserne af sundhedsomkostningerne er både opgjort som i) andelen, der modtager de forskellige sundhedsydelse og ii) de gennemsnitlige omkostninger per borger til disse. Denne opdeling skyldes, at det ikke nødvendigvis er alle, der har haft kontakt til sundhedsvæsenet og dermed har genereret en omkostning. Forbruget af sundhedsydelser er fordelt på stationære og ambulante udgifter inden for både det somatiske og psykiatriske område samt for praksissektoren.

Tabel 9 viser en opgørelse over andelen af borgere, som har modtaget de forskellige typer af sundhedsydelser. Det fremgår, at andelen af borgere med et

alkoholoverforbrug, som modtager sundhedsydelser, er signifikant højere for begge grupper af alkoholoverbrugere relativt til kontrolgrupperne.

Blandt de med en alkoholrelateret sygehuskontakt er andelen, som modtager somatisk behandling, meget høj. Denne høje andel skyldes, at gruppen er identificeret på baggrund af Landspatientregistret, hvorfor andelen per definition vil være høj.

For gruppen i alkoholbehandling er andelen, som får psykiatriske sundhedsydelser meget højere end for kontrolgruppen. Dette kunne indikere, at der er relativt mange borgere med dobbeltdiagnoser¹⁶ i denne gruppe.

Tabel 9: Procentvise andele af borgere, der har haft en kontakt med sundhedsvæsenet, i de to grupper af alkoholoverbrugere sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper.

	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Andele (%)		P-værdi	Andele (%)		P-værdi
	Alkoholoverforbrugere (n=18.036)	Kontrol (n=35.118)		Alkoholoverforbrugere (n=34.330)	Kontrol (n=66.382)	
Kommunalt medfinansierede sundhedsydelser						
Somatiske stationære behandlinger	76,3	13,1	0,00	28,8	10,7	0,00
Somatiske ambulante behandlinger	82,5	42,9	0,00	56,2	40,6	0,00
Praksissektoren	96,6	93,0	0,00	98,2	92,7	0,00
Psykiatriske stationære behandlinger	5,9	0,5	0,00	10,8	0,5	0,00
Psykiatriske ambulante behandlinger	10,8	2,0	0,00	18,8	2,0	0,00
Kommunalt medfinansierede sundhedsydelser i alt	99,9	93,9	0,00	98,7	93,6	0,00

Bemærkninger: P-værdi fremhævet med fed angiver statistisk signifikante forskelle i forhold til kontrolgruppe.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

16 Med dobbeltdiagnoser menes der en psykiatrisk diagnose og en alkoholrelateret diagnose.

Tabel 10: Gennemsnitlige kommunale omkostninger per borger til medfinansiering af sundhedsydelser i de to grupper af alkoholoverforbrugere sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper.

	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkoholoverforbrugere (n=18.036)	Kontrol (n=35.118)	P-værdi	Alkoholoverforbrugere (n=34.330)	Kontrol (n=66.382)	P-værdi
Somatiske stationære behandlinger	14.878 kr.	2.061 kr.	0,00	4.483 kr.	1.533 kr.	0,00
Somatiske ambulante behandlinger	3.479 kr.	1.683 kr.	0,00	1.852 kr.	1.429 kr.	0,00
Praksissektoren	465 kr.	394 kr.	0,00	571 kr.	357 kr.	0,00
Psykiatriske stationære behandlinger	704 kr.	86 kr.	0,00	1.283 kr.	72 kr.	0,00
Psykiatriske ambulante behandlinger	346 kr.	91 kr.	0,00	767 kr.	95 kr.	0,00
Kommunal medfinansiering i sundhedsvæsenet i alt	19.872 kr.	4.269 kr.	0,00	8.957 kr.	3.486 kr.	0,00

Bemærkninger: P-værdi fremhævet med fed angiver statistisk signifikante forskelle i forhold til kontrolgruppe.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

I tabel 10 vises opgørelsen af de gennemsnitlige kommunalt finansierede sundhedsmkostninger per borger i hver af de to grupper af alkoholoverforbrugere sammenholdt med kontrolgrupperne. Der er i bilag vist en opgørelse af de kommunalt finansierede sundhedsmkostninger relativt til de samlede totale omkostninger i sundhedsvæsenet for de to alkoholgrupper og deres kontrolgrupper.

Sundhedsmkostningerne per borger i gruppen af alkoholoverforbrugere med en alkoholrelateret sygehuskontakt er signifikant højere end for kontrolgruppen for alle sundhedsydelserne. Det er det samme, som gjorde sig gældende for andelen med et forbrug som vist i tabel 9.

For gruppen i alkoholbehandling er de gennemsnitlige sundhedsmkostninger per borger ligeledes signifikant højere end for kontrolgruppen for samtlige typer af sundhedsydelser.

For alkoholoverforbrugere med en alkoholrelateret sygehuskontakt er de kommunale sundhedsmkostnin-

ger over 4,5 gange højere end tilsvarende omkostninger for kontrolgruppen. Dette skyldes primært de høje somatiske sundhedsmkostninger. Ses der på fordelingen af typen af sundhedsydelser og effekten af forskellig medfinansieringsgrad mellem disse, er der ingen forskel. Den kommunale medfinansiering udgør 23 % af sundhedsmkostningerne for både alkoholoverforbrugerne og kontrolgruppen.

For gruppen af borgere i alkoholbehandling er de kommunale sundhedsmkostninger over 2,5 gange højere end for kontrolgruppen. Den kommunale medfinansiering udgør for alkoholoverforbrugerne 21 % og for kontrolgruppen 22 % – altså en meget lille forskel.

Sundhedsmkostningerne er generelt højere for alkoholgrupperne sammenlignet med deres kontrolgrupper. Andelen af udgifterne, der er kommunalt medfinansierede, er dog den samme for grupperne. Typen af ydelser kan således ikke være meget forskellig grupperne imellem.

Table 11: Procentvise andele af borgere med børn i de to grupper af alkoholoverforbrugere sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper.

	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe		Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe	
	Alkoholoverforbrugere (n=18.036)	Kontrolgruppe (n=35.118)	Alkoholoverforbrugere (n=34.330)	Kontrolgruppe (n=66.382)
Andel, som er forældre (%)	14 %	20 %	30 %	34 %

Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Danmarks Statistik, se dataafsnit.

Ad 3. Omkostninger forbundet med anbringelser og hjælpeforanstaltninger til børn og unge

Blandt de 52.366 borgere med et alkoholoverforbrug er der 12.761, som har børn. Andelen, der har børn, er forskellig mellem de to grupper af alkoholoverforbrugere. Dette skyldes formentlig primært den ulige aldersfordeling i de to grupper. I gruppen af borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt er der flere helt unge og flere ældre, hvorfor der kun er 14 %, der har børn. I gruppen i alkoholbehandling er andelen 30 %. Tallene er vist i tabel 11, hvor også andelen blandt borgerne i kontrolgrupperne er vist. Generelt er der flere af borgerne i kontrolgrupperne, der har børn, relativt til alkoholoverforbrugerne.

I tabel 12 er vist, hvor stor en andel af børnene i de forskellige grupper, der enten er anbragt eller får en forebyggende foranstaltning, samt antallet af børn per borger (i gruppen) og antal børn blandt forældre. Antallet af børn per borger er en lille smule lavere for grupperne af alkoholoverforbrugere, relativt til deres kontrolgrupper. Ligesom borgere med en alkoholrelateret sygehuskontakt har færre børn per borger, relativt til den anden alkoholgruppe bestående af borgere i alkoholbehandling. Dette skal formentlig forklares ved aldersprofilerne i de to grupper.

Andelen af anbragte børn er til gengæld meget og signifikant højere i grupperne af alkoholoverforbrugere sammenlignet med deres kontrolgrupper.

Table 12: Antal forældre, antal børn per forældre samt andel børn der er anbragt eller med forebyggende hjælpeforanstaltning i de to grupper af alkoholoverforbrugere sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper.

	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkoholoverforbrugere	Kontrol	P-værdi	Alkoholoverforbrugere	Kontrol	P-værdi
Antal borgere i alt	18.036	35.118	-	34.330	66.382	-
Antal forældre	2.554	7.010	-	10.207	22.720	-
Antal børn	3.809	11.655	-	16.656	39.393	-
Gennemsnitligt antal børn, alle	0,2	0,3	-	0,5	0,6	-
Gennemsnitligt antal børn, kun forældre	1,5	1,7	-	1,6	1,7	-
Andel af børn med anbringelse	11,5 %	2,0 %	0,00	7,1 %	1,5 %	0,00
Andel af børn med forebyggende foranstaltning	6,5 %	2,0 %	0,00	5,5 %	1,8 %	0,00

Bemærkninger: P-værdi fremhævet med fed angiver statistisk signifikante forskelle i forhold til kontrolgruppe. De steder, hvor der ikke er angivet en p-værdi, er der ikke testet for statistisk signifikante forskelle mellem grupperne.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistik, Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister.

Samme signifikante mønster viser sig for børn, som modtager forebyggende foranstaltninger, dog er forskellen mindre end for anbringelser.

Den forholdsvis højere andel anbringelser for børn af forældre i gruppen med en alkoholrelateret sygehuskontakt relativt til børn af forældre i alkoholbehandling kan skyldes, at en meget høj andel af borgerne i den første gruppe har været indlagt (de er identificeret på

baggrund af en indlæggelse). Derfor er der også en større sandsynlighed for, at deres børn har haft brug for anbringelse. Der kan altså være en selekteret skævhed.

I tabel 13 er omkostningerne ved anbringelser og forebyggende foranstaltninger vist. I denne opgørelse er anbringelser og forebyggende foranstaltninger underopdelt på de specifikke ydelser.

Tabel 13: Gennemsnitlige omkostninger per barn for anbringelser og forebyggende hjælpeforanstaltninger for de to grupper af alkoholoverforbrugere sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper.

	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkoholoverforbrugere	Kontrol	P-værdi	Alkoholoverforbrugere	Kontrol	P-værdi
Antal borgere i alt	18.036	35.118		34.330	66.382	
Antal børn	3.809	11.655		16.656	39.393	
Anbringelser						
Døgninstitution	9.969 kr.	2.111 kr.	0,00	6.094 kr.	1.486 kr.	0,00
Kommunalt døgntilbud	4.563 kr.	1.107kr.	0,00	3.513 kr.	582 kr.	0,00
Socialpædagogisk opholdssted	8.720 kr.	2.591 kr.	0,00	6.037 kr.	1.822 kr.	0,00
Akutinstitution	2.154 kr.	523 kr.	0,03	1.662 kr.	262 kr.	0,00
Familiepleje	21.611 kr.	2.808 kr.	0,00	12.608 kr.	2.313 kr.	0,00
Slægtsanbringelse	315 kr.	104 kr.	0,72	281 kr.	68 kr.	0,00
Netværksfamilie	1.049 kr.	104 kr.	0,00	794 kr.	137 kr.	0,00
Kost-, ungdoms- eller efterskole	465 kr.	32kr.	0,00	219 kr.	55 kr.	0,00
Eget værelse	844 kr.	182 kr.	0,01	513 kr.	110 kr.	0,00
Skibsprojekt	168 kr.	35 kr.	0,79	61 kr.	3 kr.	0,28
Ukendt ^a	1.611 kr.	276 kr.	0,01	389 kr.	195 kr.	0,67
Omkostninger til anbringelser i alt per barn	51.468 kr.	9.874 kr.	0,00	32.172 kr.	7.032 kr.	0,00
Hjælpeforanstaltninger						
Fast kontaktperson	822 kr.	242 kr.	0,00	691 kr.	237 kr.	0,00
Aflastning	5.086 kr.	1.545 kr.	0,00	3.885 kr.	1.164 kr.	0,00
Personlig rådgiver	65 kr.	13 kr.	0,05	58 kr.	14 kr.	0,00
Praktikophold	85 kr.	44 kr.	0,87	124 kr.	48 kr.	0,00
Omkostninger til forebyggende foranstaltninger i alt per barn	6.059 kr.	1.843 kr.	0,00	4.757 kr.	1.463 kr.	0,00
Omkostninger anbringelser og forebyggende hjælpeforanstaltninger per barn totalt	57.527 kr.	11.718 kr.	0,00	36.929 kr.	8.495 kr.	0,00

Bemærkninger: P-værdi fremhævet med fed angiver statistisk signifikante forskelle i forhold til kontrolgruppe

a) For nogle af anbringelserne er typen ikke oplyst. Disse er i Danmarks Statistiks registre benævnt "ukendt".

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistik, Landspatientregisteret, Lægemedelstatistikregistret og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister.

Tabel 14: Procentvise andele af borgere, der har modtaget personlig og praktisk hjælp i egen bolig, i de to grupper af alkoholoverforbrugere sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper.

	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkoholoverforbrugere	Kontrolgruppe	P-værdi	Alkoholoverforbrugere	Kontrolgruppe	P-værdi
Antal borgere (N)	18.036	35.118		34.330	66.382	
Personlig og praktisk hjælp	Andele (%)			Andele (%)		
Personlig hjælp og pleje	16,7	2,3	0,00	6,0	1,2	0,00
Praktisk hjælp	18,8	3,4	0,00	8,1	2,0	0,00
Personlig og praktisk hjælp, i alt	22,0	4,1	0,00	9,5	2,3	0,00

Bemærkninger: P-værdi fremhævet med fed angiver statistisk signifikante forskelle i forhold til kontrolgruppe.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af EOJ-data fra kommunerne.

For gruppen med en alkoholrelateret sygehuskontakt, er der signifikant højere omkostninger til samtlige typer af anbringelser undtagen slægtsanbringelser og skibsprojekter (som har få observationer), relativt til kontrolgruppen. For de forebyggende foranstaltninger er der signifikant højere udgifter til fast kontaktperson og aflastning. Der er ikke signifikante forskelle i omkostningerne til personlig rådgiver og praktikophold mellem gruppen med en alkoholrelateret sygehuskontakt og kontrolgruppen.

For gruppen i alkoholbehandling er omkostningerne til alle anbringelsestyperne undtagen skibsprojekt og "ukendt" signifikant højere end for kontrolgruppen. Derudover er omkostningerne til alle undergrupper af forebyggende foranstaltninger signifikant højere end for kontrolgruppen.

Gennemsnitsomkostningerne per barn for alle anbringelsestyperne er desuden højere blandt gruppen af borgere med en alkoholrelateret sygehuskontakt end blandt borgere i alkoholbehandling. Igen skal det dog huskes, at en meget høj andel i denne gruppe har været indlagt, hvilket ikke i nær så høj grad er tilfældet for gruppen med et systematisk overforbrug af alkohol.

Ad 4. Omkostninger ved personlig og praktisk hjælp

Hvorvidt et overforbrug af alkohol har betydning for en borgers brug af kommunal personlig og praktisk hjælp måles ved andelen af borgere, som har modtaget hjælpen samt de gennemsnitlige omkostninger per borger. Andelen af borgere som modtager ydelserne afrapporteres, da der er stor forskel på, hvor mange borgere i grupperne med et overforbrug af alkohol, som modtager hjælp, sammenlignet med deres kontrolgrupper.

I tabel 14 angives andelen af borgere, der har modtaget personlig og praktisk hjælp. Opgørelsen viser, at andelen af borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt, som har modtaget personlig og praktisk hjælp af kommunen, er godt 5 gange større end den tilsvarende andel i kontrolgruppen. Blandt borgere i alkoholbehandling er andelen, der har modtaget personlig og praktisk hjælp, ca. 4 gange større end den tilsvarende andel i kontrolgruppen.

Tabel 15: Gennemsnitlige kommunale omkostninger per borger til personlig og praktisk hjælp i de to grupper af alkoholoverforbrugere sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper.

	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkoholoverforbrugere	Kontrolgruppe	P-værdi	Alkoholoverforbrugere	Kontrolgruppe	P-værdi
Antal borgere (N)	18.036	35.118		34.330	66.382	
Andel borgere, der bor i plejebolig (%)	2,1	0,3	0,00	0,8	0,2	0,00
Gennemsnitlige omkostninger per borger						
Borgere i egen bolig						
Personlig hjælp og pleje	14.145 kr.	2.597 kr.	0,00	3.567 kr.	1.353 kr.	0,00
Praktisk hjælp	2.897 kr.	489 kr.	0,00	1.062 kr.	296 kr.	0,00
Personlig og praktisk hjælp, i alt (borgere i egen bolig)	17.042 kr.	3.086 kr.	0,00	4.630 kr.	1.649 kr.	0,00
Borgere i plejebolig						
Personlig hjælp og pleje	8.165 kr.	2.290 kr.	0,00	2.380 kr.	1.123 kr.	0,00
Praktisk hjælp	607 kr.	159 kr.	0,00	210 kr.	66 kr.	0,00
Personlig og praktisk hjælp, i alt (borgere i plejebolig)	8.772 kr.	2.449 kr.	0,00	2.590 kr.	1.188 kr.	0,00
Kommunale omkostninger til personlig og praktisk hjælp, i alt	25.814 kr.	5.536 kr.		7.220 kr.	2.837 kr.	

Bemærkninger: P-værdi fremhævet med fed angiver statistisk signifikante forskelle i forhold til kontrolgruppe. De steder, hvor der ikke er angivet en p-værdi, er der ikke testet for statistisk signifikante forskelle mellem grupperne.

a) Gennemsnitsomkostningerne til borgere i plejebolig er baseret på opregnede tal. P-værdien er beregnet på basis af de 31 kommuner, som har oplysninger om hjemmepleje i plejebolig, da der ikke kan ske en beregning af p-værdi på opregnede tal – se dataafsnit.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af EOJ-data fra kommunerne.

I tabel 15 angives de gennemsnitlige kommunale omkostninger per borger til personlig og praktisk hjælp i hver af grupperne med overforbrug af alkohol samt deres respektive kontrolgrupper. Tallene viser, at de gennemsnitlige omkostninger per borger til personlig og praktisk hjælp er højere for borgere med et overfor-

brug af alkohol sammenlignet med kontrolgrupperne. Ydelsen personlig hjælp og pleje udgør den største meromkostning. Dette gælder både for borgere, der bor i egen bolig og plejebolig. Samtidig bemærkes det, at en større andel af borgerne i overforbrugsgrupperne bor i plejebolig sammenlignet med kontrolgrupperne.

En sammenligning af grupperne af borgere med et overforbrug af alkohol viser, at andelen, som får personlig og praktisk hjælp, er betydeligt større i gruppen med sygehuskontakt, og at den gennemsnitlige omkostning per borger også er højere. Derudover bor en større andel af borgerne i denne gruppe i plejebolig i forhold til gruppen i alkoholbehandling. Gruppen af borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt har en betydeligt større andel af borgere på 60 år eller derover, som må forventes at have et større behov for personlig og praktisk hjælp.

Samlet kan det konkluderes, at omfanget af kommunal personlig og praktisk hjælp er større blandt borgere med et overforbrug af alkohol i forhold til kontrolgrupperne. I gruppen af borgere med en alkoholrelateret sygehuskontakt er der tale om mere end en firdobling af de gennemsnitlige omkostninger per borger, mens der for borgere i alkoholbehandling er tale om mere end en fordobling.

Binge drinking og højriskogrunder

Der er ydermere foretaget analyser af populationer trukket fra databasen for Den Nationale Sundhedsprofil¹⁷. I sundhedsprofilen er binge drinking¹⁸ og højriskogrunder identificeret. Resultaterne for disse grupper er uklare, med en tendens til lavere omkostninger i alkoholgrupperne. Der er dog tale om spørgeskema-baserede data. Med en viden om at de, der svarer på sådanne typer af undersøgelser, kan have en væsentlig anden profil end de, der ikke svarer, kan populationerne til dette formål næppe betragtes som helt brugbare i denne sammenhæng. Derfor er disse analyser ikke inkluderet i denne rapport. De kan dog rekvireres fra forfatterne.

17 Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet & Sundhedsstyrelsen. Sundhedsprofil 2010.dk: <http://www.sundhedsprofil2010.dk/Pages/Home.aspx>

18 Binge drinking: Indtagelse af 5 eller flere genstande ved en lejlighed.

Samlede omkostninger og perspektivering

Der er samlet fundet et betydeligt merforbrug af kommunalt finansierede ydelser i de to grupper af alkoholoverforbrugere. Den ene gruppe er identificeret på baggrund af en alkoholrelateret diagnose. Den anden gruppe er identificeret på baggrund af oplysninger om alkoholbehandling.

I tabel 16 er de årlige omkostninger per borger for kommunerne opgjort samlet.

Tabel 16: Gennemsnitlige kommunale omkostninger per borger i de to grupper af alkoholoverforbrugere sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper.

	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkoholoverforbrugere (n=18.036)	Kontrol (n=35.118)	P-værdi	Alkoholoverforbrugere (n=34.330)	Kontrol (n=66.382)	P-værdi
Kommunal medfinansiering af sundhedsomkostninger	19.872 kr.	4.269 kr.	0,00	8.957 kr.	3.486 kr.	0,00
Kommunale overførsler og ydelser mv.	68.643 kr.	25.189 kr.	0,00	65.163 kr.	28.143 kr.	0,00
Anbringelser og hjælpeforanstaltninger	12.149 kr.	3.889 kr.	0,00	17.917 kr.	5.041 kr.	0,00
Personlig og praktisk hjælp ^a	25.814 kr.	5.536 kr.	-	7.220 kr.	2.837 kr.	-
Kommunale omkostninger i alt	126.478 kr.	38.883 kr.	-	99.257 kr.	39.507 kr.	-

Bemærkninger: P-værdi fremhævet med fed angiver statistisk signifikante forskelle i forhold til kontrolgruppe. De steder, hvor der ikke er angivet en p-værdi, er der ikke testet for statistisk signifikante forskelle mellem grupperne.

a) Der kan ikke beregnes en samlet p-værdi, da der er tale om opregnede tal for borgere i plejebolig for størstedelen af kommunerne.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistik, Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregistret, EOJ-data fra kommunerne og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister.

Differencen i omkostninger mellem alkoholoverforbrugere med en alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe er på 87.595 kr. per borger. Dette tal dækker over meromkostningen inden for bare et år. I gruppen i alkoholbehandling er meromkostningen på 59.749 kr. per borger. Når der tages hensyn til antallet af borgere i hver af grupperne, kan den totale meromkostning, for de ydelser, der er inkluderet i nærværende analyse, opgøres til 3,631 mia.kr. årligt. Dertil kommer et ikke ubetydeligt regionalt forbrug samt en række kommunale omkostninger, som det ikke har været mu-

ligt at få omkostningsdata for, fx hjemmesygeplejepleje og kommunal genoptræning.

Den årlige meromkostning for gruppen af borgere med et overforbrug af alkohol i en gennemsnitskommune med 50.000 borgere er på 33 mio. kr. årligt, fordelt på 18,7 mio. kr. til overførsler, 4,3 mio. kr. til kommunal medfinansiering af sundhedsydelser, 5,4 mio. kr. til anbringelser og hjælpeforanstaltninger til børn og unge og 4,7 mio. kr. til personlig og praktisk hjælp (se tabel 17).

Tabel 17: Kommunale årlige meromkostninger i Danmark samt en gennemsnitskommune i de to grupper af alkoholoverforbrugere sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper.

	Meromkostninger for gruppen med overforbrug af alkohol i forhold til kontrol. Danmark	Meromkostninger for gruppen med overforbrug af alkohol i forhold til kontrol. Kommune med 50.000 borgere
Kommunal medfinansiering af sundhedsomkostninger	469 mio. kr.	4,3 mio. kr.
Kommunale overførsler og ydelser mv.	2.055 mio. kr.	18,7 mio. kr.
Anbringelser og hjælpeforanstaltninger	591 mio. kr.	5,4 mio. kr.
Personlig og praktisk hjælp	516 mio. kr.	4,7 mio. kr.
Kommunale omkostninger i alt	3.631 mio. kr.	33 mio. kr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistik, Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregistret, EOJ-data fra kommunerne og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister.

Endelig er det formentlig langt fra alle med alkoholoverforbrug, der er blevet identificeret i denne analyse. Ifølge en rapport fra Center for Alkoholforskning ved Syddansk Universitet vurderes der at være omkring 140.000 alkoholafhængige i Danmark¹⁹. Forestiller man sig, rent hypotetisk, at denne gruppe har et forøget forbrug af kommunale ydelser, der er sammenligneligt med det, der er fundet blandt gruppen i

alkoholbehandling i denne analyse, stiger de samlede meromkostninger til ca. 9 mia. kr. I det omfang det er muligt at nedbringe omkostningerne knyttet til alkoholoverforbruget, er der således et betydeligt besparelsespotentiale. Besparelsespotentialet kan fx sammenholdes med kommunernes udgifter til alkoholbehandling, der i 2010 samlet udgjorde 283,5 mio. kr.²⁰

19 Hvidtfeldt, U.A.; Hansen, A.B.G.; Grønbæk, M.; Tolstrup, J.S.: Alkoholforbrug i Danmark. Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2008.

20 Beløbet omfatter dag-, døgn- og ambulant behandling samt uautoriserede grupperinger. Kilde: Tal på alkohol i kommunerne. Web-publikation. Sundhedsstyrelsen: <http://www.sst.dk/Webudgivelser/Tal%20paa%20alkohol%20i%20kommunerne/Udgifter%20relateret%20til%20alkohol.aspx>.

Bilag – omkostninger for ikke-kommunale overførsler

Ikke-kommunale overførsler dækker i dette tilfælde aldersbetinget pension, efterløn og a-kasse. De ikke-kommunale overførselsindkomster resulterer samlet i omkostninger, der er 9 % højere blandt alkoholoverforbrugere med en alkoholrelateret sygehuskontakt, når der sammenlignes med omkostningerne i deres kontrolgruppe. I gruppen af borgere i alkoholbehandling

er omkostningerne til ikke-kommunale overførsler 17 % højere i forhold til kontrolgruppen. Tallene fremgår af tabellerne nedenfor. I den første tabel er andelen af borgere i gruppen, der har modtaget den pågældende form for overførsel vist. I den næste tabel er de faktiske omkostninger ved overførslerne opgjort per borger.

Table I: Procentvise andele af borgere, der modtager ikke-kommunalt finansierede overførsler, i de to grupper af alkoholoverforbrugere sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper.

	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkohol-overforbrugere (%)	Kontrol (%)	P-værdi	Alkohol-overforbrugere (%)	Kontrol (%)	P-værdi
Ikke-kommunale overførsler						
Aldersbetinget pension	25,3	23,8	0,00	13,0	12,0	0,00
Efterløn	5,2	6,4	0,00	4,1	4,7	0,00
A-kasse	6,4	6,5	1,00	11,7	9,0	0,00

Bemærkninger: P-værdi fremhævet med fed angiver statistisk signifikante forskelle i forhold til kontrolgruppe.

Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik, se dataafsnit.

Table II: Gennemsnitlige omkostninger per borger til overførsler, der ikke er kommunalt finansierede, i de to grupper af alkoholoverforbrugere sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper.

	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkohol-overforbrugere	Kontrol	P-værdi	Alkohol-overforbrugere	Kontrol	P-værdi
Ikke-kommunale overførsler						
Aldersbetinget pension	35.327 kr.	31.068 kr.	0,00	18.046 kr.	15.621 kr.	0,00
Efterløn	6.808 kr.	7.897 kr.	0,00	5.176 kr.	5.679 kr.	0,09
A-kasse	4.628 kr.	3.948 kr.	0,00	7.937 kr.	5.415 kr.	0,00
Ikke-kommunale overførsler i alt	46.763 kr.	42.913 kr.	-	31.159 kr.	26.714 kr.	-

Bemærkninger: P-værdi fremhævet med fed angiver statistisk signifikante forskelle i forhold til kontrolgruppe.

Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik, se dataafsnit.

De ikke-kommunale udgifter til overførsler er signifikant højere for gruppen af borgere med en alkoholrelateret sygehuskontakt sammenlignet med kontrolgruppen for aldersbetinget pension og a-kassebetalt understøttelse. Det forholder sig omvendt for efterløn, hvor omkostningerne til kontrolgruppen er højest.

De højere omkostninger for aldersbetinget pension for borgere med et overforbrug af alkohol viser sig også ved, at en højere andel af borgerne med overforbruget modtager denne ydelse end kontrolgrupperne.

Det samme gør sig dog ikke gældende for borgere med en alkoholrelateret sygehuskontakts modtagelse

af a-kassebetalt understøttelse. Her er der ikke forskel på andelen som modtager understøttelsen grupperne imellem, selvom der er observeret signifikant højere omkostninger blandt borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt.

Den signifikante forskel i omkostningerne til a-kassebetalt understøttelse kan skyldes, at der ved opgørelsen af andelen på a-kassebetalt understøttelse ikke tages højde for varigheden af ledighed. Gruppen af alkoholoverforbrugere med en alkoholrelateret sygehuskontakt må derfor antages at have længere ledighedsperioder, hvilket kan forklare omkostningsforskellene.

Bilag – de totale regionale sundhedsudgifter blandt alkoholoverforbrugere

Nedenfor er de gennemsnitlige årlige omkostninger til regionale sundhedsudgifter vist for de to grupper af alkoholoverforbrugere og deres respektive kontrolgrupper. Både den kommunalt finansierede andel og de samlede omkostninger er vist. Opgørelsen viser, at borgere med et overforbrug af alkohol gennemsnitligt har højere sundhedsmkostninger sammenlignet med

kontrolgruppen, hvor borgerne ikke har et overforbrug af alkohol.

De samlede meromkostninger til det regionale sundhedsvæsen for grupperne med højt alkoholforbrug opgøres på denne baggrund til 2,153 mia. kr., hvoraf den kommunale andel udgør 469,2 mio. kr.

Table III: Gennemsnitlige årlige regionale sundhedsmkostninger per borger i de to grupper af alkoholoverforbrugere og deres respektive kontrolgrupper, både for de kommunalt finansierede og de totale regionale sundhedsudgifter.

	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkoholoverforbrugere	Kontrol	P-værdi	Alkoholoverforbrugere	Kontrol	P-værdi
Kommunal medfinansiering i sundhedsvæsenet i alt	19.872 kr.	4.269 kr.	0,00	8.957 kr.	3.486 kr.	0,00
Sundhedsmkostninger totalt ^a	88.067 kr.	18.825 kr.	0,00	41.970 kr.	15.642 kr.	0,00

Bemærkninger: Statistisk signifikante forskelle er fremhævet med fed.

a) De totale sundhedsmkostninger omfatter ud over den kommunalt finansierede del også den regionalt finansierede.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret.

Bilag – andele borgere i genoptræning efter servicelovens §86 og sundhedslovens §140

I nedenstående tabel IV er vist andelen af borgere i de to grupper af alkoholoverforbrugere og deres kontrolgrupper, der modtager genoptræning/vedligeholdelses-

træning efter servicelovens §86. Kun de 77 kommuner, som har indberettet oplysninger for §86-ydelser, er medtaget i beregningen af p-værdien.

Tabel IV: Procentvise andele af borgere, der modtager genoptræning efter servicelovens §86, i de to grupper af alkoholoverforbrugere sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper.

	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkoholoverforbrugere	Kontrolgruppe	P-værdi	Alkoholoverforbrugere	Kontrolgruppe	P-værdi
Antal borgere (N)	18.036	35.118		34.330	66.382	
	Andele (%)			Andele (%)		
Genoptræning efter servicelovens §86	2,4	0,5	0,00	1,0	0,3	0,00

Bemærkninger: P-værdi fremhævet med fed angiver statistisk signifikante forskelle i forhold til kontrolgruppe. P-værdi for borgere, der modtager genoptræning, er beregnet på basis af kommuner med data – se afsnit "Genoptræning i kommunerne".

Kilde: Egne beregninger på baggrund af EOJ-data fra kommunerne, se dataafsnit ad 4.

I tabel V er vist andelen af borgere i de to grupper af alkoholoverforbrugere og deres kontrolgrupper, der modtager genoptræning efter sundhedslovens §140. Kvaliteten af data for §140-ydelser er ikke tilstrækkelig god for de fleste kommuner, så populationen består

kun af 32 kommuner. Disse kommuner er brugt til en approksimeret beregning af andelen af borgere, som modtager genoptræning efter sundhedslovens §140 for alle kommuner (dette er beskrevet i afsnit "Genoptræning i kommunerne").

Tabel V: Procentvise andele af borgere, der modtager genoptræning efter sundhedslovens §140, i de to grupper af alkoholoverforbrugere sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper.

	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkoholoverforbrugere	Kontrolgruppe	P-værdi	Alkoholoverforbrugere	Kontrolgruppe	P-værdi
Antal borgere (N)	5.618	10.660		10.560	20.385	
	Andele (%)			Andele (%)		
Genoptræning efter sundhedslovens §140	9,2	2,2	0,00	4,5	2,0	0,00

Bemærkninger: P-værdi fremhævet med fed angiver statistisk signifikante forskelle i forhold til kontrolgruppe.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra SSI, se dataafsnit ad 4.

Opgørelserne viser, at en højere andel af borgere med et overforbrug af alkohol modtager genoptræning i kommunen sammenlignet med kontrolgrupperne – dette gælder både genoptræning efter servicelovens §86 og sundhedslovens §140. Særligt modtager en højere an-

del af borgere med en alkoholrelateret sygehuskontakt genoptræning, hvilket man kan forestille sig kan hænge sammen med sygehuskontakten samt den relativt højere andel af +60 årige borgere i denne gruppe.

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S
Telefon 72 22 74 00
sst@sst.dk
www.sst.dk