



SUNDHEDSSTYRELSEN



Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning

Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol, nr. 3

- EN REGISTERBASERET ANALYSE AF KOMMUNERNES MEROMKOSTNINGER
TIL OVERFØRSELSINDKOMSTER, PERSONLIG OG PRAKTISK HJÆLP OG ANDRE
STØTTENDE FORANSTALTNINGER



2016

Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol, nr. 3

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

© Sundhedsstyrelsen 2016

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Analyse og manuskript:

Jakob Kjellberg, KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.
Rikke Ibsen, i2minds

Redaktion: Sundhedsstyrelsen

Grafisk tilrettelæggelse:

Michala C. Bendixen, www.bendixen.nu

Foto, forside: Colourbox

Version: 1.0

Versionsdato: november 2016

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen 2016

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-810-0

Indledning

Alkohol er en af de faktorer, der har størst indflydelse på folkesundheden i Danmark. Ikke alene spiller alkohol en rolle i forhold til udviklingen af en lang række sygdomme, som fx alvorlig leverlidelse, mave-, tarm-, lunge- og muskelskeletsygdomme og visse typer af kræft, men også en lang række ulykker sker på grund af alkohol. Alkohol er også skyld i for tidlig død. Overforbrug af alkohol har ikke alene konsekvenser for den, der drikker, men kan også have væsentlige følger for de pårørende og samfundsmæssigt.

Kommunerne har efter kommunalreformen fået en større økonomi på alkoholområdet. Med ansvaret for såvel forebyggelse som behandling har kommunen en enestående mulighed for at udnytte evt. økonomiske potentialer i den fremtidige indsats på alkoholområdet. For at styrke kommuners planlægningsgrundlag opgør Sundhedsstyrelsen hvert fjerde år kommunernes meromkostninger i forbindelse med borgernes overforbrug af alkohol.

Denne rapport viser kommunernes meromkostninger i 2014 til borgere med overforbrug af alkohol. Der er tale om en opdatering, undersøgelsen blev gjort første gang i 2012.

Opgørelsen indeholder de kommunale meromkostninger til medfinansiering af sundhedsvæsenet, til overførselsindkomster, til hjælpeforanstaltninger til børn og unge samt til praktisk og personlig hjælp. Det har ikke været muligt at få alle relevante omkostninger med i opgørelsen, da indrapporteringer har været for ufuldstændige, fx for hjemmesygepleje og genoptræning.

Opgørelserne formidles dels i denne rapport med kommunernes samlede merudgifter og dels i en IT-interaktiv form med opgørelser på kommunalt og regionalt niveau. I den interaktive udgivelse indgår Danmarks-kort med mulighed for benchmarking og derudover kan der hentes kommunerapporter samt regionstabeller.

Opgørelserne ses på www.sst.dk: [Kommunernes meromkostninger til alkoholoverforbrug](#).

Sundhedsstyrelsen har et særligt fokus på at stille viden, data og værktøjer til rådighed for kommunerne i ønsket om at styrke kommunernes planlægningsgrundlag. Nærværende opgørelse om kommunale merudgifter i forbindelse med borgernes overforbrug af alkohol indgår i Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsens formidlingsplan for data på alkoholområdet.

I planen indgår tillige opdateringer hvert andet år af:

- Alkoholstatistik. Nationale data
- Alkoholstatistik. Kommunale og regionale data
- National Alkoholbehandling

Baggrund

Danskerne har et højt alkoholforbrug. 8,5 % borgere over 15 år drikker over højrisikogrænsen, 640.000 har et skadeligt forbrug og 147.000 er afhængige af alkohol¹. Følgerne heraf er store såvel for den enkelte, for de pårørende som samfundsmæssigt.

Alkohol har stor betydning for danskerne såvel helbreds- 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 helbreds- og sociale 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, som i 2013 blev udvidet med flere kommunale ydelser⁶. De to rapporter viste, baseret på data fra 2010, at der var betydelige kommunale meromkostninger forbundet med borgernes overforbrug. Formålet med nærværende rapport er med udgangspunkt i data fra 2014 at opdatere og følge udviklingen. Rapporten adskiller sig ved, at den nu også indeholder brug af hjemmesygepleje. Da det alene er muligt at indhente oplysninger om de, som modtager hjemmesygepleje - og ikke omfanget af forbrug for den enkelte borger, indgår hjemmesygeplejen dog ikke i det samlede omkostningsestimat.

Indeværende rapport viser de gennemsnitlige kommunale meromkostninger for overforbrug af alkohol på landsplan. Ligesom i 2013 kan data for hver kommunes meromkostninger indhentes ved brug af et interaktivt kommunekort, som er tilgængeligt på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, sammen med en rapport for hver kommune (www.sst.dk).

Denne rapport er et eksempel på, at kommunernes indberetninger til Danmarks Statistik og Statens Serum 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 hjemmesygepleje, som kun delvist har været mulig at inkludere i denne rapport.

- 1) Hansen, A. B. G., Hvidtfeldt, U. A., Grønæk, M., Becker, U., Nielsen, A. S. & Tolstrup, J. S.: The number of persons with alcohol problems in the Danish population. *Scandinavian Journal of Public Health* 2011 samt Danskernes Sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2013. Sundhedsstyrelsen.
- 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.
- 6) Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol. Sundhedsstyrelsen NR. 2. 2013.

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 2014.

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), Lægemiddelstatistikregisteret (LMR) samt Landspatientregisteret (LPR) er borgere med et overforbrug af alkohol 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 borgere med overforbrug af alkohol. Den ene gruppe består af borgere, 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 Lægemiddelstatistikregisteret 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 3,2 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, kommunal genoptræning, omkostninger til plejebolig mv.
- Meromkostningerne i en gennemsnitskommune med 50.000 borgere er på 28 mio. kr. årligt, fordelt på 17,7 mio. kr. til overførselsindkomster, 4,4 mio. kr. til kommunal medfinansiering af sundhedsydelser, 4,1 mio. kr. til anbringelser og andre hjælpeforanstaltninger til børn og unge samt 2,7 mio. kr. til personlig og praktisk hjælp.
- For en borger i alkoholbehandling er den årlige kommunale meromkostning på 63.088 kr., når der sammenlignes med en tilsvarende borger uden et overforbrug af alkohol.
- For borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt, er den kommunale årlige meromkostning på 81.520 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. 42.000 kr. per borger med overforbrug af alkohol.
- De årlige kommunale meromkostninger forbundet med anbringelser og andre hjælpeforanstaltninger til børn af forældre med overforbrug af alkohol 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. 19.000 kr. per borger. I gruppen med borgere i alkoholbehandling er de gennemsnitlige meromkostninger på ca. 6.000 kr. per borger. De kommunale sundhedsudgifter udgør dog kun knap en fjerdedel af de samlede sundhedsomkostninger. Såfremt de regionale sundhedsomkostninger inkluderes, stiger omkostnings-

forskellen 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. For disse borgere er der en årlig meromkostning på 13.310 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 og bor i højere grad i plejebolig. Andelen af anbragte børn i grupperne af borgere med overforbrug af alkohol, er ca. 5 gange større end i deres kontrolgrupper, mens andelen af borgere som modtager kontanthjælp eller førtidspension er 2-3 gange større blandt borgere med et overforbrug. Andelen af borgere, som bor i plejebolig, er 6-7 gange større for borgere med et overforbrug, hvor 5,2 % af borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt bor i plejebolig og 1,2 % af borgerne i alkoholbehandling.

Denne analyse omfatter langt fra alle med overforbrug af alkohol, som det kunne være relevant at inddrage. En forskergruppe fra Syddansk Universitet vurderer, at der er omkring 147.000 borgere med alkoholafhængighed i Danmark⁷. 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, så stiger de samlede meromkostninger på landsplan til ca. 10 mia. kr. For en kommune med 50.000 borgere vil de gennemsnitlige merudgifter udgøre ca. 93 mio. kr.

I det omfang det er muligt at nedbringe omkostningerne knyttet til alkoholoverforbruget, er der således et betydeligt besparelspotentiale. Det mulige besparelspotentiale kan sammenholdes med kommunernes udgifter til alkoholbehandling, der i 2014 på landsplan udgjorde 346,7 mio. kr., og at kun ca. 20 % af de 147.000 borgere, der er afhængige af alkohol, er i behandling.

7) Hansen, A. B. G., Hvidtfeldt, U. A., Grønæk, M., Becker, U., Nielsen, A. S. & Tolstrup, J. S.: The number of persons with alcohol problems in the Danish population. Scandinavian Journal of Public Health 2011.

Data og metode

Design

Analysen er foretaget som en matchet case-kontrol analyse⁸. 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. På grund af anonymitetskravet skal populationerne have en vis størrelse, og derfor er små kommuner (øer) lagt sammen med større kommuner.

Det drejer sig om:

- Samsø, som er lagt sammen med Skanderborg
- Ærø, som er lagt sammen med Svendborg
- Læsø, som er lagt sammen med Frederikshavn
- Fanø, som er lagt sammen med Esbjerg

Population

Borgere over 18 år med et overforbrug af alkohol er identificeret på baggrund af hhv. Landspatientregisteret (LPR), Lægemedelstatistikregistret (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 2014⁹.

Lægemedelstatistikregistret 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 2014, er identificeret. Følgende ATC-koder er anvendt: N07BB01 (Antabus®) og N07BB03 (Campral®).

Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) indeholder oplysninger om borgere, der har været i offentlig betalt alkoholbehandling på et alkoholbehandlingscenter. Borgere, der i 2014 har været i behandling, er medtaget i populationen.

Med ovennævnte inklusionskriterier fås en gruppe på 45.779 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 Lægemedelstatistikregistret i behandling med henholdsvis Antabus® eller Campral®. Denne gruppe udgør 65 % 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 35 % 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.

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

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.

Omkostninger

Omkostninger er opgjort for året 2014. Omkostningerne omfatter kommunale udgifter forbundet med:

1. Overførselsindkomster
2. Kommunal medfinansiering af sundhedsydelser
3. Hjelpeforanstaltninger for børn og unge
4. Personlig og praktisk hjælp¹⁰.

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 anvendt¹¹.

For nærværende analyse er overførslerne summeret i tabel 1 og omfatter: Kontanthjælp, førtidspensioner, fleks- og skånejobordninger, sygedagpenge, bolig- og børnetilskud samt øvrig kontanthjælp. Øvrig kontanthjælp er en ny variabel i indkomststatistikken pr. 2014, som omfatter revalidering, aktivering, integrationsydelse, ledighedsydelse, efterlevelseshjælp, ressourceforløb, uddannelsesyldelse samt flexjobydelse.

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 Sygedagpengeregisteret. Omkostninger til skåne- og fleksjobordningerne samt løntilskud betales til arbejdsgiveren for forløb, som er startet før 2013, og har derfor ikke kunnet hentes i Indkomststatistikken. For skåne- og fleksjobordninger er der for forløb startet før 2013 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 kunnet gøres for de kommunale løntilskud. Disse er således ikke inkluderet i opgørelserne af omkostningerne.

Ad 2.

De kommunale udgifter forbundet med den kommunale medfinansiering af sundhedsydelser er udregnet på baggrund af data fra Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret. For hver borger er der opgjort data for forbruget af sundhedsydelser i 2014 i 2014 priser. På baggrund af medfinansieringsreglerne for 2012 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 andre hjelpeforanstaltninger i Danmarks Statistiks Børn- og Unge Register. Omkostningerne er dernæst udregnet på baggrund af takster for de forskellige ydelser hentet i Rødovre Kommune i 2010 og omregnet til 2014-priser. 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 der optræder i både gruppen af borgere i alkoholbehandling og i gruppen af borgere med en alkoholrelateret sygehuskontakt, er de omkostningerne der kan relateres de børn og unge placeret i gruppen af borgere i alkoholbehandling. Tilsvarende er udgifterne hos børn og unge, hvor den ene forælder optræder i kontrolgruppen og den anden forælder er i gruppen med overforbrug, placeret i gruppen af borgere med alkoholoverforbrug. Børnene og de unge er inkluderet uanset om forældrene har forældremyndighed/samkvem mv.

Ad 4.

De kommunale udgifter forbundet med personlig og praktisk hjælp er beregnet på baggrund af 2014 data fra kommunernes EOJ-systemer (elektroniske omsorgsjournaler). Alle kommuner har indberettet oplysninger om omkostninger for personlig og praktisk

10) Der findes kun oplysninger for omkostninger for borgere, som modtager personlig og praktisk hjælp efter fritvalgsordningen i eget hjem. Efter 2010 findes der ikke oplysninger om omkostninger for borgere i plejebolig, hvorfor de omkostninger ikke er inkluderet i opgørelsen.

11) Se evt. <http://www.fm.dk/Arbejdsmraader/Offentlige%20udgifter/Udgiftstyper/Overfoerselsudgifter.aspx>

hjælp for borgere i eget hjem til Danmarks Statistik i 2014. For 17 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.

Efter 2010 findes variable for visiterede minutter ikke længere for borgere i plejebolig. Der findes dog data for, om en borger bor i plejebolig, så andelen, der bor i plejebolig kan opgøres. Der findes kun data for borgere i plejebolig for 27 kommuner i 2014. For de resterende 67 kommuner er de opregnede tal for andelen af borgere i plejebolig baseret på andelen i de 27 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 statistisk sammenligning af case og kontrolgruppe i kommuner med opregnede tal, hvilket vil fremgå i kommunens tabeller¹².

Hjemmesygepleje

En samlet opgørelse for hele landet er ikke mulig jf. Danmarks Statistik¹³, men der er lavet et estimat. Estimatet er beregnet på landsgennemsnittet pr. person i hver gruppe, hvor der er oplysninger, hvorefter der ganges op med antallet af personer i gruppen.

Hjemmesygepleje er ikke registreret for alle kommuner i 2014. Otte kommuner har ingen registreringer, mens 23 kommuner har registreringer for 1-11 måneder, men ikke hele året.

Hjemmesygeplejen er opgjort som antal leverede ydelser. Men da der ikke findes oplysninger om varigheden af besøget, kan vi derfor ikke prisfastsætte en ydelse leveret af hjemmesygeplejen.

I beregningen af antal leverede ydelser pr. person, laves først en opregning, hvor vi finder antallet af leverede ydelser for de måneder, vi har. Dette estimat ganges herefter op, så vi har et estimat for hele året, som derefter deles med antallet i gruppen i kommunen.

For de kommuner, hvor der slet ikke findes oplysninger beregnes antal leverede ydelser ikke, da der er så stor forskel på de enkelte kommuner, at det ikke giver mening at opregne data. Da der er stor forskel på registreringspraksis i de enkelte kommuner, er opgørelsen af antal leverede ydelser for hele landet problematisk.

Andel af personer, som får et eller flere hjemmesygeplejeydelser opgøres kun for de kommuner, som har oplysninger for hele året, da det ikke giver mening at beregne andelen, når der er manglende måneder. Det ville undervurdere andelen i de kommuner, som har oplysninger for hele året. Da der er store udsving for hjemmesygepleje er en beregning vurderet for usikker, og er derfor udeladt.

Genoptræning i kommunerne

Genoptræningsdata er så mangelfulde og usikre, at de er udeladt fra analysen.

- 12) Den enkelte kommunes omkostninger findes i det interaktive kommunekort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk: Kommunernes meromkostninger til alkoholoverforbrug](http://www.sst.dk/Kommunernes_meromkostninger_til_alkoholoverforbrug)
- 13) Data indkommer månedligt til Danmarks Statistik fra de kommunale omsorgssystemer. Indsamlingen iværksattes i 2010 ifm. med implementering af dokumentationsprojekt om kommunale sundhedsindikatorer, som led i Økonomiaftale for 2006. Projektets finansiering af driften af de kommunale sundhedsindikatorer sluttede i 2013. Hjemmesygeplejestatistikken er en revitalisering af kommunernes data, hvor det af Danmarks Statistik er valgt i marts 2016 at offentliggøre månedlige data i første omgang for perioden fra januar 2014 til december 2015. Idet der ikke foreligger data for samtlige kommuner, giver statistikken ikke et komplet billede af sygeplejeaktiviteten, og der kan derfor ikke opgøres data for regioner og hele landet. Desuden kan kommunerne anvende forskellig registreringsspraksis, hvilket især er synligt, når der ses på ydelsestyper.

Tabel 1: Oversigt over hvilke omkostninger, der er henholdsvis inkluderet og ikke inkluderet i analysen

Omkostningsgruppe	Omfattede ydelser
Overførselsindkomster	• Kontanthjælp • Førtidspensioner • Fleks- og skånejobordninger (a) • Sygedagpenge • Bolig- og børnetilskud • Øvrig kontanthjælp - o Revalidering - o Aktivering - o Integrationsydelse - o Ledighedsydelse - o Efterlevelseshjælp - o Ressourceforløb - o Uddannelsesyndelse
Kommunal medfinansiering af sundhedsydelser	• Alle sundhedsydelser med kommunal medfinansiering
Hjælpeforanstaltninger for børn og unge	• Anbringelser • 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 • Hjemmepleje for borgere i plejebolig

a) Omkostninger til flex- og skånejob er for forløb startet før 2013 estimeret. Omkostninger til forløb startet fra 2013 er baseret på tal fra indkomststatistikken

Tabel 2: Takster for den kommunale medfinansiering af sundhedsydelser (2014 satser)

Sektor	Andel der betales af kommunen
Somatik	
Stationær behandling (indlæggelse)	34 % af DRG-taksten (a), max 14.377 kr. pr. indlæggelse
Ambulant behandling	34 % af DAGS-taksten (b), max 1.418 kr. (Gråzone (c) max 14.377 kr.)
Genoptræning under indlæggelse	70 % af genoptræningstakst
Genoptræning ambulant	100 % af genoptræningstakst
Psykiatri	
Stationær behandling (indlæggelse)	60 % af sengedagstakst, max 8.317 kr. pr. indlæggelse
Ambulant behandling	30 % af besøgstakst
Praksissektoren	
Speciallæger	34 % af honorar, max 1.418 kr. pr ydelse
Almen læge	10 % på honorar
Andet	
Fysioterapi, tandlæge, psykolog mm.	10 % på honorar
Færdigbehandlede patienter Færdigbehandlede (d)	DAGS-taksten

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>

Tabel 3: Takster for anbringelser og andre hjælpeforanstaltninger for børn og unge, som er anvendt i analyserne

Anbringelser	Takst per døgn
Døgninstitution	2.630 kr.
Kommunalt døgntilbud	2.630 kr.
Akutinstitution	2.630 kr.
Socialpædagogisk opholdssted	2.092 kr.
Sikret døgninstitution (a)	6.399 kr.
Familiepleje	1.230 kr.
Slægtsanbringelse	901 kr.
Netværksfamilie	901 kr.
Kost-, ungdoms- eller efterskole	326 kr.
Eget værelse	1.167 kr.
Andre hjælpeforanstaltninger	
Fast kontaktperson	151 kr.
Aflastning	491 kr.
Personlig rådgiver (b)	108 kr.
Praktikophold	216 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 i 2010-priser. 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 6.399 kr. omregnet til 2014-priser.

b) Kilde: KL's tabeltakst. I KL's tabeltakst står at 1 times konsultation per måned udløser et honorar på 759 kr. per måned i 2010-priser. 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 2011.13 https://www.rk.dk/fileadmin/user_upload/dokumenter/topmenu/Om_Kommunen/Budget-2011-bind-2.pdf

Resultater

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.

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

Deskriptivt

Der blev fundet i alt 45.779 borgere med et alkoholoverforbrug. Af disse borgere er 29.963 identificeret som havende været i enten offentlig betalt alkoholbehandling ved alkoholbehandlingscenter og/eller i medicinsk behandling med Antabus® eller Camparal®. Denne gruppe af borgere benævnes således *borgere i alkoholbehandling*. De resterende 15.816 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.

Tabel 4 viser, hvor stor en andel de to grupper af borgere med alkoholoverforbrug udgør af den danske befolkning, som er fyldt 18 år. Samlet udgør borgere med overforbrug af alkohol 1,0 % af danskerne.

Opgørelsen viser, at 32 % af borgerne med alkoholoverforbrug i behandling er kvinder, mens 68 % er mænd. Den tilsvarende andel for dem med alkoholrelateret sygehuskontakt er 31 % kvinder og 69 % mænd. Der er således en klar overhyppighed af mænd blandt borgere med alkoholoverforbrug. Der er derimod forskel på aldersfordelingen mellem de to grupper af borgere med alkoholoverforbrug. I gruppen af borgere, der er i alkoholbehandling, er der således færre unge (under 30 år) og færre ældre (over 60 år) end i gruppen med alkoholrelateret sygehuskontakt. Tabel 5 viser aldersfordelingen for de to grupper.

Tabel 4: Procentvise andele af borgere med alkoholoverforbrug fordelt på de to grupper med alkoholoverforbrug i Danmark

Antal borgere 18+ år	4.449.811	
	Antal	Andele (%)
Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt	15.816	0,4
Borgere i alkoholbehandling	29.963	0,7
Borgere med alkoholoverforbrug samlet	45.779	1,0

Bemærkning: Antal borgere +18 år 1. januar 2014.

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

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

Hele landet	Borgere med alkohol-relateret sygehuskontakt	Borgere i alkohol-behandling	Borgere med alkohol-overforbrug samlet
Antal (N)	15.816	29.963	45.779
Aldersgrupper	Andele (%)		
18-29 år	15,2	6,0	9,2
30-39 år	6,0	12,7	10,4
40-49 år	14,0	25,5	21,5
50-59 år	23,7	29,0	27,2
60-69 år	25,4	20,4	22,1
70-79 år	12,7	5,9	8,3
80+ år	3,0	0,6	1,4

Bemærkning: Antallet summerer til 100 procent indenfor hver gruppe.

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

Tabel 6: Procentvis fordeling af uddannelsesniveau i de to grupper af borgere med alkohol-overforbrug

Hele landet	Borgere med alkohol-relateret sygehuskontakt	Borgere i alkohol-behandling	Borgere med alkohol-overforbrug samlet
Antal (N)	15.816	29.963	45.779
Uddannelse	Andele (%)		
Ufaglært	43,0	36,2	38,6
Gymnasial	5,9	5,1	5,3
Erhvervsuddannelse	33,1	37,0	35,6
Kort videregående	2,6	3,1	2,9
Mellemlang videregående	7,3	10,9	9,7
Lang videregående	3,0	4,2	3,8
Andet	5,0	3,5	4,0

Bemærkning: Antallet summerer til 100 procent indenfor hver gruppe.

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

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

Hele landet	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkohol-overforbrug	Kontrol-gruppe	P-værdi	Alkohol-overforbrug	Kontrol-gruppe	P-værdi
Antal borgere (N)	15.816	31.594		29.963	59.880	
Overførselsydelse	Andele (%)			Andele (%)		
Kontanthjælp	14,7	5,3	0,000	17,9	5,4	0,000
Førtidspension	24,5	8,6	0,000	21,6	9,7	0,000
Fleksjob	1,2	1,5	0,260	2,7	2,1	0,000
Skånejob	0,2	0,2	1,000	0,6	0,3	0,000
Løntilskud	0,8	0,8	1,000	2,4	1,1	0,000
Sygedagpenge	12,9	5,4	0,000	18,6	6,7	0,000
Bolig- og børnetilskud	39,8	20,6	0,000	36,5	20,7	0,000
Øvrig kontanthjælp (a)	11,5	5,6	0,000	18,0	6,3	0,000

Bemærkninger: P-værdi fremhævet med fed angiver statistisk signifikante forskelle i forhold til kontrolgruppen. (a) Øvrig kontanthjælp dækker over: Revalidering, Aktivering, Integrationsydelse, Ledighedsydelse, Efterlevelseshjælp, Ressourceforløb og Uddannelsesydelse
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistik.

Omkostningerne

De kommunale omkostninger er i det efterfølgende beskrevet for henholdsvis: 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

Andelen 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 borgere med alkoholoverforbrug, dvs. af henholdsvis 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 borgere med alkoholoverforbrug, der har haft en alkoholrelateret sygehuskontakt, er der signifikant flere på kontanthjælp, førtidspension, løn-tilskud og sygedagpenge, relativt til sammenlignelige borgere uden alkoholoverforbrug. 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 henholdsvis med og uden et alkoholoverforbrug for samtlige ydelser, herunder også bolig- og børnetilskud.

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 borgere med alkoholoverforbrug får en smule færre børn per voksen sammenlignet med deres kontrolgruppe.

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

Hele landet	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkohol-overforbrug	Kontrol-gruppe	P-værdi	alkohol-overforbrug	Kontrol-gruppe	P-værdi
Antal borgere (N)	15.816	31.594		29.963	59.880	
Gennemsnitlige omkostninger per borger						
Kommunale ydelser						
Kontanthjælp	12.104 kr.	3.554 kr.	0,000	14.000 kr.	3.996 kr.	0,000
Førtidspension	42.778 kr.	15.100 kr.	0,000	40.403 kr.	16.903 kr.	0,000
Fleksjob	1.376 kr.	2.002 kr.	0,000	3.322 kr.	2.819 kr.	0,010
Skånejob	53 kr.	63 kr.	1,000	134 kr.	81 kr.	0,000
Sygedagpenge	5.119 kr.	2.217 kr.	0,000	8.557 kr.	2.752 kr.	0,000
Øvrig kontanthjælp (a)	6.231 kr.	3.215 kr.	0,000	11.689 kr.	4.053 kr.	0,000
Kommunalt betalt overførselsindkomster i alt	61.430 kr.	22.936 kr.		66.416 kr.	26.551 kr.	
Boligtilskud	7.800 kr.	3.474 kr.	0,000	6.059 kr.	2.572 kr.	0,000
Børnetilskud	703 kr.	1.333 kr.	0,000	1.452 kr.	2.164 kr.	0,000
Kommunale ydelser i alt	69.933 kr.	27.743 kr.	0,000	73.927 kr.	31.286 kr.	0,000

Bemærkninger: P-værdi fremhævet med fed angiver statistisk signifikante forskelle i forhold til kontrolgruppen. (a) Øvrig kontanthjælp dækker over: Revalidering, Aktivering, Integrationsydelse, Ledighedsydelse, Efterlevelseshjælp, Ressourceforløb og Uddannelsesydelse
Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danmarks Statistik.

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

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 borgere med alkoholoverforbrug: 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.

I gruppen af borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt, er den gennemsnitlige omkostning forbundet med kontanthjælp, førtidspension, sygedagpenge og boligtilskud signifikant højere blandt relativt til kon-

trolgruppen. 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 kontrolgruppen 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 borgere med alkoholoverforbrug.

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 overførsels-

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

Hele landet	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkohol-overforbrug	Kontrol-gruppe	P-værdi	Alkohol-overforbrug	Kontrol-gruppe	P-værdi
Antal borgere (N)	15.816	31.594		29.963	59.880	
Sundhedsydelse	Andele (%)			Andele (%)		
Kommunalt medfinansierede sundhedsydelser						
Somatiske stationære behandlinger	80,6	13,8	0,000	28,7	11,4	0,000
Somatiske ambulante behandlinger	84,1	50,3	0,000	61,0	48,8	0,000
Praksissektoren	96,1	93,0	0,000	97,9	92,6	0,000
Psykiatriske stationære behandlinger	7,3	0,6	0,000	10,8	0,5	0,000
Psykiatriske ambulante behandlinger	13,1	2,6	0,000	20,9	2,5	0,000
Kommunalt medfinansierede sundhedsydelser i alt	99,9	93,9	0,000	98,6	93,4	0,000

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

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

indkomster ca. 2,7 gange højere end for kontrolgruppen, og ca. 2,5 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 borgere med alkoholoverforbrug sammenlignet med kontrolgruppen, og 2,4 gange højere når børne- og boligtilskud medregnes.

Ad 2. Omkostninger forbundet med den kommunale medfinansiering af sundhedsudgifterne

Analyserne af sundhedsomkostningerne er både opgjort som i) andelen, der modtager de forskellige sundhedsydelser og ii) de gennemsnitlige omkostninger per borger som har haft kontakt til sundhedsvæsenet. 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 borgere med alkoholoverforbrug 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.

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

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

Hele landet	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkohol-overforbrug	Kontrol-gruppe	P-værdi	Alkohol-overforbrug	Kontrol-gruppe	P-værdi
Antal borgere (N)	15.816	31.594		29.963	59.880	
Gennemsnitlige omkostninger per borger						
Kommunalt medfinansierede sundhedsysdeler						
Somatiske stationære behandlinger	17.264 kr.	2.269 kr.	0,000	4.635 kr.	1.674 kr.	0,000
Somatiske ambulante behandlinger	4.135 kr.	2.057 kr.	0,000	2.122 kr.	1.742 kr.	0,000
Praksissektoren	458 kr.	398 kr.	0,000	544 kr.	365 kr.	0,000
Psykiatriske stationære behandlinger	1.285 kr.	83 kr.	0,000	1.904 kr.	84 kr.	0,000
Psykiatriske ambulante behandlinger	498 kr.	146 kr.	0,000	1.005 kr.	140 kr.	0,000
Kommunalt medfinansierede sundhedsysdeler i alt	23.639 kr.	4.952 kr.	0,000	10.211 kr.	4.005 kr.	0,000

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

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

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

Sundhedsomkostningerne per borger i gruppen af borgere med alkoholoverforbrug med en alkoholrelateret sygehuskontakt er signifikant højere end for kontrolgruppen for alle sundhedsysdelerne. 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 sundhedsomkostninger per borger ligeledes signifikant højere end for kontrolgruppen for samtlige typer af sundhedsysdeler.

For borgere med en alkoholrelateret sygehuskontakt og gruppen i alkoholbehandling er de kommunale sundhedsomkostninger henholdsvis 4,8 og 2,5 gange

højere end tilsvarende omkostninger for kontrolgruppen. Dette skyldes primært de høje somatiske sundhedsomkostninger. Ses der på fordelingen af typen af sundhedsysdeler og effekten af forskellig medfinansieringsgrad mellem disse, er der ingen forskel. Den kommunale medfinansiering udgør 20 % af de samlede sundhedsomkostninger for både borgere med alkoholoverforbrug og kontrolgruppen.

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

Blandt de 45.779 borgere med et alkoholoverforbrug er der 9.423, som har børn. Andelen, der har børn, er forskellig mellem de to grupper af borgere med alkoholoverforbrug. 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 11,9 %, der har børn. I gruppen i alkoholbehandling er andelen 25,2 %. 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 borgere med alkoholoverforbrug.

Tabel 11: Procentvise andele af borgere med børn i de to grupper med alkoholoverforbrug sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper

Hele landet	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe		Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe	
	Alkoholoverforbrug	Kontrolgruppe	Alkoholoverforbrug	Kontrolgruppe
Antal borgere (N)	15.816	31.594	29.963	59.880
Andel, som er forældre (%)	11,9%	17,6%	25,2%	30,0%

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

Tabel 12: Antal forældre, antal børn per forældre samt andel børn der er anbragt eller med anden hjælpeforanstaltning i de to grupper med alkoholoverforbrug sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper

Hele landet	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkoholoverforbrug	Kontrolgruppe	P-værdi	Alkoholoverforbrug	Kontrolgruppe	P-værdi
Antal borgere i alt	15.816	31.594		29.963	59.880	
Antal forældre	1.886	5.575		7.537	17.971	
Antal børn	2.895	9.388		12.175	31.307	
Gennemsnitligt antal børn, alle	0,2	0,3		0,4	0,5	
Gennemsnitligt antal børn, kun forældre	1,5	1,7		1,6	1,7	
Andel af børn med anbringelse	10,6%	1,9%	0,000	6,9%	1,5%	0,000
Andel af børn med anden hjælpeforanstaltning	6,5%	2,1%	0,000	6,0%	2,2%	0,000

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

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

I tabel 12 er vist, hvor stor en andel af børnene i de forskellige grupper, der enten er anbragt eller får en anden hjælpeforanstaltning, 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 borgere med alkoholoverforbrug, 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 borgere med alkoholoverforbrug sammenlignet med deres kontrolgrupper.

Samme signifikante mønster viser sig for børn, som modtager anden hjælpeforanstaltning, 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

Tabel 13: Gennemsnitlige omkostninger per barn for anbringelse og anden hjælpeforanstaltning for de to grupper med alkoholoverforbrug sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper

Hele landet	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkoholoverforbrug	Kontrolgruppe	P-værdi	Alkoholoverforbrug	Kontrolgruppe	P-værdi
Antal borgere (N)	15.816	31.594		29.963	59.880	
Antal børn (N)	2.895	9.388		12.175	31.307	
Anbringelser - Gennemsnitlige omkostninger per barn						
Døgninstitution - åben	12.122 kr.	1.596 kr.	0,000	7.397 kr.	1.536 kr.	0,000
Kommunalt døgntilbud	981 kr.	403 kr.	0,980	658 kr.	30 kr.	0,000
Socialpædagogisk opholdssted	5.071 kr.	1.762 kr.	0,000	5.257 kr.	1.368 kr.	0,000
Akutinstitution	816 kr.	303 kr.	0,950	505 kr.	136 kr.	0,350
Familiepleje	26.214 kr.	4.189 kr.	0,000	16.913 kr.	3.497 kr.	0,000
Slægtsanbringelse	2.342 kr.	314 kr.	0,000	1.176 kr.	190 kr.	0,000
Netværksfamilie	1.690 kr.	138 kr.	0,000	733 kr.	73 kr.	0,000
Kost-, ungdoms- eller efterskole	313 kr.	52 kr.	0,000	131 kr.	41 kr.	0,020
Eget værelse	648 kr.	230 kr.	0,400	542 kr.	115 kr.	0,000
Døgninstitution - sikret	907 kr.	102 kr.	0,760	440 kr.	236 kr.	1,000
Ukendt (a)	501 kr.	62 kr.	0,350	259 kr.	236 kr.	1,000
Omkostninger til anbringelser i alt per barn	51.606 kr.	9.152 kr.	0,000	34.011 kr.	7.457 kr.	0,000
Andre hjælpeforanstaltninger - Gennemsnitlige omkostninger per barn						
Fast kontaktperson	1.226 kr.	452 kr.	0,000	1.043 kr.	413 kr.	0,000
Aflastning	5.135 kr.	1.500 kr.	0,000	4.765 kr.	1.623 kr.	0,000
Personlig rådgiver	27 kr.	0 kr.	0,170	9 kr.	12 kr.	1,000
Praktikophold	141 kr.	29 kr.	0,020	45 kr.	23 kr.	0,870
Omkostninger til andre hjælpeforanstaltninger i alt per barn	6.528 kr.	1.981 kr.	0,000	5.863 kr.	2.072 kr.	0,000
Anbringelser og andre hjælpeforanstaltninger - Gennemsnitlige omkostninger per barn						
Omkostninger til anbringelser og andre hjælpeforanstaltninger per barn totalt	58.134 kr.	11.132 kr.	0,000	39.874 kr.	9.529 kr.	0,000

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, Lægemiddelstatistikregistret og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister.

den første gruppe har været indlagt (de er identificeret på baggrund af kontakt til sygehus). 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 andre hjælpeforanstaltninger vist. I denne opgørelse er anbringelser og andre hjælpeforanstaltninger underopdelt på de specifikke ydelser.

For gruppen med en alkoholrelateret sygehuskontakt, er der signifikant højere omkostninger til døgninstitution, socialpædagogisk opholdssted, familiepleje, slægtsanbringelse, netværksfamilie og kost-, ungdoms- eller efterskole i forhold til kontrolgruppen. For grupperne kommunalt akut tilbud, socialpædagogisk opholdssted akut institution, eget værelse, sikret døgninstitution, og "ukendt" er forskellene ikke signifikante, men disse grupper har alle relativt få observationer. For de andre hjælpeforanstaltninger er der signifikant højere udgifter til fast kontaktperson, aflastning og praktikophold. Der er ikke signifikante forskelle i omkostningerne til personlig rådgiver mellem gruppen med en alkoholrelateret sygehuskontakt og kontrolgruppen.

For gruppen i alkoholbehandling er omkostningerne til alle anbringelsestyperne, undtagen akutinstitution, sikret døgninstitution og "ukendt", signifikant højere

end for kontrolgruppen. Derudover er omkostningerne til andre hjælpeforanstaltninger i form af fast kontaktperson og aflastning 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

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

Hele landet	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkohol-overforbrug	Kontrol-gruppe	P-værdi	Alkohol-overforbrug	Kontrol-gruppe	P-værdi
Antal borgere (N)	15.816	31.594		29.963	59.880	
Personlig og praktisk hjælp (a)	Andele (%)			Andele (%)		
Personlig hjælp og pleje	17,4	2,4	0,000	6,0	1,3	0,000
Praktisk hjælp	18,2	3,3	0,000	7,2	1,8	0,000
Personlig og praktisk hjælp, i alt	22,2	4,0	0,000	9,0	2,3	0,000
Hjemmesygepleje	32,3	5,2	0,000	15,1	3,1	0,000

Bemærkninger: P-værdi fremhævet med fed angiver statistisk signifikante forskelle i forhold til kontrolgruppen. a) Kun andele af borgere i egen bolig er inkluderet, da der ikke findes oplysninger om praktisk hjælp og personlig pleje for borgere i plejebolig i 2014.

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

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

Hele landet	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkoholoverforbrug	Kontrolgruppe	P-værdi	Alkoholoverforbrug	Kontrolgruppe	P-værdi
Antal borgere (N)	15.816	31.594		29.963	59.880	
Andel borgere, der bor i plejebolig (%)	5,2	0,7	0,000	1,2	0,2	0,000
Antal leverede ydelser per borger, hjemmesygepleje (a)	62,7	8,6	0,000	25,3	4,5	0,000
Gennemsnitlige omkostninger per borger						
Borgere i egen bolig (b)						
Personlig hjælp og pleje	13.893 kr.	2.649 kr.	0,000	3.959 kr.	1.615 kr.	0,000
Praktisk hjælp	2.527 kr.	460 kr.	0,000	904 kr.	226 kr.	0,000
Kommunale omkostninger til personlig og praktisk hjælp i alt (borgere i egen bolig)	16.419 kr.	3.109 kr.	0,000	4.863 kr.	1.841 kr.	0,000

Bemærkninger: P-værdi fremhævet med fed angiver statistisk signifikante forskelle i forhold til kontrolgruppe. a) Der findes ikke oplysninger om omkostninger for hjemmesygepleje. b) Kun omkostninger for borgere i egen bolig er inkluderet, da der ikke findes oplysninger om omkostninger for praktisk hjælp og personlig pleje for borgere i plejebolig i 2014.

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

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.

Andelen af borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt, som har modtaget hjemmesygepleje er godt 6 gange større end den tilsvarende andel i kontrolgruppen. Blandt borgere i alkoholbehandling er andelen, der har modtaget hjemmesygepleje ca. 5 gange større end den tilsvarende andel i kontrolgruppen.

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 overforbrug af alkohol sammenlignet med kontrolgrupperne. Ydelsen personlig hjælp og pleje udgør den største meromkostning. Samtidig bemærkes det, at en større andel af borgerne i grupperne med alko-

holoverforbrug 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 hjemmesygepleje, kommunal personlig og praktisk hjælp er større blandt borgere med et overforbrug af alkohol i forhold til kontrolgrupperne. Omkostningerne til personlig og praktisk hjælp er for borgere med en alkoholrelateret sygehuskontakt mere end fem gange højere end for kontrolgruppen, mens der for borgere i alkoholbehandling er tale om mere end en fordobling.

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

Hele landet	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkoholoverforbrug	Kontrolgruppe	P-værdi	Alkoholoverforbrug	Kontrolgruppe	P-værdi
Antal borgere (N)	15.816	31.594		29.963	59.880	
Gennemsnitlige omkostninger per borger						
Kommunal medfinansiering af sundhedsomkostninger	23.639 kr.	4.952 kr.	0,000	10.211 kr.	4.005 kr.	0,000
Kommunale overførsler og ydelser mv.	69.933 kr.	27.743 kr.	0,000	73.927 kr.	31.286 kr.	0,000
Anbringelser og andre hjælpeforanstaltninger	10.641 kr.	3.308 kr.	0,000	16.202 kr.	4.982 kr.	0,000
Personlig og praktisk hjælp (a)	16.419 kr.	3.109 kr.	0,000	4.863 kr.	1.841 kr.	0,000
Kommunale omkostninger i alt	120.633 kr.	39.112 kr.	0,000	105.203 kr.	42.114 kr.	0,000

Bemærkninger: P-værdi fremhævet med fed angiver statistisk signifikante forskelle i forhold til kontrolgruppe. a) Kun omkostninger personlig og praktisk hjælp for borgere i egen bolig er inkluderet, da der ikke findes oplysninger om omkostninger for personlig og praktisk hjælp for borgere i plejebolig i 2014.

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

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

Hele landet	Meromkostninger for gruppen af borgere med overforbrug af alkohol i forhold til kontrolgruppe	Meromkostninger for gruppen af borgere med overforbrug af alkohol i forhold til kontrolgruppe. Kommune med 50.000 indbyggere
Kommunal medfinansiering af sundhedsomkostninger	481.476.980 kr.	4.377.063 kr.
Kommunale overførsler og ydelser mv.	1.944.920.798 kr.	17.681.098 kr.
Anbringelser og andre hjælpeforanstaltninger	452.165.253 kr.	4.110.593 kr.
Hjemmehjælp (Pleje og praktisk hjælp)	301.062.296 kr.	2.736.930 kr.
Kommunale omkostninger i alt	3.179.625.327 kr.	28.905.685 kr.

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

Samlede omkostninger og perspektivering

Der er samlet fundet et betydeligt merforbrug af kommunalt finansierede ydelser i de to grupper af borgere med alkoholoverforbrug. 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.

Differencen i omkostninger mellem borgere med alkoholoverforbrug med en alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe er på 81.521 kr. per borger. Dette tal dækker over meromkostningen inden for bare et år. I gruppen i alkoholbehandling er meromkostningen på 63.089 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 3,161 mia. kr. årligt. Dertil kommer et ikke ubetydeligt regionalt forbrug samt en række kommunale omkostninger, som det ikke har været muligt at få omkostningsdata for, fx hjemmesygeplejepleje og kommunal genoptræning.

Meromkostning til borgere med et overforbrug af alkohol i en gennemsnitskommune med 50.000 borgere, er på 28,9 mio. kr. årligt, fordelt på 17,6 mio. kr. til overførsler, 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 (se tabel 17).

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 147.000 borgere med alkoholafhængighed i Danmark¹⁷. 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. 10 mia. kr. I det omfang det er muligt at nedbringe omkostningerne knyttet til alkoholoverforbruget, er der således et betydeligt besparelspotentiale. Besparelspotentialet kan fx sammenholdes med kommunernes udgifter til alkoholbehandling, der i 2014 samlet udgjorde 346,7 mio. kr.¹⁸

17) Hansen, A. B. G., Hvidtfeldt, U. A., Grønbæk, M., Becker, U., Nielsen, A. S. & Tolstrup, J. S.: The number of persons with alcohol problems in the Danish population. Scandinavian Journal of Public Health 2011.

18) Beløbet omfatter dag-, døgn- og ambulant behandling samt uautoriserede grupperinger. Kilde: Danmarks statistik. Reg K31. Driftskonto 5.44.38.

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 3 % højere blandt borgere med alkoholoverforbrug med en alkoholrelateret sygehuskontakt, når der sammenlignes med omkostningerne i deres kontrolgruppe. I gruppen af borgere i alkoholbehandling er omkostningerne til ikke-kommunale overførsler 15 % 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.

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

Hele landet	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkoholoverforbrug	Kontrolgruppe	P-værdi	Alkoholoverforbrug	Kontrolgruppe	P-værdi
Ikke er kommunalt finansierede ydelser	Andele (%)			Andele (%)		
Ikke-kommunale overførsler						
Aldersbetinget pension	31,1	29,5	0,000	17,8	16,6	0,000
Efterløn	3,3	4,3	0,000	3,7	4,0	0,270
A-kasse	5,1	6,4	0,000	10,5	8,5	0,000

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

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

Tabel II: Gennemsnitlige omkostninger per borger til overførsler, der ikke er kommunalt finansierede, i de to grupper med alkoholoverforbrug sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper

Hele landet	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkoholoverforbrug	Kontrolgruppe	P-værdi	Alkoholoverforbrug	Kontrolgruppe	P-værdi
Gennemsnitlige omkostninger per person						
Ikke-kommunale overførsler						
Aldersbetinget pension	46.074,13 kr.	42.932,34 kr.	0,000	27.462,19 kr.	24.444,05 kr.	0,000
Efterløn	4.455,40 kr.	5.698,69 kr.	0,000	5.181,72 kr.	5.212,49 kr.	1,000
A-kasse	3.003,74 kr.	3.436,74 kr.	0,120	6.498,70 kr.	4.462,40 kr.	0,000
Ikke-kommunale overførsler i alt	53.533,27 kr.	52.067,77 kr.		39.142,61 kr.	34.118,94 kr.	

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

Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistisk, 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 alkoholoverforbrug modtager denne ydelse end kontrolgrupperne.

Det samme gør sig dog ikke gældende for borgere med en alkoholrelateret sygehuskontakt mht. 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 borgere med alkoholoverforbrug med en alkoholrelateret sygehuskontakt må derfor antages at have længere ledighedsperioder, hvilket kan forklare omkostningsforskellene.

BILAG

De totale regionale sundhedsudgifter blandt borgere med alkoholoverforbrug

Nedenfor er de gennemsnitlige årlige omkostninger til regionale sundhedsudgifter vist for de to grupper af borgere med alkoholoverforbrug 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 sundhedsomkostninger 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 2,449 mia. kr., hvoraf den kommunale andel udgør 481 mio. kr.

Tabel III: Gennemsnitlige årlige regionale sundhedsomkostninger per borger i de to grupper med alkoholoverforbrug og deres respektive kontrolgrupper, både for de kommunalt finansierede og de totale regionale sundhedsudgifter

Hele landet	Borgere med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Borgere i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkoholoverforbrug	Kontrolgruppe	P-værdi	Alkoholoverforbrug	Kontrolgruppe	P-værdi
Gennemsnitlige omkostninger per person						
Kommunal medfinansiering i sundhedsvæsenet i alt	23.639 kr.	4.952 kr.	0,000	10.211 kr.	4.005 kr.	0,000
Sundhedsomkostninger totalt (a)	116.834 kr.	22.456 kr.	0,000	50.113 kr.	18.160 kr.	0,000

Bemærkninger: P-værdi fremhævet med fed angiver statistisk signifikante forskelle i forhold til kontrolgruppe. A) De totale sundhedsomkostninger omfatter udover den kommunalt finansierede del også den regionalt finansierede.

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