

**Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol
– en registerbaseret analyse af kommunerens meromkostninger til overførselsindkomster, medfinansiering i sundhedsvæsenet og andre støttende foranstaltninger**
Sundhedsstyrelsen 2012

Elektronisk ISBN 978-87-7104-319-8

Trykt ISBN 978-87-7104-326-6

Analyse og manuskript:

Jakob Kjellberg, Rikke Ibsen, Louise Herbild, Camilla Tybring, Dansk Sundhedsinstitut (DSI).

Redaktion Sundhedsstyrelsen:

Mia Fischerman, Sundhedsstyrelsen

Line Raahauge Hvass, Sundhedsstyrelsen

Registerbistand:

Claudia Renneries, Sundhedsstyrelsen

Lene Pedersen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

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 såvel forebyggelse som alkoholbehandling en særlig mulighed for at udnytte de videnmæssige og eventuelle økonomiske potentialer gennem en sammenhængende forebyggende og behandlende alkoholindsats.

Som følge af kommunalreformen har kommunerne fået en større økonomi på alkoholområdet med omkostninger til medfinansiering af sundhedsvæsenet, til forebyggelse og til behandling. Vi ved, at der i gennemsnit går 10-12 år før et egentlig alkoholbehandlingstilbud kommer på tale hos borgere med alkoholproblemer. Kommunen har også omkostninger til en lang række sociale ydelser til at afhjælpe afledte konsekvenser af et stort alkoholforbrug. Det er ydelser som eksempelvis overførelses-indtægter, hjælpeforanstaltninger til børn og unge, pleje og omsorg samt genoptræning mv.

Sundhedsstyrelsen har et særligt fokus på at stille viden, data og værktøjer til rådighed for kommunerne i ønsket om at styrke kommunernes planlægningsgrundlag.

I 2010 udgav Sundhedsstyrelsen netpublikationen “Tal på alkohol i kommunen”, hvor der var fokus på en bedre udnyttelse af Sundhedsstyrelsens registre med henblik på formidling af viden til kommunerne. Publikationen giver et billede af de sundhedsmæssige belastninger af danskernes alkoholforbrug, herunder kommunernes udgifter til medfinansiering af borgernes behandling i Sundhedsvæsenet. Derimod indgik ikke de øvrige omkostninger, som kommunen har til at hjælpe borgere med følger af for stort alkoholforbrug.

Med ønsket om at styrke kommunernes planlægningsgrundlag har Sundhedsstyrelsen nu opgjort de kommunale omkostninger til medfinansiering af sundhedsvæsenet og til en række sociale ydelser i forbindelse med hjælp til borgere med alkoholoverforbrug.

Vi håber, at denne publikation kan inspirere kommunerne til at udvikle en sammenhængende forebyggende og behandlende alkoholindsats, der kan bidrage til udnyttelse af de økonomiske potentialer, der er inden for forebyggelse og tidlig hjælp til borgerne.

Jette Jul Bruun, Enhedschef

Borgerrettet Forebyggelse

Sundhedsstyrelsen

Januar 2012

Indhold

Forord	3
Baggrund	5
Indhold og formål	6
Sammenfatning	7
Data og metode	8
Design	8
Population	8
Omkostninger	8
Statistisk metode	12
Resultater	13
Deskriptivt	13
Omkostningerne	14
Samlede omkostninger og perspektivering	21
Bilag – omkostninger for ikke-kommunale overførsler	23
Bilag – de totale regionale sundhedsudgifter blandt alkoholoverbrugere	25

Baggrund

Danskerne har et højt alkoholforbrug. 860.000 drikker over genstandsgrænserne, 585.000 har et skadeligt forbrug og 140.000 er afhængige af alkohol². Følgerne heraf er store såvel for den enkelte, for de pårørende som samfundsmæssigt.

Alkohol har stor betydning for danskerne helbreds-mæssigt, men også socialt. Hvert år dør mindst 3.000 danskere som følge af stort alkoholforbrug med i alt 70.000 tabte leveår pga. for tidlig død og tab af raske leveår. Med et stort alkoholforbrug kan følge sociale konsekvenser som tab af arbejde, skilsmisse, førtidspension, kriminalitet m.v.³

Med kommunalreformen har kommunerne fået et væsentligt ansvar på alkoholområdet såvel på det forebyggende som det behandlende område.

Med det øgede ansvar på alkoholområdet følger på der ene side øgede kommunale udgifter, men samtidig følger også mulighederne for at tilrettelægge en sammenhængende alkoholpolitisk indsats og udnytte evt. økonomiske potentialer gennem styrket forebyggelse og tidlig indsats.

De kommunale omkostninger til 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, plejehjem.

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

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 produktionstab⁴. I 2006 udarbejdedes rapport vedrørende risikofaktorer, hvori også alkoholområdet indgår. Rapporten belyser blandt andet omfanget af helbreds-mæssige følger af alkoholforbrug, som dødsfald, tabte leveår, kontakter i sundhedsvæsenet, sygefraværsdage m.v.⁵. I 2010 blev de kommunale udgifter opgjort i forhold til medfinansiering i Sundhedsvæsenet⁵.

Der foreligger imidlertid ingen aktuelle opgørelser, der samler de kommunale udgifter til opgaverne på alkoholområdet.

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

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

4 De samfundsøkonomiske konsekvenser af alkoholforbrug. Sundhedsministeriet 1999

5 Tal på alkohol i kommunen. Sundhedsstyrelsen 2010

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, sundhedsudgifter samt omkostninger forbundet med hjælpeforanstaltninger for børn og unge. 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 hjemmepleje 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 personer 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 overbrugere af alkohol. I den ene gruppe er de med et overforbrug af alkohol identificeret på baggrund af registreringer i Landspatientregisteret med en alkoholrelateret diagnose (personer 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 individer, der har modtaget alkoholbehandling (personer 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 set 3,1 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 hjemmepleje og kommunal genoptræning.
- Omkostningerne i en gennemsnitskommune med 50.000 borgere er på 28,3 mio. kr. årligt, fordelt på 18,6 mio. kr. til overførselsindkomster, 4,2 mio. kr. til kommunal medfinansiering af sundhedsydelser og 5,4 mio. kr. til anbringelser og andre hjælpeforanstaltninger til børn og unge.
- For en person i alkoholbehandling er den årlige kommunale meromkostning på 55.421 kr., når der sammenlignes med en tilsvarende person uden et overforbrug af alkohol.
- For individer med alkoholrelateret sygehuskontakt, er den kommunale årlige meromkostning på 68.901 kr.
- De kommunale udgifter til overførselsindkomster er 2,5–3 gange højere blandt de med overforbrug af alkohol sammenlignet med de uden overforbrug. Dette svarer til et årligt gennemsnitligt merforbrug på ca. 40.000 kr. per person med overforbrug af alkohol.
- De årlige kommunale meromkostninger forbundet med diverse hjælpeforanstaltninger til børn af alkoholoverforbrugerne er på mellem 30.000 og 50.000 kr. per barn relativt til kontrolgrupperne.
- Udgifterne, forbundet med den kommunale medfinansiering i sundhedsvæsenet, er 2,5 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 15.000 kr. per person. I gruppen med personer i alkoholbehandling er de gennemsnitlige meromkostninger på 5.000 kr. per person. 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.

Denne analyse omfatter langt fra alle med alkoholoverforbrug, som det kunne være relevant at inddrage. Jf. en rapport fra Center for Alkoholforskning ved Syddansk Universitet vurderes der at være omkring 140.000 alkoholafhængige i Danmark¹. 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 7,8 mia. kr. I forhold til en kommune med 50.000 borgere svarer det til 70 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 2010 på landsplan udgjorde 283,5 mio. kr.

¹ 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.

Data og metode

Design

Analysen er lavet som en matchet case-kontrol analyse⁶. Cases er i denne sammenhæng defineret som borgere med et overforbrug af alkohol. Kontrolgruppen består af borgere uden alkoholoverforbrug. For hver person med et alkoholoverforbrug er der fundet fire kontrolpersoner med tilsvarende alder, køn, uddannelse, civilstand samt bopælsamt⁷.

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 er personer, der har haft en alkoholrelateret sygehuskontakt i 2010 identificeret⁸. Lægemiddelstatistikregistret indeholder oplysninger om medicin, der er afhentet på danske apoteker. Databasen er baseret på indberetninger fra alle danske apoteker og sygehusapoteker. Personer, 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 personer, der har været i offentlig betalt alkoholbehandling på et alkoholbehandlingscenter. Personer, der i 2010 har været i behandling, er medtaget i populationen.

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

Den ene gruppe består af de, der er i alkoholbehandling enten 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 enten Antabus[®] eller Campral[®]. Denne gruppe udgør 66 % af den samlede population og betegnes fremadrettet som *personer i alkoholbehandling*. Det vil nok overvejende dreje sig om personer med alkoholafhængighed eller med svært skadeligt alkoholforbrug.

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

Omkostninger

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

1. Overførselsindkomster.
2. Kommunal medfinansiering af sundhedsydelser.
3. Hjælpeforanstaltninger for børn og unge.

Kommunale udgifter til eksempelvis hjemmepleje, botilbud, støttepersonordninger, kommunal genoptræning m.fl. er ikke medtaget, da disse ydelser ikke registreres på ensartet og lettilgængelig facon i de forskellige kommuner. Tabel 1 giver et overblik over, hvilke ydelser der er dækket og hvilke, der er ekskluderede.

⁶ Se evt. Olsen J.; Overvad, K.; Juul, S.: Analytisk epidemiologi, en introduktion. Munksgaard 2. udgave. 1994.

⁷ Bopælsamt er anvendt, da en geografisk matching på regionsniveau vurderes at være upræcis pga. de meget store enheder. Geografisk matching på bopælskommune giver omvendt problemer med at finde kontrolpersoner i de mindre kommuner.

⁸ 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.

Ad 1.

Overførselsindkomsterne dækker over en række kommunale ydelser. Finansministeriets udlægning for, hvad der defineres som overførselsindkomster er anvendt⁹. For nærværende analyse er de 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 personer, 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 ikke konsekvenserne for fx det kommunale bloktilskud, ved at personer ikke er aktive på arbejdsmarkedet mv. som følge af et højt alkoholforbrug.

Oplysningerne er hentet fra Indkomststatistikken samt PUOB-registeret (personer uden ordinær beskæftigelse) suppleret med Sygedagpengeregisteret. Omkostninger til skåne- og fleksjobordningerne samt løntilskud betales til arbejdsgiveren, og har ikke kunnet hentes i Indkomststatistikken. For skåne- og fleksjobordninger er der i stedet lavet 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 laves 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 for analyserne. Alle omkostninger er omregnet til 2011-priser for at standardisere dem med de øvrige.

For at sikre, at analysens resultater ikke påvirkes af få personer 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 er udregnet på baggrund af data fra Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret. For hvert individ er der opgjort data for forbruget af sundhedsydelse i 2010. På baggrund af medfinansieringsreglerne for 2012¹⁰ er andelen, der tilfalder kommunerne dernæst udregnet. Tabel 2 viser hvor stor en andel af omkostningerne, som kommunerne finansierer.

Ad 3.

For alle individer i populationen er 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, 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.

For børn og unge med forældre i *både* gruppen af personer i alkohol behandling og i gruppen af personer med en alkoholrelateret sygehuskontakt er omkostningerne placeret i gruppen af personer 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.

⁹ Se evt. <http://www.fm.dk/Arbejdsomraader/Offentlige%20udgifter/Udgiftstyper/Overfoerselsudgifter.aspx>

¹⁰ Alle priser i data er konverteret til 2011-priser.

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

Omkostningsgruppe	Omfattede ydelser:
Overførselsindkomster	Kontanthjælp Førtdspensioner 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 sundhedsydelser	Alle sundhedsydelser med kommunal medfinansiering
Hjælpeforanstaltninger for børn og unge	Anbringelser Forebyggende hjælpeforanstaltninger
Ikke medtagne omkostninger (listen er ikke fuldt dækkende, da mulighederne er uendelige)	Kommunale løntilskud Pleje og omsorg Bosteder Støtte/kontaktpersonordninger Særlig støttepædagog i institution eller skole Kommunal genoptræning

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
Psykiatri	
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	Dagstakst, max 1.867

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-taskterne 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: Taksterne for anbringelser og forebyggende foranstaltninger for børn, som de 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 2011¹.

Statistisk metode

Det er undersøgt, hvorvidt omkostningsforskellen mellem en person med et alkoholoverforbrug og en tilsvarende person i kontrolgruppen er forskellig fra nul. Dette er gjort på baggrund af en t-test¹². Der er anvendt et statistisk signifikansniveau på 5 %. Grundet de typisk ikke-normalfordelte omkostningsdata er bootstrapping anvendt. Der er således samlet fra populationen af matchede individer med tilbagelægning 10.000 gange med henblik på at opnå en statistisk set tilstrækkelig population til, at t-testen er valid.

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

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

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

Resultater

Deskriptivt

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

31 procent er kvinder, og 69 procent er mænd. Der er således en klar overhyppighed af mænd i populationen. Der er ikke forskel på kønsfordelingen mellem de to grupper af alkoholoverforbrugere. Der er derimod forskel på aldersfordelingen mellem de to grupper af

alkoholoverforbrugere. I gruppen der er i alkoholbehandling er der således færre unge (under 30 år) og færre ældre (over 60 år). Tabel 4 viser aldersfordelingen for de to grupper.

Uddannelsesfordelingen er vist i tabel 5. Uddannelserne er opdelt i hovedgrupper for uddannelseslængde, samt "ukendt". Ukendt omfatter typisk udlændinge, som ikke har konverteret deres uddannelse til en dansk uddannelse samt ældre personer, for hvem uddannelse er underregistreret.

For personer i gruppen med en alkoholrelateret indlæggelse 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 – jf. tabel 4.

Tabel 4: Den procentvise aldersfordeling i population af personer med alkoholoverforbrug fordelt på to undergrupper.

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

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

Tabel 5: Procentvis fordeling af uddannelsesniveau i de to grupper af alkoholoverforbrugere.

	Uddannelse						
	Ufaglært	Gymnasial	Erhvervsuddannelse	Kort videregående	Mellemlang videregående	Lang videregående	Ukendt
	%	%	%	%	%	%	%
Personer med alkoholrelateret sygehuskontakt	46,6	5,0	33,0	2,0	6,7	2,4	4,3
Personer i alkoholbehandling	38,3	4,6	37,1	2,9	10,2	3,6	3,3
I alt	41,2	4,7	35,7	2,6	9,0	3,2	3,6

Anmærkning: Antallet summerer til 100 procent indenfor hver gruppe.

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

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 og 3) omkostninger forbundet med anbringelser og andre hjælpeforanstaltninger til børn og unge.

Ad 1. Overførselsindkomster

Andelene af personer, der modtager overførsler fra kommunen er vist i tabel 6. Såfremt en person har modtaget en af de viste ydelser er denne medtaget - uanset længden på perioden med ydelsen, om der er modtaget flere samtidige ydelser osv. Der er lavet to sammenligninger for hver af de to grupper af alkoholoverforbrugere, dvs. af hhv. personer der har haft en alkoholrelateret sygehuskontakt i forhold til kontrolgruppen, samt en sammenligning af de 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 alkoholoverforbrugere, der har haft en alkoholrelateret sygehuskontakt, er der signifikant flere på kontanthjælp, førtidspension, løntilskud og sygedagpenge, relativt til sammenlignelige borgere uden alkoholoverforbrug. Der er ligeledes flere, der får børne- og boligtilskud¹³. Der er ingen forskel på andelen, der er i skåne- og fleksjob.

For gruppen af personer 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 alkoholoverforbrug for samtlige ydelser, herunder også bolig- og børnetilskud.

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

Tabel 6: Procentvise andele personer i hver af de to grupper af alkoholoverforbrugere, der får overførselsindkomster sammenlignet med deres kontrolgrupper.

	Personer med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Personer i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkohol-overforbrugere (n=18.036)	Kontrol (n=72.140)	P-værdi	Alkohol-overforbrugere (n=34.330)	Kontrol (n=137.339)	P-værdi
	%	%		%	%	
Kontanthjælp	12,9	4,3	0,00	16,0	4,7	0,00
Førtidspension	28,1	8,9	0,00	23,0	9,5	0,00
Fleksjob	1,7	1,6	0,81	2,7	2,1	0,00
Skånejob	0,2	0,2	0,65	0,6	0,3	0,00
Løntilskud	1,0	0,6	0,00	1,7	0,8	0,00
Sygedagpenge	10,7	9,1	0,00	19,4	12,3	0,00
Bolig- og børnetilskud	37,3	18,9	0,00	34,4	20,9	0,00
Andre ydelser ^a	23,5	14,7	0,00	34,5	18,7	0,00

Anmærkninger: Tal fremhævet med fed angiver statistisk signifikante forskelle.

a) Andre ydelser dækker over: kursusgodtgørelse, revalideringsydelse, aktiveringsydelse, orlov til børnepasning for personer 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.

¹³ Børnetilskud omfatter den almindelige form for børnetilskud, som alle med børn per automatik modtager. Gruppen er her slået sammen med boligtilskud. Dette kommer til at dække over at forskellen på boligtilskud reelt er større, fordi forskellen i børnetilskud er negativt - idet alkoholoverforbrugere reelt får en smule færre børn per voksen sammenlignet med deres kontrolgruppe.

Tabel 7 viser de gennemsnitlige omkostninger per person for de kommunale overførsler. På samme facon som i tabel 6 er der lavet to sammenligninger for de to grupper af alkoholoverforbrugere: først for de med en alkoholrelateret sygehuskontakt ift. deres kontrolgruppe, og dernæst for de i alkoholbehandling ift. deres kontrolgruppe. Der er i appendiks vist analyseresultater for omkostningerne ved ikke-kommunale overførsler (efterløn, A-kasse og aldersbetinget pension) for de to grupper.

Der manglede oplysninger om indkomst for 960 personer. Disse udgør hhv. 0,3 % af kontrolgruppen og 0,06 % af interventionsgruppen. For disse har omkostningerne forbundet med skåne- og fleksjobordninger ikke kunnet udregnes, hvorfor de er udeladt fra den samlede opgørelse.

I gruppen af personer med alkoholrelateret sygehuskontakt er den gennemsnitlige omkostning forbundet med kontanthjælp, førtidspension, sygedagpenge og boligtilskud signifikant højere blandt alkohol over-

forbrugerne relativt til kontrolgruppen. Der er ingen forskel på omkostningerne til skåne- og fleksjob, og personer i kontrolgruppen har signifikant højere omkostninger til børnetilskud. Dette skyldes, at flere i denne gruppe har flere børn (se senere afsnit om omkostningerne forbundet med anbringelser og hjælpeforanstaltninger til børn).

I gruppen af personer i alkoholbehandling er de gennemsnitlige kommunale omkostninger per person 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 alkoholoverforbrugere.

De samlede merudgifter til personer med en alkoholrelateret sygehuskontakt i forhold til kontrolgrupperne er væsentlige. For personer med en alkoholrelateret sygehuskontakt er de kommunalt betalte overførselsindkomster ca. 3 gange højere end for kontrolgruppen, og ca. 2,8 gange højere, når børne- og boligtilskud

Tabel 7: Gennemsnitlige omkostninger per person i de to grupper af alkoholoverforbrugere sammenlignet med deres respektive kontrolgrupper.

	Personer med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Personer i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkohol-overforbrugere (n=18.036)	Kontrol (n=72.140)	P-værdi	Alkohol-overforbrugere (n=34.330)	Kontrol (n=137.339)	P-værdi
Kommunale ydelser						
Kontanthjælp	8.741 kr.	2.331 kr.	0,00	10.283 kr.	2.807 kr.	0,00
Førtidspension	45.984 kr.	13.840 kr.	0,00	38.060 kr.	14.830 kr.	0,00
Fleksjob	1.911 kr.	2.018 kr.	1,00	2.853 kr.	2.590 kr.	0,27
Skånejob	43 kr.	42 kr.	1,00	121 kr.	69 kr.	0,00
Sygedagpenge	3.554 kr.	2.158 kr.	0,00	6.386 kr.	2.876 kr.	0,00
Kommunalt betalt overførselsindkomster i alt	60.233 kr.	20.389 kr.		57.703 kr.	23.172 kr.	
Boligtilskud	7.543 kr.	2.899 kr.	0,00	5.585 kr.	2.242 kr.	0,00
Børnetilskud	868 kr.	1.441 kr.	0,00	1.875 kr.	2.553 kr.	0,00
Kommunale ydelser i alt	68.643 kr.	24.728 kr.	0,00	65.163 kr.	27.967 kr.	0,00
Andre ydelser^a	10.601	4.630	0,00	17.262	6.124	0,00

a) Andre ydelser dækker bl.a.: kursugodtgørelse, revalideringsydelse, aktiveringsydelse, orlov til børnepasning for personer 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, arbejdsløshedsgodtgørelse, 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".

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 alkoholoverbrugerne sammenlignet med kontrolgruppen, og 2,3 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 sundhedsydelse og ii) de gennemsnitlige omkostninger per person 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 8 viser en opgørelse over andelen af personer, som har modtaget de forskellige typer af sundhedsydelser. Det fremgår, at andelen af personer 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 store 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 personer med dobbeltdiagnoser¹⁴ i denne gruppe.

Tabel 8: Andelen af personer, der har haft en kontakt med sundhedsvæsenet for hhv. overbrugere af alkohol og deres kontrolgrupper.

	Personer med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Personer i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Andele (%)		P-værdi	Andele (%)		P-værdi
	Alkohol-overbrugere	Kontrol		Alkohol-overbrugere	Kontrol	
Kommunalt medfinansierede sundhedsydelser						
Somatiske stationære behandlinger	76,3	13,2	0,0	28,8	10,8	0,00
Somatiske ambulante behandlinger	82,5	43,5	0,0	56,2	40,7	0,00
Praksissektoren	96,6	93,1	0,0	98,2	92,8	0,00
Psykiatriske stationære behandlinger	5,9	0,5	0,0	10,8	0,5	0,00
Psykiatriske ambulante behandlinger	10,8	1,9	0,0	18,8	2,0	0,00
Kommunalt medfinansierede sundhedsydelser i alt	100	93,8	0,0	98,7	93,5	0,00

Anmærkninger: Statistisk signifikante forskelle er fremhævet med fed.

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

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

Tabel 9 viser opgørelsen af de gennemsnitlige kommunalt finansierede sundhedsomkostninger per person i hver af de to grupper af alkoholoverforbrugere 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 person i gruppen af alkoholoverforbrugere med en alkoholrelateret sygehuskontakt er signifikant højere end for kontrolgruppen for alle ydelserne. Det er det samme, som gjorde sig gældende for andelene med et forbrug som vist i tabel 8.

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

For alkoholoverforbrugere med en alkoholrelateret sygehuskontakt er de kommunale sundhedsomkostnin-

ger over 4,5 gange højere end tilsvarende for kontrolgruppen. Dette skyldes primært de høje somatiske sundhedsomkostninger. Kigges der på fordelingen af typen af sundhedsydelser og effekten af forskellig medfinansierungsgrad mellem disse, er der ingen forskel. Den kommunale medfinansiering udgør 23 % af sundhedsomkostningerne for både alkoholoverforbrugere og kontrolgruppen.

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

Sundhedsomkostningerne er generelt højere for alkoholgrupperne sammenlignet med kontrolgrupperne. Andelen af udgifterne, der er kommunalt medfinansierede, er dog den samme for grupperne. Typen af ydelser kan således ikke være meget forskellige grupperne imellem.

Tabel 9: Gennemsnitlige kommunale omkostninger per person til medfinansiering af sundhedsydelser for to grupper af overforbrugere af alkohol og deres kontrolgrupper.

	Personer med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Personer i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkohol-overforbrugere (n=18.036)	Kontrol (n=72.140)	P-værdi	Alkohol-overforbrugere (n=34.330)	Kontrol (n=137.339)	P-værdi
Somatiske stationære behandlinger	14.878 kr.	2.061 kr.	0,00	4.483 kr.	1.505 kr.	0,00
Somatiske ambulante behandlinger	3.479 kr.	1.681 kr.	0,00	1.852 kr.	1.429 kr.	0,00
Praksissektoren	465 kr.	397 kr.	0,00	571 kr.	353 kr.	0,00
Psykiatriske stationære behandlinger	704 kr.	70 kr.	0,00	1.283 kr.	79 kr.	0,00
Psykiatriske ambulante behandlinger	346 kr.	85 kr.	0,00	767 kr.	98 kr.	0,00
Kommunal medfinansiering i sundhedsvæsenet i alt	19.872 kr.	4.293 kr.	0,00	8.957 kr.	3.464 kr.	0,00

Anmærkninger: Statistisk signifikante forskelle er fremhævet med fed.

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

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

Blandt de 52.366 individer med et alkoholoverforbrug er der 12.761 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 personer 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 10, hvor også andelen blandt personerne i kontrolgrupperne er vist. Generelt set er der flere af personerne i kontrolgrupperne, der har børn, relativt til alkoholoverforbrugere.

I tabel 11 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 person (i gruppen) og antal børn blandt forældre. Antallet af børn per person er generelt en lille smule lavere for grupperne af alkoholoverforbrugere, relativt til deres kontrolgrupper. Ligesom de med en alkoholrelateret sygehuskontakt har færre børn per person, relativt til den anden alkoholgruppe bestående af personer 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 kontrolgrupperne.

Tabel 10: Andel med børn i begge grupper af alkoholoverforbrugere og deres kontrolgrupper.

	Andel, som er forældre	
	Personer med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe	Alkoholoverforbrugere
	Kontrol	20 %
Personer i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe	Alkoholoverforbrugere	30 %
	Kontrol	34 %

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

Tabel 11: Antal forældre, antal børn per forældre samt andel børn der er anbragt eller har forebyggende hjælpeforanstaltning i de to grupper af alkoholoverforbrugere og deres kontrolgrupper.

	Personer med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Personer i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkohol-overforbrugere	Kontrol	P-værdi	Alkohol-overforbrugere	Kontrol	P-værdi
Antal personer i alt	18.036	72.140	-	34.330	137.339	-
Antal forældre	2.554	14.344	-	10.207	47.231	-
Antal børn	3.809	23.043	-	16.656	81.477	-
Gennemsnitligt antal børn, alle	0,2	0,3	-	0,5	0,6	-
Gennemsnitligt antal børn, kun forældre	1,5	1,6	-	1,6	1,7	-
Andel af børn med anbringelse	11,5 %	1,5 %	0,00	7,1 %	1,7 %	0,00
Andel af børn med forebyggende foranstaltning	6,5 %	1,8 %	0,00	5,5 %	1,5 %	0,00

Anmærkninger: Statistisk signifikante forskelle er fremhævet med fed. 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, Landspatientregistret, Lægemiddelstatistikregisteret og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister.

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

Det forholdsvis højere antal 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 personerne 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. Det kan altså være en selekteret skævhed.

I tabel 12 er omkostningerne ved anbringelser og forebyggende foranstaltninger vist. I denne opgørelse er anbringelser og forebyggende foranstaltninger underopdelt, så de specifikke ydelser er specificeret.

Tabel 12: Gennemsnitlige omkostninger per barn for anbringelser og forebyggende hjælpeforanstaltninger for de to grupper af alkoholoverforbrugere og deres kontrolgrupper for 2010.

	Personer med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Personer i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkoholoverforbrugere	Kontrol	P-værdi	Alkoholoverforbrugere	Kontrol	P-værdi
Antal personer i alt	18.036	72.140		34.330	137.339	
Antal børn	3.809	23.043		16.656	81.477	
Anbringelser						
Døgninstitution	9.969 kr.	1.408 kr.	0,00	6.094 kr.	1.966 kr.	0,00
Kommunalt døgntilbud	4.563 kr.	746 kr.	0,00	3.513 kr.	597 kr.	0,00
Socialpædagogisk opholdssted	8.720 kr.	1.844 kr.	0,00	6.037 kr.	1.761 kr.	0,00
Akutinstitution	2.154 kr.	201 kr.	0,00	1.662 kr.	341 kr.	0,00
Familiepleje	21.611 kr.	2.319 kr.	0,00	12.608 kr.	2.137 kr.	0,00
Slægtsanbringelse	315 kr.	46 kr.	0,01	281 kr.	63 kr.	0,00
Netværksfamilie	1.049 kr.	140 kr.	0,00	794 kr.	90 kr.	0,00
Kost-, ungdoms- eller efterskole	465 kr.	94 kr.	0,00	219 kr.	63 kr.	0,00
Eget værelse	844 kr.	68 kr.	0,00	513 kr.	112 kr.	0,00
Skibsprojekt	168 kr.	25 kr.	0,19	61 kr.	14 kr.	0,49
Ukendt ^a	1.611 kr.	176 kr.	0,00	389 kr.	219 kr.	0,72
Omkostninger til anbringelser i alt per barn	51.468 kr.	7.067 kr.	0,00	32.172 kr.	7.364 kr.	0,00
Hjælpeforanstaltninger						
Fast kontaktperson	822 kr.	265 kr.	0,00	691 kr.	229 kr.	0,00
Aflastning	5.086 kr.	1.188 kr.	0,00	3.885 kr.	1.157 kr.	0,00
Personlig rådgiver	65 kr.	22 kr.	0,10	58 kr.	14 kr.	0,00
Praktikophold	85 kr.	43 kr.	0,85	124 kr.	43 kr.	0,00
Omkostninger til forebyggende foranstaltninger i alt per barn	6.059 kr.	1.518 kr.	0,00	4.757 kr.	1.443 kr.	0,00
Anbringelser og forebyggende hjælpeforanstaltninger per barn totalt	57.527 kr.	8.585 kr.	0,00	36.929 kr.	8.807 kr.	0,00

Anmærkninger: Statistisk signifikante forskelle er fremhævet med fed.

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.

For gruppen med en alkoholrelateret sygehuskontakt, er der signifikant højere omkostninger til samtlige typer af anbringelser undtagen skibsprojektet (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 for alle anbringelsestyperne er desuden højere blandt gruppen af personer

med en alkoholrelateret sygehuskontakt. 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.

Binge drinking og højrisikogrupper

Der er ydermere lavet analyser for populationer trukket fra databasen for Den Nationale Sundhedsprofil¹⁵. I sundhedsprofilen er binge drinking¹⁶ og højrisikogrupper identificeret. Resultaterne for disse grupper er uklare, med en tendens til lavere omkostninger i alkoholgrupperne. Der er dog tale om spørgeskemabaserede 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.

¹⁵ Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet & Sundhedsstyrelsen. Sundhedsprofil 2010.dk: <http://www.sundhedsprofil2010.dk/Pages/Home.aspx>

¹⁶ Binge drinking: Indtagelse af 5 eller flere genstande ved en lejlighed..

Samlede omkostninger og perspektivering

Der er samlet set 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 13 er de årlige omkostninger for kommunerne opgjort samlet.

Differencen i omkostninger mellem alkoholoverforbrugere med en alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe er på 68.901 kr. per person. Dette tal dækker over meromkostningen inden for bare et år. I gruppen i alkoholbehandling er meromkostningen på

55.421 kr. per person. Når der tages hensyn til antallet af personer i hver af grupperne, kan den totale meromkostning, for de ydelser, der er inkluderet i nærværende analyse, opgøres til 3,145 mia. kr. årligt. Dertil kommer et ikke ubetydeligt regionalt forbrug samt en række kommunale omkostninger, som det ikke har været muligt at få data om, fx hjemmepleje, kommunal genoptræning.

Omkostningerne i en gennemsnitskommune med 50.000 borgere er på 28,3 mio. kr. årligt, fordelt på 18,6 mio. kr. til overførsler, 4,2 mio. kr. til kommunal medfinansiering af sundhedsydelser og 5,4 mio. kr. til anbringelser og hjælpeforanstaltninger til børn og unge (se tabel 14).

Tabel 13: Kommunale gennemsnitsomkostninger per person sammenlignet i hver af de to grupper af alkoholoverforbrugere i forhold til deres kontrolgrupper.

	Personer med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Personer i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkohol-overforbrugere (n=18.036)	Kontrol (n=72.140)	P-værdi	Alkohol-overforbrugere (n=34.330)	Kontrol (n=137.339)	P-værdi
Kommunal medfinansiering af sundhedsomkostninger	19.872 kr.	4.293 kr.	0,00	8.957 kr.	3.464 kr.	0,00
Kommunale overførsler og ydelser mv.	68.643 kr.	24.728 kr.	0,00	65.163 kr.	27.927 kr.	0,00
Anbringelser og hjælpeforanstaltninger	12.149 kr.	2.742 kr.	0,00	17.917 kr.	5.225 kr.	0,00
Kommunale omkostninger i alt	100.664 kr.	31.763 kr.	0,00	92.037 kr.	36.616 kr.	0,00

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

Table 14: Kommunale årlige meromkostninger i Danmark og en gennemsnitskommune for grupperne af alkoholoverforbrugere i forhold til deres 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	469,5 mio. kr.	4,2 mio. kr.
Kommunale overførsler og ydelser mv.	2.070,4 mio. kr.	18,6 mio. kr.
Anbringelser og hjælpeforanstaltninger	605,4 mio. kr.	5,4 mio. kr.
Kommunale omkostninger i alt	3.145,3 mio. kr.	28,3 mio. kr.

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

Endelig er det formentlig langt fra alle med alkoholoverforbrug, der er blevet identificeret i denne analyse. Jf. en rapport fra Center for Alkoholforskning ved Syddansk Universitet vurderes der at være omkring 140.000 alkoholafhængige 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 7,8 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 2010 samlet set udgjorde 283,5 mio. kr.¹⁸

17 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.

18 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 8 % højere blandt alkoholoverforbrugere med en alkoholrelateret sygehuskontakt, når der sammenlignes med omkostningerne i deres kontrolgruppe. I gruppen i alkoholbehandling er omkost-

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

Tablet I: Andele af personer i grupperne af alkoholoverforbrugere og deres kontrolgrupper, der er på overførsler, der ikke er kommunalt finansierede.

	Personer med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Personer i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkohol-overforbrugere (%)	Kontrol (%)	P-værdi	Alkohol-overforbrugere (%)	Kontrol (%)	P-værdi
Ikke-kommunale overførsler						
Aldersbetinget pension	25,3	24,3	0,05	13,0	12,1	0,00
Efterløn	5,2	6,3	0,00	4,1	4,7	0,00
A-kasse	6,4	6,4	1,00	11,7	8,9	0,00

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

Tablet II: Omkostninger per person i grupperne af alkoholoverforbrugere og deres kontrolgrupper, forbundet med overførsler, der ikke er kommunalt finansierede.

	Personer med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Personer i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkohol-overforbrugere	Kontrol	P-værdi	Alkohol-overforbrugere	Kontrol	P-værdi
Ikke-kommunale overførsler						
Aldersbetinget pension	35.327 kr.	31.697 kr.	0,00	18.046 kr.	15.736 kr.	0,00
Efterløn	6.808 kr.	7.784 kr.	0,00	5.176 kr.	5.664 kr.	0,06
A-kasse	4.628 kr.	3.862 kr.	0,00	7.937 kr.	5.299 kr.	0,00
Ikke-kommunale overførsler i alt	46.763 kr.	43.342 kr.	0,00	31.159 kr.	26.699 kr.	0,00

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

De ikke-kommunale udgifter til overførsler er signifikant højere for gruppen af personer 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.

For de ikke-kommunale udgifter til overførsler er der ikke signifikant forskel på andelen, som får alderspension og a-kassebetalt understøttelse, mens der er signifikant forskel i omkostningerne. Forklaringen på denne forskel for alderspension skyldes givet, at

alderspensionen omfatter diverse tillæg. Eftersom alkoholoverforbrugerne får flere overførselsindkomster og derfor må forventes at have færre perioder i arbejde, vil gruppens pensionsopsparinger være lavere, hvorfor de er berettiget til flere tillæg.

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 må derfor antages at have længere ledighedsperioder, hvilket kan forklare omkostningsforskellene.

Bilag – de totale regionale sundhedsudgifter blandt alkoholoverforbrugere

Nedenfor er omkostningerne 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.

De samlede meromkostninger til det regionale sundhedsvæsen for grupperne med højt alkoholforbrug er således 2,159 mia. kr., hvoraf og den kommunale andel udgør 469,5 mio. kr.

Table III: De årlige regionale sundhedsomkostninger per person i de to grupper af alkoholoverforbrugere og deres kontrolgrupper, både for de kommunalt finansierede og de totale regionale sundhedsudgifter.

	Personer med alkoholrelateret sygehuskontakt og deres kontrolgruppe			Personer i alkoholbehandling og deres kontrolgruppe		
	Alkoholoverforbrugere	Kontrol	P-værdi	Alkoholoverforbrugere	Kontrol	P-værdi
Kommunal medfinansiering i sundhedsvæsenet i alt	19.872 kr.	4.293 kr.	0,00	8.957 kr.	3.464 kr.	0,00
Sundhedsomkostninger totalt ^a	88.067 kr.	18.816 kr.	0,00	41.970 kr.	15.474 kr.	0,00

Anmærkninger: Statistisk signifikante forskelle er fremhævet med fed.

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

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

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Telefon 72 22 74 00
sst@sst.dk
www.sst.dk