

VÆKSTFAKTORER PÅ DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE

Landets kommuner

Kommunernes udgifter til handicapområdet vokser eksplosivt. På ti år er antallet af børn med diagnosen autisme...

presses af handicapboom

Landets kommuner står nu over for et stort problem. Det vokser at vokse og sociale systemer og...
Samtidig er det gennemsnitlige antal på en handicapbolig er op til tre...
Ventelister vil vokse
Der er mennesker, som får gælder sidder og venter på noget hjælp, fordi området er under pres med lange ventetider og ventelister. Vi gør hvad vi kan, for at få kortere ventetider. Føls, også antallet af handicapboliger fra 850 til 150. Men samtidig forventer vi, at ventelister vil stige yderligere, og derfor har vi brug for økonomisk hjælp...

formanden for Kommunernes Landsforening, bente...
Erling Bonnesen, at det er...
▼ I TAL
Derfor stiger udgifterne eksplosivt
■ Andelen af børn og unge, der har fået stillet diagnosen autisme, er vokset eksplosivt. I 2007 var 0,2 pct. af sønblige 0-18 årige. Det er nu 2 pct. flere end i 2007. I 2011 var det 1,2 pct. flere end i 2007.
■ Kommunernes udgifter til plejer på specialiserede områder, der tidligere blev drevet af amterne, er vokset med 200 mio. kr. i år.
■ Behovet for handicapboliger stiger som følge af, at gennemsnitsventetiden for handicappede er vokset markant.

dersen (S) siger, at det også er et problem, at udgifter til handicappede, som bor på institutioner i andre kommuner, er vokset. Det - og andre forhold - gør, at kommunen er hårdt ramt.
Hvis vi ikke gør noget, kommer vi til at overkride budgettet med 73 mio. kr. Samtidig rækker vi at overkride den tillæde ramme for vores serviceudgifter med 35 mio. kr. ved udgangen af året. Det vil betyde, at vi skal betale et tilsvarende beløb til statsen,» siger Mikko Graff Pe...

12:10

STEEN BENGTSOON

12:10

VÆKSTFAKTORER PÅ
DET SPECIALISEREDE
SOCIALOMRÅDE

STEEN BENGTTSSON

KØBENHAVN 2012

SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

VÆKSTFAKTORER PÅ DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen

Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelse

Undersøgelsens følgegruppe:

Kurt Hjortsø, Kommunernes Landsforening

Jakob Lyng Lind, Kommunernes Landsforening

Naja Iversen, Kommunernes Landsforening

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7119-092-2

e-ISBN: 978-87-7119-093-9

Layout: Hedda Bank

Forsidefoto: Bertingske Media

Oplag: 300

Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2012 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

	FORORD	7
	RESUMÉ	9
1	ET PARADOKS	11
	Indledning	11
	Dynamikken på det specialiserede socialområde	12
	Udviklingen i indsatser	16
	Mekanismer, der kan påvirke den sociale indsats	18
	Det specialiserede socialområde	20
2	DEMOGRAFISK UDVIKLING	21
	Befolkningen de næste 10 år efter aldersgrupper	24
	Indvandrere og efterkommere	27

	Sammenfatning på den demografiske udvikling	35
3	UDVIKLINGEN I BEFOLKNINGENS ADFÆRD	37
	Voksne med handicap	37
	Børn med handicap	41
	Stress	42
	Stofmisbrug og behandling	46
	Alkohol og tobak	48
	Anbringelser af børn	51
4	KONSEKVENSER AF BEHANDLING OG SOCIAL INDSATS	55
	Downs syndrom	55
	Længere levealder for udviklingshæmmede	58
	Risici ved behandling	59
5	UDVIKLING AF BEHANDLINGSMULIGHEDER OG INDSATSER	65
	Behov for hjælpemidler	65
	Mindre invalidering af mennesker med psykisk sygdom	70
	Mere kriminalitet blandt mennesker med psykisk sygdom	75
	Erhvervet hjerneskade	78
6	REFORMER	81
	Reform af førtidspensionen 1998-2003	81
	Kommunalreformen 2007	83
	DSI-undersøgelsen	90
	Ustyrlighed og styring	91

7	LOVGIVNING, SOM DÆKKER FLERE BEHOV	93
	Handicapkonventionen	93
8	UFORKLAREDE FAKTORER	99
	ADHD	99
	Børne- og ungdomspsykiatrien	104
9	OPSAMLING	107
	BILAG	109
	SFI-RAPPORTER SIDEN 2011	115

FORORD

Kommunernes Landsforening bad i marts 2010 SFI om at belyse den problematik, at presset på det specialiserede socialområde ikke altid hang sammen med ændringer i borgernes rettigheder. Det er således i denne sammenhæng interessant at få undersøgt, hvilke andre faktorer der var virksomme, og få samlet den viden, der fandtes om udviklingen af behov og andre forhold, der kunne have betydning for udviklingen.

Undersøgelsen er foretaget af seniorforsker Steen Bengtsson fra april til juni 2010 og er finansieret af Kommunernes Landsforening (KL). Siden har den været drøftet i forskellige KL-fora og offentliggjort på KL's og SFI's hjemmeside. Studenterne Jakob Pindstrup Andersen og Helene Jørgensen deltog i første fase og har skrevet enkelte dele af teksten. Videnskabelig assistent Maria Rye Dahl har kritisk gennemgået manuskriptet, peget på mangler og kommet med forslag og dermed givet teksten et løft.

En første udgave af rapporten blev i 2010 lagt ud på såvel KL's som SFI's hjemmesider. I forbindelse med den trykte udgave er teksten blevet udbygget, og seniorforsker Leif Olsen, AKF, har været referee og er kommet med mange gode forslag, som har været med til at forbedre rapporten.

København, april 2012

JØRGEN SØNDERGAARD

RESUMÉ

Denne rapport afdækker nogle faktorer, som påvirker aktiviteten på det specialiserede socialområde. Eksemplerne viser, hvordan forskellige faktorer kan påvirke aktiviteten på området og understreger, at både behovsbetinget udvikling, faglig og teknologisk udvikling og politisk-administrativ udvikling kan påvirke udviklingen.

Den demografiske udvikling med flere i den ældste aldersgruppe, samt befolkningstilvæksten generelt, betyder sandsynligvis en behovsbetinget øget efterspørgsel efter specialiserede sociale ydelser i et fremadrettet perspektiv. Udviklingen i befolkningens adfærd – forstået som sundhedstilstand og kultur – påvirkes af definatoriske ændringer (fx ændring af handicapbegrebet og fremkomsten af stressforståelsen), som påvirker omfanget af efterspurgte og udbudte ydelser på det specialiserede socialområde. Men også ændringer i behovene i befolkningen fremgår (fx i form af stigende omfang af stofmisbrug).

Konsekvenser af behandling og af sociale indsatser ses også som en faktor, der kan påvirke aktiviteten. Her spiller især den faglige og teknologiske udvikling ind (fx kan nye behandlingsmuligheder i forbindelse med for tidlig fødsel og barnløshed føre nye behov for sociale indsatser, men reducere andre). Ligeledes kan udviklingen af behandlingsmetoder og indsatser påvirke aktiviteten. Det kan være metoder, der gør, at

flere overlever med handicap. Her spiller også både definatoriske afgrænsninger og nye eller andre behov en rolle.

Udvikling i det administrative system, eksemplificeret via to reformer fra 2003 og 2007, viser sig også at kunne påvirke det specialiserede socialområde. Førtidspensionsreformen, som indebærer en ændring af tilkendelseskompetencen, peger i retning af en ændring i antallet af tildelte førtidspensioner. Også kommunalreformen påvirkede udbuddet af ydelser i form af en ændring i antallet af ambulante forløb i det psykiatriske system. Disse ændringer i det administrative system skyldes ikke ændringer i definatoriske rettigheder til specifikke ydelser eller et ændret behov i befolkningen, men nærmere ændret administrativ praksis.

Endvidere illustrerer rapporten, hvordan lovmæssige ændringer kan påvirke aktiviteten på det specialiserede socialområde. Dette eksemplificeres med FN's handicapkonvention – ratificeret af Danmark i 2009 – som specificerer specifikke forhold for borgere med handicap, som sandsynligvis påvirker praksis i forhold til udbud af ydelser inden for det specialiserede socialområde.

ET PARADOKS

INDLEDNING

Denne rapport beskæftiger sig med væksten på det specialiserede socialområde, som gennem en årrække har været større end væksten i bruttonationalproduktet, i de offentlige udgifter generelt og i de sociale udgifter som helhed. Det har derfor interesse at afdække, hvilke faktorer der medvirker til, at omfanget af sociale indsatser bliver større eller mindre. En sådan afdækning vil medvirke til at gøre disse poster mere forudseelige og styrbare.

Ud fra data om blandt andet befolkningsvækst, udviklingen i tilbud og behov ser vi i denne undersøgelse på faktorer, der har betydning for efterspørgsel og forbrug af de ydelser, kommunerne udbyder på områderne.

I 1980'erne og 1990'erne opfattede man den ulige vækst som et spørgsmål om, at områder som handicap, udsatte og psykiatri skulle bringes på højde med den vækst i velfærd, der havde været tale om på fx børne- og ældreområdet. Men den ulige vækst er fortsat, og der er ikke meget, der tyder på, at den kan bringes til ophør.

I denne situation er enkelte kommunale politikere kommet med udtalelser, som er faldet handicaporganisationerne og Det Centrale Handicapråd for brystet. Det er nærliggende at opfatte den økonomiske pro-

blematik således, at det er et spørgsmål, om midlerne skal gå til de største grupper eller til grupperne med størst behov.

For at undgå denne klemme har bl.a. KL stillet spørgsmålet, om udviklingen ikke kunne komme under kontrol. Og det kan den godt – den kan nemlig styres. Indsatsen kan målrettes mere, og det vil sige, at man for den samme udgift kan løse flere problemer. Det kan spare penge og dermed lette på trykket i et par år. Men hvis den underliggende dynamik er uforandret, kommer problemet igen.

Når væksten på det specialiserede område fortsætter, og efter mange kommunale medarbejders mening er ved at blive på bekostning af normalområdet, er der grund til at standse op og spørge, hvad det egentlig er, der sker. Løser vi i Danmark problemerne på den mest hensigtsmæssige måde, eller producerer den måde, vi løser problemerne på, i sig selv uproportionalt store udgifter? Eller bruger vi for mange midler til aktiviteter, der i virkeligheden ikke tjener de formål, vi tror?

Trods sit brede sigte er rapporten produceret inden for en snæver ramme, og der har derfor kun været lejlighed til at give et første overblik og et udgangspunkt for mere dybtgående analyser af de mange problemstillinger, som emnet rummer. Der er tale om mange enkelttendenser. De fleste af de tendenser, som rapporten belyser, presser imidlertid for en øget indsats. Ofte bliver disse behov belyst hver for sig, her søger vi imidlertid at give et rids af det billede, den samlede indsats kommer til at tegne.

DYNAMIKKEN PÅ DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE

Først i 1990'erne var Danmark på vej ud af en langvarig krise, og arbejdsløsheden begyndte at falde. I årtierne op til da var der sket en stor udbygning på det almene socialområde, såsom institutioner for børn og omsorg for ældre. Nu var der politisk baggrund for en indsats på det specialiserede socialområde, som omfatter handicap og udsatte. Vi så en fordobling af udgifterne fra 1990-2000 og det samme over de næste 10 år. Det begyndte som en længe ønsket genopretning af balancen. Men i de senere år har der bredt sig en fornemmelse af, at vi er fanget i et paradoks: at der ikke blot sker en udvidelse af rettighederne og et løft af indsatsen over for den dårligst stillede gruppe, men at der også sker en vækst i udgifterne, selv når den enkelte borger ikke får ret til mere.

Det har vi, efter ønske fra Kommunernes Landsforening, ledt efter eksempler på. For at undgå ensidighed har vi både ledt efter eksempler på, at aktiviteten stiger og falder af andre årsager end forandring af den enkeltes rettigheder. Det ser dog ud til, at der er flest eksempler på, at de stiger. Eksemplerne har at gøre med mange forskellige forhold fx demografi, livsstil og handicapforståelsen.

De demografiske bølger, som er startet med ”mørklægningsbørnene” fra de første år af 1940’erne, gør, at generationerne skiftevis er store og små, så de aldersbestemte servicetilbud regelmæssigt skal udvides og derefter trappes ned igen. *Livsstil* spiller også en væsentlig rolle. Vi ser stigning og fald i forskellige former for brug af tobak og rusmidler, typisk sådan at stigninger kan ske hurtigt, men et fald kommer langsommere og typisk ikke omfatter dem med det mest omfattende forbrug. Og vi ser, at den oplevede stress vokser og vokser. Den oplevede stress dækker over realiteter, som genfindes i udviklingen af den tilsvarende psykiatriske behandling.

Udviklingen har også at gøre med *handicap*. Det er lidt usikkert, om der reelt er vækst i omfanget af handicap. Det er vores undersøgelser ikke store nok til at sige noget om. Men det er givet, at der er en vækst i indsatsen. Især ser vi en kraftig vækst i antallet af mobilitetshjælpe midler i de senere år. Vi ser endvidere, at flere og flere mennesker rapporterer, at de er født med handicap. Det er en udvikling, som både ses fra generation til generation, og som ses, når den samme årgang spørges på et senere tidspunkt. Det viser sig også, at nogle af vores fremskridt omsætter sig i øget behov for indsats. Det gælder således det forhold, at nogle grupper af mennesker med handicap nu lever betydelig længere, end det tidligere har været tilfældet. Det skyldes en forbedret social og sundhedsmæssig indsats og er helt igennem noget, som politikerne har ønsket. Men det giver dog alligevel en udgift.

Kan medicinske og sociale fremskridt da slet ikke forebygge og løse problemer på en måde, så der bliver tale om mindre behov for indsats end tidligere? Eksemplet med scanning af gravide for fostre med Downs syndrom viser, at situationen kan være langt mere kompliceret, end man umiddelbart skulle tro. Denne form for scanning bliver ofte fremhævet som eksempel på, at det kan lade sig gøre at forebygge. Metoden kom frem først i 1970’erne og er løbende blevet gjort mere og mere effektiv. Men vi skal helt frem til 2005, før vi ser, at antallet af Downs fødsler faktisk falder. Selv om der er flere og flere aborter, gør andre ting

i samfundets udvikling, at antallet af Downs graviditeter samtidig stiger tilsvarende. Nettoresultatet er således, at der i mange år fødtes lige så mange børn med Downs som tidligere. Den længere uddannelse, som de fleste kvinder tager, får dem til at udsætte fødslerne, hvilket øger risikoen for at føde børn med kromosomforandringer.

Downs-problematikken er kontroversiel, og ikke alle ser muligheden for scanning som et fremskridt. Endnu mere kontroversiel er reduktionen i dødeligheden af for tidligt fødte børn. Det er overraskende, så lidt dette spørgsmål er blevet belyst gennem undersøgelser. De undersøgelser, vi har, viser dog, at store grupper af de meget tidligt fødte vil erhverve handicap, efterhånden som de vokser op. Det er ikke sikkert, man ser det med det samme eller efter fire år, for det kan sagtens komme senere i barndommen. Vi ved i virkeligheden ikke, om disse børn livet igennem vil have en større risiko for at erhverve handicap end børn, som er født med en mere normal fødselsvægt ved terminstidspunktet. Så vidt det kan skønnes ud fra de foreliggende undersøgelser, betyder de tidlige fødsler, at vi får 1.000-1.500 flere børn med handicap i hver årgang. Det er tal af nogenlunde samme størrelsesorden som det antal børn med handicap, vi i forvejen har.

På området *psykiatri* ser vi trods store fremskridt i behandlingsmetoder, at et større og større antal mennesker får psykiske lidelser. Eller måske skulle vi hellere sige, at denne stigning kommer på grund af de store fremskridt på det behandlingsmæssige område. Der har været en rivende udvikling, siden området overgik til hospitalsvæsenet. I 1980'erne blev tre fjerdedele af de psykiatriske sengepladser nedlagt, i 1990'erne begyndte man opbygningen af distriktspsykiatrier, og siden 2000 er landet blevet dækket af opsøgende psykoseteams. Psykoser, som tidligere var stærkt invaliderende, kan man i dag ofte komme sig over. I dag er indlæggelse en akutfunktion, mens den egentlige behandling foregår, uden at borgeren er indlagt.

Gennem hele denne historie har pressen skrevet om mangelen på psykiatriske sengepladser, samtidig med at antallet blev reduceret år for år. Sideløbende er behandlingssystemet blevet udbygget uden for sygehuset. Der har været en stigning i ambulante ydelser. Der har været en større stigning i ydelser i privat speciallægepraksis. Den største stigning har der været på det socialpsykiatriske område som botilbud, dagtilbud og i de senere år i bostøtte, som er en støtte i eget hjem til mennesker med sindslidelse.

Samtidig ser vi, at flere og flere behandles for ikke-psykotiske sindslidelser. Det gælder fx for angst, depression, tvangsneuroser, spiseforstyrrelser, Aspergers, personlighedsforstyrrelser og mange andre diagnoser. Her ser vi en jævnt stigende kurve i antallet af indlæggelser og ambulante kontakter i løbet af de sidste 10-15 år. På et område har vi en eksplosiv vækst. Det er ADHD, hvor der tilsyneladende gør sig en lidt anden dynamik gældende end på de andre områder. Væksten i antal mennesker, der behandles for ADHD, er meget voldsom.

Så længe det betyder, at flere mennesker bliver behandlet, får det bedre og kan komme videre med deres liv, er det jo entydigt godt. Men selvom der er sket store fremskridt i behandlingen, ser det ikke ud til, at der bliver mindre behov for støtte. Andelen af tilkendelser af førtidspension på psykiatrisk grundlag bliver ved med at stige, selv om en stor del af disse personer i dag burde kunne behandles så godt, at de ikke behøver være henvist til pension. Antal foranstaltningsdomme vokser også set i forhold til andre domme. Det psykiatriske system får en ny type brugere, som det kan være vanskeligt at rumme, samtidig med at der skal være plads til de hidtidige.

Hvordan kan vi så komme videre med velfærdssamfundet? Vi kan enten spare, vokse eller styre os ud af problemerne. Vi kan spare på de "varme hænder", på det almene eller det specialiserede område, eller vi kan lade det gå ud over de "kolde hænder" i administrationen. Nationen kunne godt overleve, selv om skatterne steg, men det er der ikke politisk baggrund for. Når det kommer til stykket, er den eneste udvej nok at styre sig ud af problemerne. Det må ske ved, at de enkelte aktiviteter gøres meget mere velbeskrevne og målrettede og ved at tjekke, at målene også bliver nået.

Det må også ske ved en videnskabeliggørelse af den sociale indsats. En nøjagtig beskrivelse af alt, hvad der gøres for den enkelte, så man kan analysere indsats i forhold til resultat og evidensstøtning af indsatserne overalt, hvor det er muligt. Det må imidlertid bemærkes, at videnskabeliggørelse er meget mere end evidensforskning. Den kvalitative beskrivelse af situationen og af menneskers oplevelse af den er et nødvendigt grundlag. En omfattende registrering af den sociale indsats og en dækkende måling af de forhold, man gerne vil have indflydelse på, er en anden vigtig del.

UDVIKLINGEN I INDSATSER

Der har i en længere periode været tale om en vækst på de specialiserede socialområder, som har været større end væksten i bruttonationalproduktet, i de offentlige udgifter generelt og i sociale udgifter som helhed. Det har derfor interesse at afdække, hvilke faktorer der medvirker til, at behovene på disse områder bliver større eller mindre. En sådan afdækning vil medvirke til at gøre disse poster mere forudseelige og styrbare.

Det almene socialområde dækker ydelser, som mange mennesker vil modtage i løbet af deres liv fx: daginstitution, sygedagpenge, konthjælp og ældrepleje. Det specialiserede socialområde er ydelser, som færre mennesker vil få behov for. Nogle af de specialiserede ydelser er knyttet til sygdom eller handicap, andre er knyttet til misbrug eller familieproblemer.

Fælles for socialområdet er, at ydelserne er udtryk for solidaritet med dem, der midlertidigt eller varigt har større behov eller mindre midler. Dem har vi som samfund et ønske om at støtte, og velfærdsstaten er svaret. Men efter nogle årtiers udvikling har mange en oplevelse af, at udviklingsdynamikken har taget over og fået sit eget liv. Selv når væksten fortsætter, italesættes den ofte som nedskæringer.

Nu er vi inde i en fase, hvor især det specialiserede område vokser, og hvor man undertiden er nødt til at skære ned på det almene område. Der er behov for at forstå denne dynamik lidt bedre. Et første skridt i en sådan forståelse er en oversigt. Denne rapport er en start.

Den viser, at vi finder den aktuelle vækstdynamik på mange planer:

- Flere børn fødes med handicap.
- Tidlige fødsler betyder skader på flere børn umiddelbart efter fødslen.
- Flere mennesker oplever, at de er født med handicap.
- Flere mennesker får mobilitetshandicap, især i yngre aldersgrupper.
- Mennesker med alvorlige handicap lever betydelig længere end tidligere.
- Flere diagnoser på en række psykiske lidelser, hvilket giver adgang til støtte efter Serviceloven.
- Stort uopfyldt behov for behandling af psykiske lidelser. Det gælder især ADHD, Aspergers, stress, OCD og spiseforstyrrelser.
- Flere muligheder for behandling af psykiske lidelser, også meget alvorlige lidelser.

- Større behov for socialpsykiatriske ydelser hos mennesker med psykiske lidelser.
- Flere får psykiske lidelser som følge af stofmisbrug.
- Mennesker med psykiske lidelser bliver oftere stofmisbrugere.
- Mere kriminalitet blandt mennesker med psykiske lidelser.
- Mere øje for, at kriminelle kan være mennesker med psykiske lidelser.
- Flere børn med behov for indsats som følge af familieproblemer.
- FN's handicapkonvention giver flere rettigheder til mennesker med handicap.

Man kan dog også finde eksempler på en dynamik, der går den anden vej:

- Den demografiske udvikling betyder, at der vil komme relativt færre børn.
- Fosterdiagnostikken betyder, at der fødes færre børn med fx Downs syndrom.

De fleste af de nævnte punkter er udtryk for en ønsket udvikling. Den danske befolkning overlever bedre, lever længere, kan blive behandlet for mere, løser flere problemer, ønsker mere retssikkerhed, ønsker flere rettigheder og ønsker forbedringer af standarden i ydelserne. Det koster alt sammen noget, og det må politikerne have et overblik over, så de kan styre det. Det er de følgende sider et første bidrag til.

Forholdet mellem udgifter og behov er imidlertid ikke helt enkelt. Dynamikken i udgifter bliver ikke nødvendigvis bestemt af udviklingen af behov. Det kan lige så vel være forhold i det politisk-administrative system, der er etableret for at imødekomme behovene, som ligger bag udviklingen. Det kan ligge i forskellige dele af dette apparat, og der kan være forskellige baggrunde herfor. Nogle forskellige dynamikker er skitseret i boks 1.1.

Dynamikken hænger altså ikke kun sammen med nye muligheder (øverst i skemaet) eller med nye sociale rettigheder (nederst i skemaet), men også med mange andre forhold (størstedelen af skemaet). Boks 1.2 giver en oversigt over nogle konkrete mekanismer mere detaljeret. De vil efterfølgende blive uddybet og konkretiseret med eksempler inden for områderne. Ofte skyldes udviklingen i sociale indsatser et samspil mellem de forskellige faktorer. For eksempel betyder udviklingen af nye behandlingsmetoder, at opfattelsen af, hvad der skal behandles og hvor-

dan, ændres. Dette medvirker igen til et ændret udbud af sociale indsatser og dermed ændrede udgifter.

BOKS 1.1

Oversigt over dynamikkernes baggrund.

Udvikling af det politisk-administrative system (også kaldet "apparat")	Udvikling af det <i>faglige</i> apparat	En faglig udvikling: nye metoder, nye behandlinger ...
		En udvikling af arbejdsvilkårene i faget
	Udvikling af det <i>administrative</i> apparat	For at skabe mere økonomisk rationalitet (og dermed mere effektivitet)
		For at skabe bedre retssikkerhed for borgeren
For at imødegå klager (skabe mere sikkerhed for politikerne)		
Udvikling i befolkning og adfærd	Folks situation eller forudsætninger er ændret	
	De sociale rettigheder bliver omdefinert	

MEKANISMER, DER KAN PÅVIRKE DEN SOCIALE INDSATS

Boks 1.2 viser otte overordnede grunde til, at aktiviteten på socialområdet kan vokse eller reduceres. Nogle relaterer sig til udvikling i behov, nogle til definatorisk udvikling, andre til faglig-teknologisk udvikling og andre igen til politisk-administrativ udvikling.

Fødselstallet har svinget gennem årene, og det giver anledning til demografiske svingninger, som øger og formindsker aldersgrupper. Men befolkningens sundhedstilstand kan også ændres, og det samme kan holdninger og oplevelser af sociale behov. Den sociale og sundhedsmæssige indsats, som gennemføres, vil i sig selv ændre forudsætningerne. Eksempelvis betyder en længere levetid for handicappede og nye behandlingsmuligheder, at flere med forskellige handicap lever i længere tid, hvilket fordrer nye, mere omfattende eller længerevarende sociale ydelser til at opfylde behovene.

BOKS 1.2

Oversigt over mekanismer, der kan påvirke indsatsen.

Demografiske forskydninger	Flere ældre
	Flere unge
Udvikling i befolkningens adfærd	Sundhed og handicap
	Vilkår og kultur
Konsekvenser af behandling og social indsats	Resultater af, at indsatsen lykkes
	Risici i forbindelse med indsats
Udvikling af behandlingsmuligheder og sociale indsatser	Standardforbedringer
	Dyrere teknologi
	Nye behandlingsformer
Udvikling af det administrative system	Retsliggørelse og formelle krav
	Udvikling af ny praksis
	Puljer og forsøgsprogrammer
	Pres for ligestilling af grupper
Reformer	Administrative projekter
	Kommunalreformen
Udvikling i samfundet i øvrigt	Rummelighed
Lovgivning, som dækker flere behov	Garantier for indsats
	Lovgivning om flere rettigheder
	Internationale konventioner
Uforklarede mekanismer	Nye diagnoser

Endvidere kan udvikling i samfundet gøre, at billedet af legitime behov, som de sociale myndigheder møder, ændres. Udvikling af nye behandlingsmuligheder og udvikling af nye former for sociale indsatser betyder, at forhold, man tidligere ikke kunne gøre noget ved, nu kalder på social indsats. Udvikling af det administrative system kan have samme effekt. De ændringer af det administrative system, der kan betegnes som reformer, er i boks 1.2 taget ud som en særlig gruppe. Endelig kan en udvikling i samfundet betyde, at systemet bliver mere eller mindre rummeligt. Stilles der nye krav, kan det betyde nye grupper, der har svært ved at leve op til kravene.

Foruden de otte hovedgrunde er tilføjet en niende, de uforklarede mekanismer. Hermed sigtes til problemer, der konstateres og oplagt kræver en indsats, men hvor årsagerne til, at de vokser frem, er ukendte. Der kan være forskellige hypoteser om årsagerne og endda vidt forskellige opfattelser af problemernes natur, men dog enighed om, at de findes. Det betyder imidlertid ikke, at alle de andre mekanismer er fuldt ud forklaret.

Den følgende tekst bringer eksempler under hvert af de ni hovedpunkter. Af oversigten i boks 1.2 fremgår i alt 20 underpunkter, men det er dog ikke alle disse punkter, der kan belyses her. Mange af punkterne har med udvikling af systemet – det faglige og det administrative –

at gøre, mens andre omhandler konsekvenser af indsatsen. Presset for stadig større aktivitet bundet altså i høj grad i velfærdssamfundets egen indbyggede dynamik.

DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE

Den ovenfor omtalte problematik er fælles for flere offentlige områder. Her skal vi dog især betragte det specialiserede socialområde.

Det specialiserede socialområde dækker som nævnt alt det, der falder uden for de almindelige rammer, og som derfor kræver en særlig indsats. Formålet med denne særlige indsats er i reglen, at samfundet med dets almindelige institutioner og tilbud så sættes i stand til at rumme også den gruppe, der ikke umiddelbart er rum for. Denne måde at løse problemerne på betegnes princippet om sektoransvar eller ”mainstreaming”.

Sektoransvar eller mainstreaming har været et hovedprincip for dansk handicappolitik siden særforborgens udlægning og etableringen af Det Centrale Handicapråd i 1980, hvilket var en del af Seierups¹ socialreform i 1970’erne. Princippet har fået en officiel status i kraft af folketingsbeslutning B43 fra 1993.

Konkret består indsatsen på det specialiserede socialområde af kontante og naturlige ydelser til mennesker med fysisk handicap, udviklingshæmning, sindslidelser, adfærdsproblemer og misbrugsproblemer samt til børn og unge, som er udsatte, fordi deres forældre ikke er i stand til at give dem de nødvendige rammer.

Forskellen mellem det generelle og det specialiserede socialområde er ikke kun, hvilke problemer der løses for hvilke mennesker. Det er også en forskel i faglig specialisering. Det generelle område kræver professionelle, men det specielle område kræver eksperter og ofte højt specialiserede eksperter. De kommer i mange tilfælde til at vurdere, hvilken indsats der er nødvendig, og hvilke former for indsats man kan tillade sig at yde til denne gruppe. Det er svært for udenforstående at bedømme, hvad der sker.

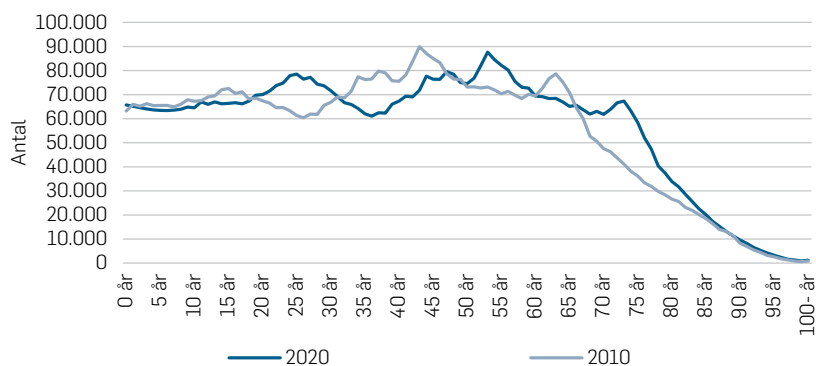
1. H.C. Seierup var i perioden 1964-72 formand for socialreformkommissionen, hvis forslag til omlægning af det sociale system blev gennemført i 1970’erne. Han var i øvrigt styrelseschef i Socialstyrelsen og formand for De Samvirkende Invalideorganisationer og for Dansk Blindesamfund.

DEMOGRAFISK UDVIKLING

Gennem de seneste 60 år har der været stor variation i fødselsårgangenes størrelse. Det gør, at aldersprofilen ændrer sig relativt hurtigt. Som det ses i figur 2.1, vil der om 10 år være betydeligt flere mennesker mellem 18 og 30 år, end der er i dag, ligesom der vil være flere mellem 50 og 60 år og mange flere over 67 år. Der er derimod meget færre mellem 30 og 50 år og lidt færre under 18 samt først i 60'erne.

FIGUR 2.1

Aldersprofil for Danmark. Særskilt for 2010 og 2020. Antal.



Kilde: Statistikbanken.

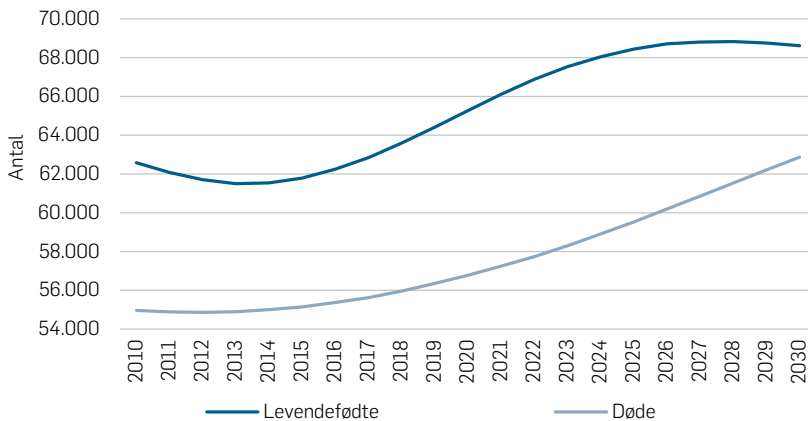
De demografiske variationer vil sandsynligvis fortsætte i fremtiden. Da man kender størrelsen af de årgange, der vil få børn i de kommende år, er det muligt at gætte på, hvor mange der vil blive født. Der kommer dog det usikkerhedsmoment ind, at man ikke ved, om folk i fremtiden vil få flere eller færre børn, udskyde eller fremskynde deres fødsler. Alle disse faktorer kan få betydning for fødselstallet.

Den store forskel mellem generationernes størrelse betyder, at aldersbestemte servicefunktioner skiftevis må udbygges og nedbygges. I de kommende år vil der være færre personer i børneinstitutioner og skoler, men mange flere i uddannelsessystemet. Det vil kræve tilpasninger, som det kan være en fordel, der er tænkt på, inden problemet viser sig for alvor.

Man kan ligeledes forudse, hvor mange der vil dø i fremtiden, igen med den usikkerhed, der kan ligge i, hvor meget længden af livet forøges eller forkortes. Fremskrivningerne for fødsler og dødsfald er illustreret i figur 2.2. Af figuren fremgår, at der de næste tyve år vil blive født 6-8.000 flere mennesker, end der dør. Derefter ventes fødselsoverskuddet hurtigt at tage af.

FIGUR 2.2

Fremskrivning af levendefødte og dødsfald i Danmark. 2010-2030. Antal.



Kilde: Statistikbanken.

Forventningen er, at antal fødsler vil ligge på ca. 62.000 de første 7-8 år fra 2010 og derefter stige til omkring 69.000 sidst i 2020'erne. Dødsfal-

dene forventes at ligge på omkring 55.000 i 6 år og derefter stige med ca. 600 om året, dvs. med 1 pct. årligt. Denne stigning vil først aftage, når vi kommer hen i 2030'erne. De forventede tal for de første 10 år fremgår af tabel 2.1.

TABEL 2.1

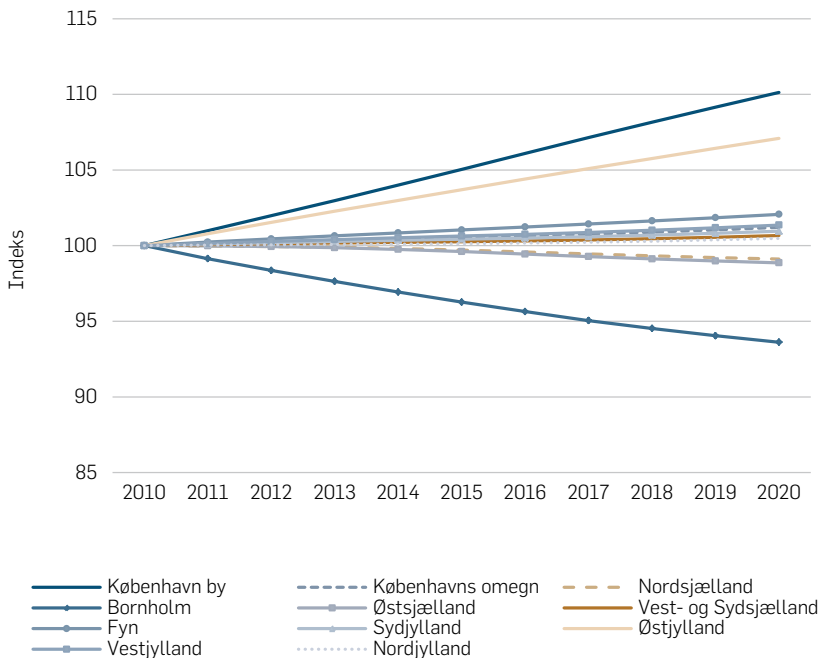
Fremskrivning af antal levendefødte og dødsfald i Danmark. 2010-2020. Antal.

	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2018	2020
Levendefødte	62.553	62.046	61.688	61.483	61.526	62.231	63.578	65.265
Døde	54.887	54.851	54.845	54.887	54.993	55.345	55.920	56.712

Kilde: Statistikbanken.

FIGUR 2.3

Befolkningsvækst efter region, relativt (2010 = 100). Indeksværdier.



Kilde: Statistikbanken.

Udviklingen har også en geografisk side. Som det ses af figur 2.3, ventes befolkningen at stige hurtigt i København og Østjylland, men at falde på

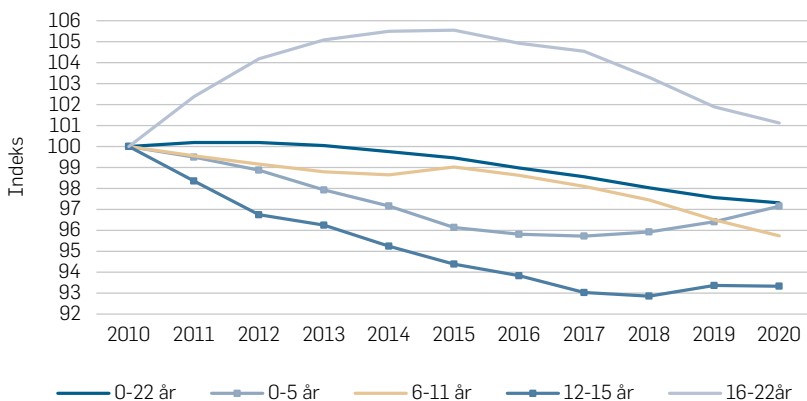
Bornholm. I Østsjælland og Nordsjælland ventes et svagt fald, mens de øvrige landsdele ventes at have uforandret til svagt stigende befolkningstal.

BEFOLKNINGEN DE NÆSTE 10 ÅR EFTER ALDERSGRUPPER

For gruppen 0-22 år gælder det, at dens størrelse er nogenlunde uforandret de første 5 år, og at den aftager med i alt 3 pct. over de næste 5 år. Det dækker imidlertid over betydelige forskelle, når vi ser på undergrupper, hvilket er illustreret i figur 2.4. Gruppen af 16-22-årige vokser med 2 pct. om året de første år og med i alt 6 pct. frem til 2015. Gruppen af 12-15-årige formindskes, til den i 2018 er 7 pct. mindre end nu. Også de 0-11-årige bliver der færre af.

FIGUR 2.4

Befolkningsprognose for gruppen 0-22 år samt undergrupper, relativt (2010 = 100). Indeksværdier.



Kilde: Statistikbanken.

Den absolutte størrelse af aldersgruppen 0-22 år og undergrupper heraf, som de forventes at udvikle sig indtil 2020, fremgår af tabel 2.2. Her ser man, at årgangene over skolealderen er i stigning. Tallet vil toppe i 2014 og længe holde sig højt.

TABEL 2.2

Befolkningsprognose for gruppen 0-22 år samt undergrupper. 2010-2020. Antal.

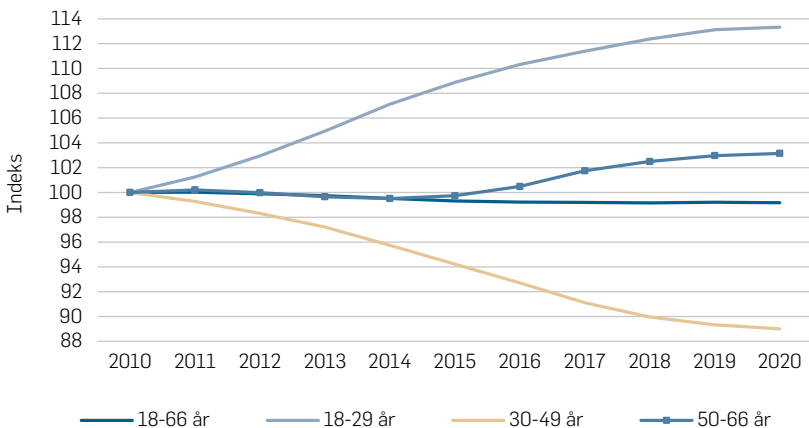
	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2018	2020
0-22 år	1.550.774	1.553.693	1.553.729	1.551.452	1.546.980	1.534.934	1.520.145	1.509.088
0-5 år	391.613	389.633	387.186	383.494	380.495	375.213	375.649	380.467
6-11 år	399.078	397.316	395.726	394.251	393.670	393.602	388.904	382.052
12-15 år	283.173	278.512	273.951	272.546	269.698	265.710	262.955	264.293
16-22 år	476.910	488.232	496.866	501.161	503.117	500.409	492.637	482.276

Kilde: Statistikbanken.

Befolkningen mellem 18 og 66 år forventes ligeledes at holde en nogenlunde konstant størrelse indtil 2020, også her med store forskelle mellem undergrupper, hvilket er illustreret i figur 2.5. Antallet i den yngste gruppe (18-29 år) stiger i flere år med 1,5 pct. årligt og derefter langsommere, indtil det i 2020 er steget med i alt 14 pct. Antallet af 30-49-årige falder tilsvarende med 1 pct. årligt og er i 2020 faldet med i alt 11 pct. Antallet af personer mellem 50 og 66 år er de første år ret konstant, men vokser i årene 2015-2019 med i alt 3 pct.

FIGUR 2.5

Befolkningsprognose for gruppen 18-66 år samt undergrupper, relativt (2010 = 100). Indeksværdier.



Kilde: Statistikbanken.

Den forventede størrelse af aldersgruppen 18-66 år, og undergrupper heraf, fremgår af tabel 2.3. Den viser, at gruppen mellem 10 og 30 år vil

vokse gennem alle 2010'erne. I løbet af de 10 år vil der blive 100.000 flere mennesker i uddannelsesalderen. Det kan fx betyde et pres på uddannelserne, hvis de ikke udbygges tilsvarende.

TABEL 2.3

Befolkningsprognose for gruppen 18-66 år samt undergrupper. 2010-2020. Antal.

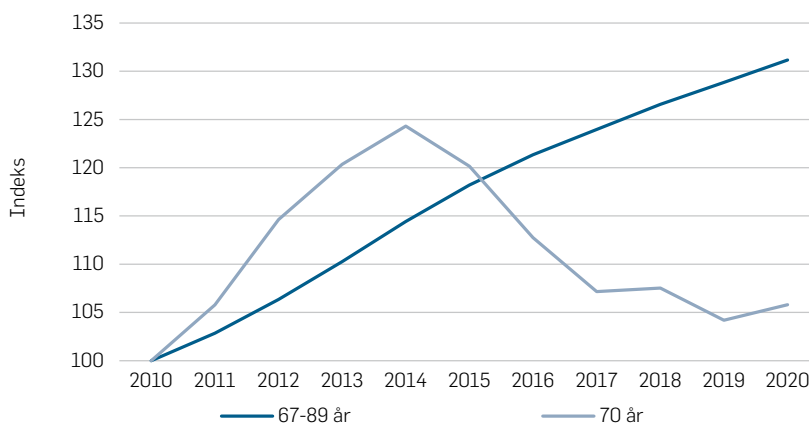
	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2018	2020
18-66 år	3.551.718	3.552.633	3.547.988	3.542.524	3.534.666	3.524.126	3.521.879	3.522.522
18-29 år	774.241	783.935	797.059	812.561	829.399	854.128	870.023	877.411
30-49 år	1.555.170	1.543.877	1.528.870	1.511.856	1.488.906	1.441.740	1.398.985	1.384.298
50-66 år	1.222.307	1.224.821	1.222.059	1.218.107	1.216.361	1.228.258	1.252.871	1.260.813

Kilde: Statistikbanken.

For de over 66-årige finder vi endelig en vækst på 4 pct. om året. I de første 5 år er der en tilsvarende vækst i antallet af 70-årige, men dette tal går derefter ned igen. Dette er illustreret i figur 2.6. Gruppen af 67-89-årige ventes at stige med 30 pct. i løbet af 2010'erne. Umiddelbart ville man forvente, at det ville medføre større behov for indsats på ældreområdet. Men vi viser senere i rapporten, at meget tyder på, at helbredet følger med. Den længere levealder behøver derfor ikke automatisk at komme til at betyde flere år som pensionist.

FIGUR 2.6

Befolkningsprognose for gruppen over 66 år samt på 70 år, relativt (2010 = 100). Indeksværdier.



Kilde: Statistikbanken.

Folks forventninger til deres tilværelse, når de er i 60'erne og derefter, er imidlertid en faktor, der også må tages med i betragtning i denne forbindelse.

Den forventede størrelse af aldersgruppen over 66 år og på 70 år fremgår af tabel 2.4.

TABEL 2.4

Befolkningsprognose for gruppen over 66 år samt på 70 år. 2010-2020. Antal.

	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2018	2020
67-89 år	767.510	789.320	816.236	846.246	878.248	931.295	971.438	1.006.671
70 år	60.075	63.552	68.861	72.298	74.685	67.733	64.597	63.556

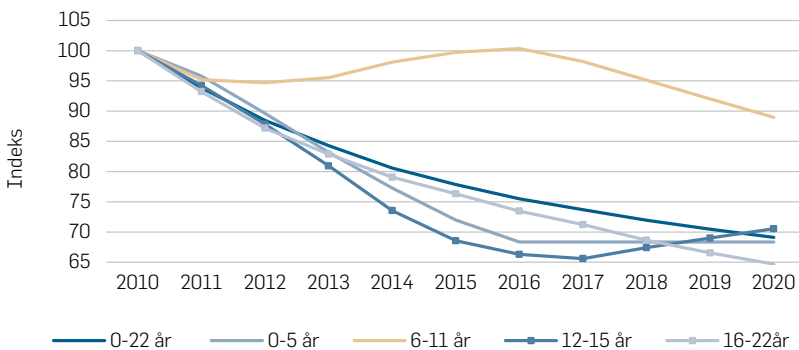
Kilde: Statistikbanken

INDVANDRERE OG EFTERKOMMERE

Blandt børn og unge er der næsten dobbelt så mange efterkommere af indvandrere, som der er indvandrere. Gruppen af børn og unge indvandrere ventes desuden at falde, mens gruppen af børn og unge efterkommere vil stige i de kommende år. Befolkningsprognoserne for indvandre- re under 23 år ses illustreret i figur 2.7.

FIGUR 2.7

Befolkningsprognose for indvandrere mellem 0 og 22 år samt undergrupper, relativt (2010 = 100). Indeksværdier.



Kilde: Statistikbanken.

Antallet af indvandrere mellem 0 og 22 år er i 2010 på godt 60.000. I denne aldersgruppe er det kun knap 15 pct. af gruppen indvandrere og efterkommere, der er indvandrere, og tallet ventes at falde i de kommende år. Det samme gælder for de fleste undergrupper. En undtagelse er dog aldersgruppen 6-11 år, hvor antallet af indvandrere ventes at holde sig konstant de førstkomende år og derefter falde svagt.

TABEL 2.5

Befolkningsprognose for indvandrere mellem 0 og 22 år samt undergrupper, 2010-2020. Antal.

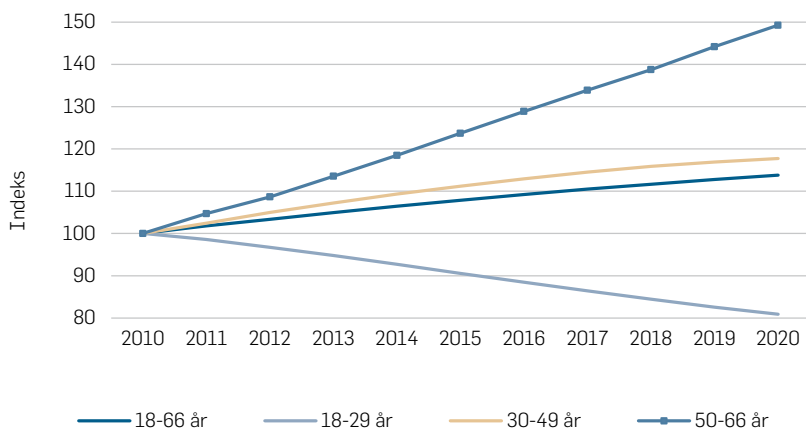
	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2018	2020
0-22 år	60.356	56.644	53.403	50.870	48.636	45.568	43.423	41.722
0-5 år	4.902	4.697	4.394	4.077	3.788	3.350	3.350	3.351
6-11 år	8.018	7.633	7.593	7.660	7.866	8.047	7.627	7.135
12-15 år	9.455	8.910	8.304	7.654	6.954	6.269	6.374	6.669
16-22år	37.981	35.404	33.112	31.479	30.028	27.902	26.072	24.567

Kilde: Statistikbanken.

Den absolutte størrelse af gruppen af indvandrere mellem 0 og 22 år, og undergrupper heraf, fremgår af tabel 2.5. Tallene viser ligeledes, at antallet af børn, der er indvandrere, ventes at falde kraftigt.

FIGUR 2.8

Befolkningsprognose for indvandrere mellem 18 og 66 år samt undergrupper, relativt (2010 = 100). Indeksverdier.



Kilde: Statistikbanken.

Indvandrere mellem 18 og 66 år ventes der derimod at blive flere af. Som illustreret i figur 2.8 forventes gruppen 50-66-årige at vokse hurtigt, mens gruppen 18-29-årige forventes at aftage i antal.

TABEL 2.6

Befolkningsprognose for indvandrere mellem 18 og 66 år samt undergrupper. 2010-2020. Antal.

	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2018	2020
18-66 år	355.332	361.689	367.252	372.922	378.251	388.112	396.714	404.331
18-29 år	103.911	102.417	100.502	98.517	96.335	91.927	87.750	84.043
30-49 år	174.311	178.537	182.964	186.856	190.555	196.811	201.974	205.195
50-66 år	77.110	80.735	83.786	87.549	91.361	99.374	106.990	115.093

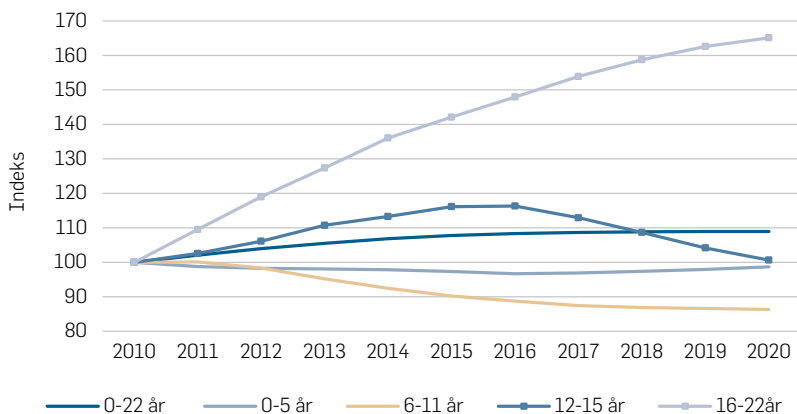
Kilde: Statistikbanken

Den absolutte størrelse af gruppen af indvandrere mellem 18 og 66 år, og undergrupper heraf, fremgår af tabel 2.6.

Der er flere efterkommere end indvandrere mellem 0 og 22 år, mens forholdet er omvendt for voksne. Gruppen af efterkommere mellem 0 og 22 år vokser hurtigt i de kommende år. Det er især gruppen af efterkommere mellem 16 og 22 år, der vokser med meget stor hast, 10 pct. årligt. Befolkningsprognosen for unge efterkommere er illustreret i figur 2.9.

FIGUR 2.9

Befolkningsprognose for efterkommere mellem 0 og 22 år samt undergrupper, relativt (2010 = 100). Indeksverdier.



Kilde: Statistikbanken.

I løbet af 2010'erne ventes der at blive 65 pct. flere efterkommere i aldersgruppen 16-22 år. Det vil gøre, at sammensætningen af studerende på en lang række uddannelser vil ændre sig synligt. De absolutte antal af grupperne, som de forventes at udvikle sig, fremgår af tabel 2.7.

TABEL 2.7

Befolkningsprognose for efterkommere mellem 0 og 22 år samt undergrupper. 2010-2020. Antal.

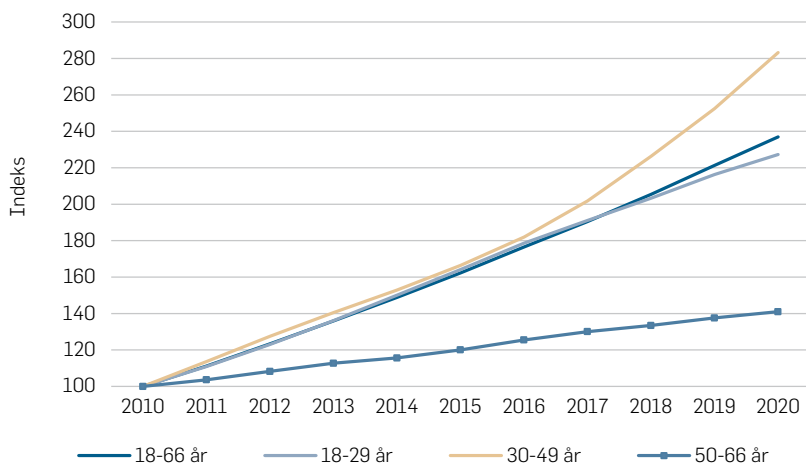
	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2018	2020
0-22 år	107.035	109.268	111.295	112.934	114.356	115.958	116.500	116.621
0-5 år	32.391	31.986	31.820	31.770	31.696	31.316	31.540	31.956
6-11 år	33.433	33.466	32.881	31.831	30.912	29.676	29.042	28.857
12-15 år	18.982	19.467	20.143	21.018	21.504	22.081	20.628	19.104
16-22 år	22.229	24.349	26.451	28.315	30.244	32.885	35.290	36.704

Kilde: Statistikbanken.

Gruppen af efterkommere mellem 18 og 66 år er ikke nær så stor som gruppen af yngre efterkommere. Men netop af samme grund vokser gruppen af voksne efterkommere med meget stor hast de kommende år – mere end 10 pct. om året, hvilket er illustreret i figur 2.10.

FIGUR 2.10

Befolkningsprognose for efterkommere 18-66 år samt undergrupper, relativt (2010 = 100). Indeksværdier.



Kilde: Statistikbanken.

De absolutte tal for efterkommere mellem 18 og 66 år fremgår af tabel 2.8.

TABEL 2.8

Befolkningsprognose for efterkommere mellem 18 og 66 år samt undergrupper. 2010-2020. Antal.

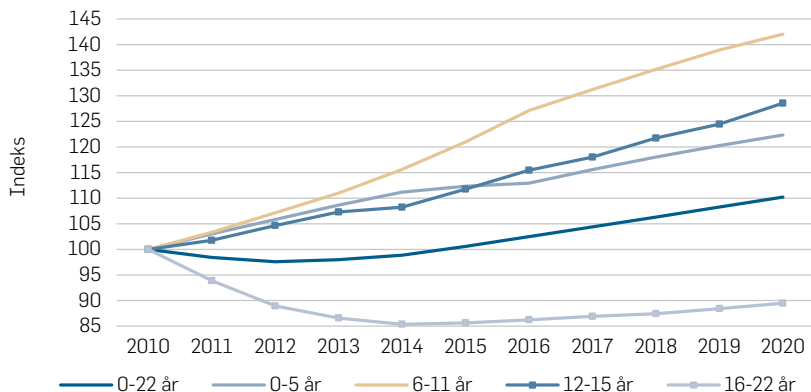
	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2018	2020
18-66 år	34.297	38.138	42.301	46.615	51.055	60.555	70.446	81.270
18-29 år	23.549	26.120	28.964	32.042	35.332	42.068	47.886	53.534
30-49 år	8.846	10.047	11.278	12.429	13.524	16.100	20.022	25.054
50-66 år	1.902	1.971	2.059	2.144	2.199	2.387	2.538	2.682

Kilde: Statistikbanken.

Det kan også have betydning, hvordan grupperne af indvandrere og efterkommere fordeler sig på personer, der kommer fra vestlige lande, og personer, der kommer fra ikke-vestlige lande. Der har tidligere været en betydelig indvandring fra ikke-vestlige lande, men i de senere år har der været en større indvandring fra vestlige lande. Det er også, hvad man forventer i fremtiden. Derfor forventes gruppen af indvandrere og efterkommere fra vestlige lande at vokse i de fleste aldersgrupper, mens gruppen af indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande ventes at blive mindre i de unge aldersgrupper, men større i de ældre. Dette er illustreret i figur 2.11.

FIGUR 2.11

Befolkningsprognose for indvandrere og efterkommere fra vestlige lande mellem 0 og 22 år samt undergrupper, relativt (2010 = 100). Indeksværdier.



Kilde: Statistikbanken.

Den andel af indvandrere og efterkommerne, der kommer fra vestlige lande, ventes at gå fra at være 18 pct. af alle indvandrere og efterkommere på 0-22 år til at blive 22 pct. Gruppen mellem 6 og 11 år, som stammer fra vestlige lande, ventes at vokse med 3 pct. om året. De absolutte tal fremgår af tabel 2.9.

TABEL 2.9

Befolkningsprognose for indvandrere og efterkommere fra vestlige lande mellem 0 og 22 år samt undergrupper. 2010-2020. Antal.

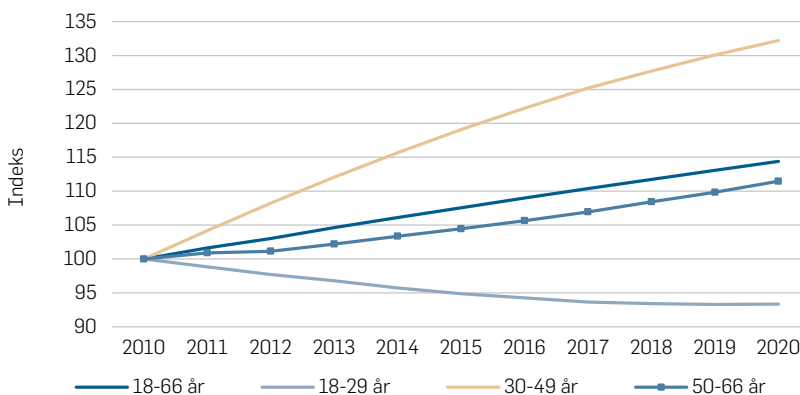
	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2018	2020
0-22 år	31.763	31.260	30.991	31.124	31.399	32.554	33.764	35.010
0-5 år	6.933	7.142	7.337	7.533	7.709	7.830	8.183	8.483
6-11 år	5.585	5.772	5.984	6.199	6.457	7.100	7.549	7.933
12-15 år	3.519	3.581	3.683	3.776	3.809	4.063	4.284	4.524
16-22 år	15.726	14.765	13.987	13.616	13.424	13.561	13.748	14.070

Kilde: Statistikbanken.

Som det ses i figur 2.12, ventes gruppen af indvandrere og efterkommere mellem 30 og 49 år, som kommer fra vestlige lande, at vokse med mere end 3 pct. om året. Gruppen mellem 50 og 66 år ventes at vokse med omkring 1 pct. årligt, mens gruppen mellem 18 og 29 år ventes at aftage lidt.

FIGUR 2.12

Befolkningsprognose for indvandrere og efterkommere fra vestlige lande mellem 18 og 66 år samt undergrupper, relativt (2010 = 100). Indeksværdier.



Kilde: Statistikbanken.

De absolutte tal for gruppen af indvandrere og efterkommere fra vestlige lande fremgår af tabel 2.10.

TABEL 2.10

Befolkningsprognose for indvandrere og efterkommere fra vestlige lande mellem 18 og 66 år samt undergrupper. 2010-2020. Antal.

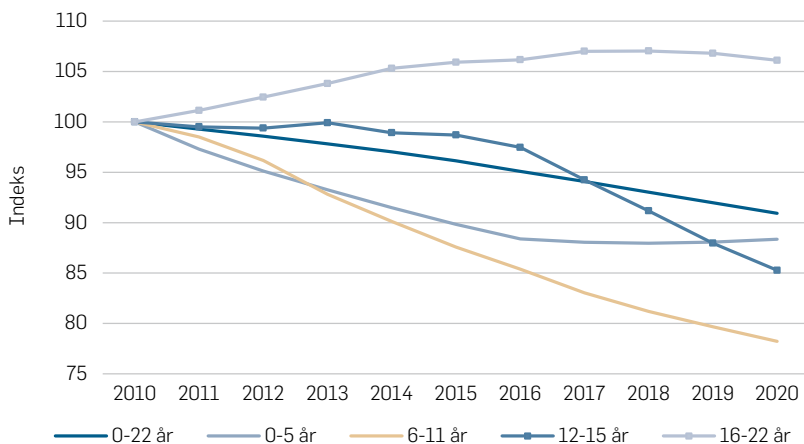
	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2018	2020
18-66 år	141.664	143.969	145.962	148.216	150.318	154.395	158.285	162.051
18-29 år	45.532	45.009	44.492	44.070	43.593	42.923	42.536	42.500
30-49 år	59.762	62.259	64.686	66.975	69.133	73.050	76.311	79.011
50-66 år	36.370	36.701	36.784	37.171	37.592	38.422	39.438	40.540

Kilde: Statistikbanken.

Som det ses i figur 2.13 er gruppen af børn fra ikke-vestlige lande derimod i stærk aftagen. Grupperne 0-5 år og 6-11 år aftager i øjeblikket med omkring 2 pct. årligt, og sidstnævnte gruppe vil blive ved med at aftage gennem hele det kommende tiår. Derimod vokser gruppen mellem 16 og 22 år i ca. 5 år med godt 1 pct. om året, hvorefter den holder sig nogenlunde konstant resten af tiåret.

FIGUR 2.13

Befolkningsprognose for indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande mellem 0 og 22 år samt undergrupper, relativt (2010 = 100). Indeksverdier.



Kilde: Statistikbanken

De absolutte tal for indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande under 23 år fremgår af tabel 2.11.

TABEL 2.11

Befolkningsprognose for indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande mellem 0 og 22 år samt undergrupper. 2010-2020. Antal.

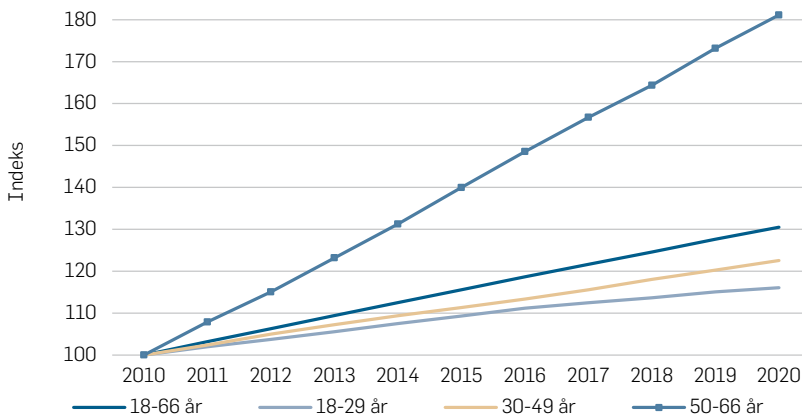
	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2018	2020
0-22 år	135.628	134.652	133.707	132.680	131.593	128.972	126.159	123.333
0-5 år	30.360	29.541	28.877	28.314	27.775	26.836	26.707	26.824
6-11 år	35.866	35.327	34.490	33.292	32.321	30.623	29.120	28.059
12-15 år	24.918	24.796	24.764	24.896	24.649	24.287	22.718	21.249
16-22 år	44.484	44.988	45.576	46.178	46.848	47.226	47.614	47.201

Kilde: Statistikbanken.

Gruppen af voksne indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande ventes derimod at ville vedblive med at stige med 3 pct. årligt gennem det kommende årti. Især vokser gruppen over 50 år, her er hastigheden 8 pct. om året. Men da det er fra et forholdsvis lavt udgangspunkt, kan det godt forenes med, at de lidt yngre grupper af voksne indvandrere fra ikke-vestlige lande vokser med omkring 2 pct. om året. Befolkningsprognoserne for disse undergrupper er illustreret i figur 2.14.

FIGUR 2.14

Befolkningsprognose for indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande mellem 18 og 66 år samt undergrupper, relativt (2010 = 100). Indeksverdier.



Kilde: Statistikbanken.

De absolutte tal for indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande fremgår af tabel 2.12.

TABEL 2.12

Befolkningsprognose for indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande mellem 18 og 66 år samt undergrupper, 2010-2020. Antal.

	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2018	2020
18-66 år	247.965	255.858	263.591	271.321	278.988	294.272	308.875	323.550
18-29 år	81.928	83.528	84.974	86.489	88.074	91.072	93.100	95.077
30-49 år	123.395	126.325	129.556	132.310	134.946	139.861	145.685	151.238
50-66 år	42.642	46.005	49.061	52.522	55.968	63.339	70.090	77.235

Kilde: Statistikbanken.

SAMMENFATNING PÅ DEN DEMOGRAFISKE UDVIKLING

Alt i alt siger fremskrivningerne af befolkningen fra Danmarks Statistik, at man venter, at der i de kommende to årtier vil fødes 5.000-10.000 flere mennesker årligt, end der dør. Modsat, hvad man ser i mange andre europæiske lande, ventes befolkningen i Danmark altså at vokse. Der ventes især befolkningsvækst i København og Østjylland, men befolkningsnedgang på Bornholm. Desuden ventes en svag befolkningsnedgang i Nordsjælland og på Sydsjælland.

Der ventes færre indvandrere, og de ventes i højere grad at komme fra vestlige lande og i mindre grad fra ikke-vestlige lande, end vi tidligere har set. Til gengæld vil vi få mange flere efterkommere af indvandrere. Andelen af efterkommere blandt årgangene i 20'erne vil stige en del. I disse grupper ventes der færre børn fra ikke-vestlige lande, mens antallet af teenagere stadig vil vokse lidt i det førstkommande årti. Antallet af voksne fra ikke-vestlige lande vil stige, og denne gruppe vil blive ældre.

Den demografiske udvikling, især med flere i den ældste aldersgruppe samt befolkningsvæksten generelt, betyder sandsynligvis en behovsbetinget øget efterspørgsel efter specialiserede sociale ydelser i et fremadrettet perspektiv.

UDVIKLINGEN I BEFOLKNINGENS ADFÆRD

VOKSNE MED HANDICAP

Kun få personer fødes med handicap i Danmark, og det er ligeledes kun få, der erhverver et handicap som børn eller unge. De fleste voksne med handicap har derfor erhvervet dette som voksne, og risikoen for at erhverve et handicap vokser med årene. Antallet af mennesker med handicap vokser eller aftager ikke generelt, men der kan konstateres en udvikling på enkelte punkter.

SFI's handicapundersøgelser fra 1995² og 2006³ belyser udviklingen i antallet af handicappede (figur 3.1). I begge årene er det ca. 25 pct. af alle voksne under pensionsalderen, der efter egen vurdering har et handicap eller en længerevarende sygdom, og ca. 15 pct., der har en af syv former for funktionsnedsættelser, som vi spørger om (ben, arme, hænder, syn, hørelse, adfærd og intellekt).

Det skal understreges, at de nævnte handicapundersøgelser er meget upræcise, og tallene derfor skal tages med et vist forbehold. Det er imidlertid de eneste undersøgelser, der giver noget holdepunkt for at

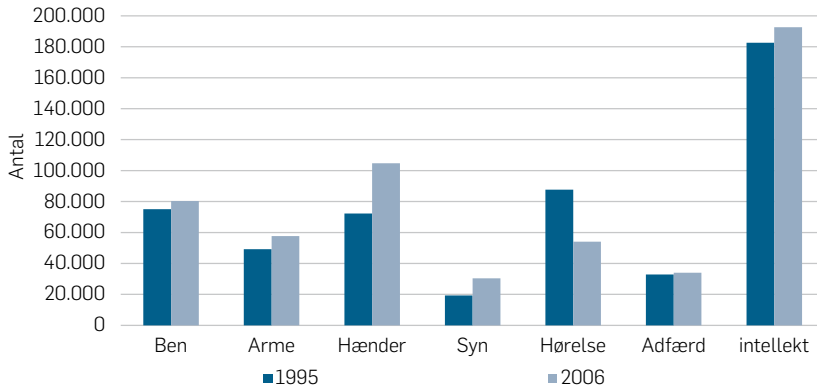
2. Bengtsson, S. (1997): *Handicap og funktionsbæmning i halvfemserne*. København: Socialforskningsinstituttet, 97:1.

3. Bengtsson, S. (2008): *Handicap og samfundsdeltagelse 2006*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 08:18.

vurdere, hvor stort antallet af mennesker med forskellige former for funktionsnedsættelser er, og om dette tal er stigende eller faldende.

FIGUR 3.1

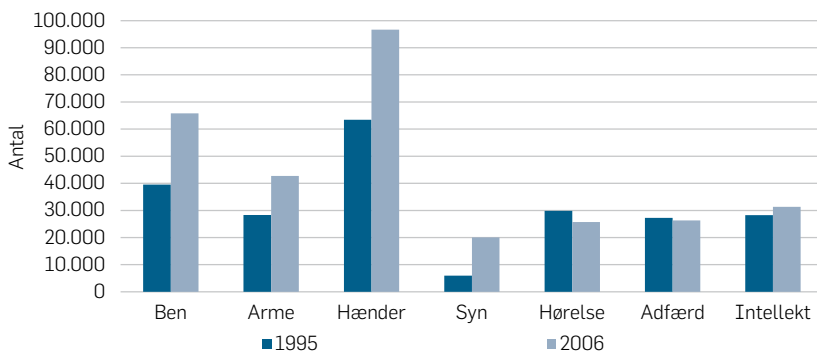
Antal voksne personer i alderen 16-64 år, som fra 2006 kan beregnes at have et handicap, fordelt på forskellige grupper af funktionsnedsættelser. Særskkilt for 1995 og 2006. Antal.



Kilde: Materialet bag SFI's handicapsurvey 2006. SFI-rapport 08:18.

FIGUR 3.2

Antal voksne personer i alderen 16-64 år, som fra 2006 kan beregnes at have et alvorligt handicap, fordelt på forskellige grupper af funktionsnedsættelser. Særskkilt for 1995 og 2006. Antal.



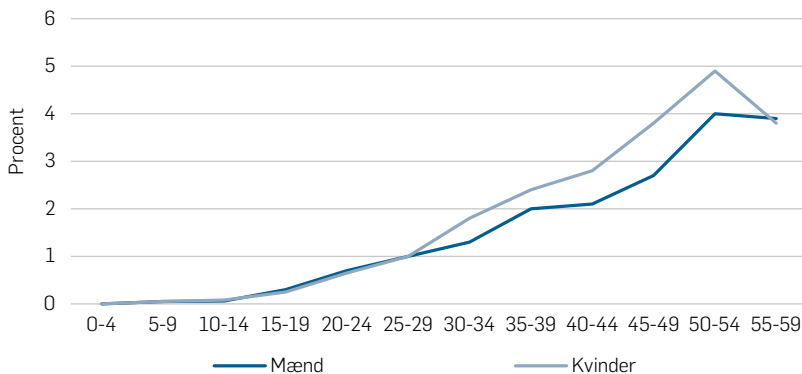
Kilde: Materialet bag SFI's handicapsurvey 2006. SFI-rapport 08:18.

Der er siden 1995 blevet færre mennesker mellem 16 og 64 år, som har høreskader, og flere, som har skader på hænder og arme. Det første kan relateres til arbejdsforhold med bedre beskyttelse mod støj og mindre industriarbejde, og det andet til øget pc-brug. Disse tolkninger støttes af de sammenhænge, der i øvrigt findes i undersøgelsen.

Der er også kommet flere med motoriske handicap i det hele taget i løbet af de 11 år, ligesom det er muligt, at der er kommet flere med intellektuelle handicap. Det sidstnævnte er usikkert. Den udvikling, figuren ser ud til at vise for synshandicap, mener vi derimod skyldes ændringer af metoden i undersøgelsen.

FIGUR 3.3

Risiko for handicap i femårsaldersgrupper. Særskilt for mænd og kvinder. Procent pr. årgang.



Kilde: Materialet bag SFI's handicapsurvey 2006, SFI-rapport 08:18.

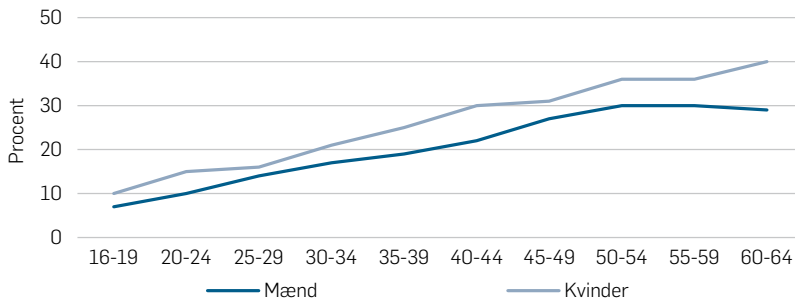
Som illustreret i figur 3.3 er risikoen for at erhverve et handicap voksende med alderen, fra 1-2 promille pr. år i barneårene til 8-10 promille om året, når man er sidst i 50'erne. Der er lidt større risiko for kvinder end for mænd, men det skyldes – i hvert fald for en stor del – forskel i selv-vurdering. Det får den betydning, at andelen af mænd med handicap vokser fra 7 pct. i teenageårene til 30 pct. først i 50'erne, hvor det så holder sig (figur 3.4). For kvinder stiger andelen med handicap jævnt fra 10 pct. i teenageårene til 40 pct. i 62-års-alderen.

Idet aldersgruppen 30-49 år vil aftage i de kommende år, vil det betyde, at færre i denne gruppe erhverver handicap. Aldersgruppen 50-66

år vil holde sig konstant de første 5 år. Alt i alt betyder det, at lidt færre vil erhverve handicap, end det var tilfældet i de nærmest foregående år. Dette peger i retning af en lidt lavere behovsbetinget efterspørgsel efter specialiserede sociale ydelser.

FIGUR 3.4

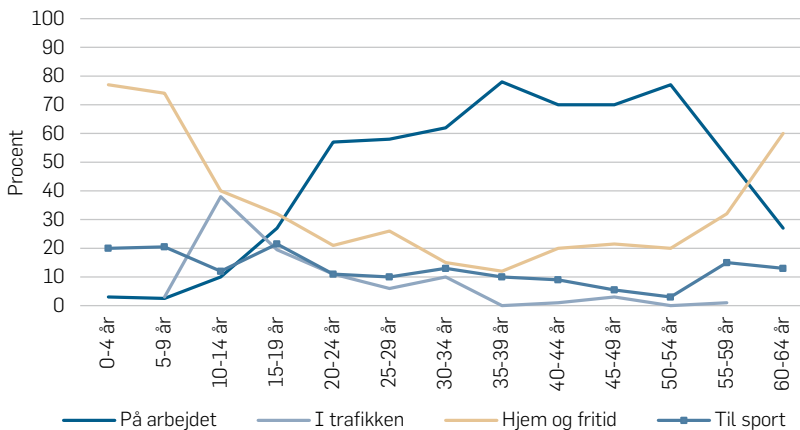
Andelen af mennesker med handicap efter alder. Særskilt for mænd og kvinder. Procent.



Kilde: Materialet bag SFI's handicapsurvey 2006, SFI-rapport 08:18.

FIGUR 3.5

Handicap, som er erhvervet i forskellige faser i livet, fordelt efter, hvor handicapet er erhvervet. 2006. Procent.



Kilde: Materialet bag SFI's handicapsurvey 2006, SFI-rapport 08:18.

Mellem 18-års-alderen og sidst i 50'erne erhverves de fleste handicap på arbejdet. Efter denne alder erhverves de fleste handicap i hjemmet og fritiden. Hvis arbejdslivet bliver forlænget til 67 år for de fleste mennesker, vil det påvirke den sammenhæng, som figur 3.5 viser.

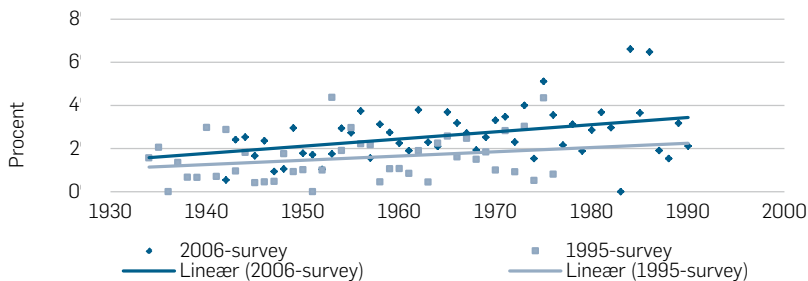
BØRN MED HANDICAP

Det er en almindelig opfattelse, at der fødes flere børn med handicap, derunder alvorlige handicap. Som mulige årsager anføres ofte, at flere overlever med lav fødselsvægt og efter en tidlig fødsel, at der kommer flere tvillinger med kunstig befrugtning, at flere nyfødte med hjertemisdannelser, kræftsygdomme og hjernesvulster overlever, og at der fødes et øget antal børn af mødre, der misbruger alkohol, kokain eller andre stoffer. Endelig er der flere nærbeslægtede forældre, end det var tilfældet tidligere⁴.

Der kan dog også være grunde til, at færre børn fødes med handicap, så de anførte forhold gør ikke automatisk, at det samlede antal af nyfødte børn med handicap stiger. I SFI's handicapsurvey 1995 og 2006 har vi spurgt et stort tilfældigt udvalg af personer om, hvorvidt de havde medfødt handicap. I begge disse surveys ser vi, at der er markant flere, der rapporterer om medfødt handicap i de yngre aldersgrupper, end det er tilfældet i de ældre (figur 3.6).

FIGUR 3.6

Andelen af personer i årgangene 1934-1990, som oplyser, at de er født med handicap. Særskilt for 1995 og 2006. Procent.



Kilde: SFI's handicapsurvey 1995 og 2006.

4. *Helse*, 10. september 2003.

I 1995-surveyen rapporterede omkring 1 pct. af dem, der var født midt i 1930'erne, om et medfødt handicap, mens det samme var tilfældet for 2 pct. af dem, der var født midt i 1970'erne. I 2006-surveyen rapporterede 2 pct. af dem, der var født midt i 1940'erne, om medfødt handicap, mens det samme var tilfældet for lidt over 3 pct. af dem, der var født sidst i 1970'erne.

Umiddelbart virker det, som om der fødes flere og flere børn med handicap. Der kunne imidlertid være en anden forklaring på den positive sammenhæng, som figur 3.6 viser. Det kunne også fremkomme, selv om der i sin tid var født lige mange med handicap i hver årgang, hvis disse personer havde en overdødelighed, således at der var en mindre andel tilbage, jo længere man gik tilbage.

Men hvis figur 3.6 i virkeligheden afslørede en overdødelighed hos folk født med handicap, så skulle 1995-linjen ligge over 2006-linjen. Der burde være den afstand mellem linjerne, som svarede til den ekstra dødelighed, der var mellem 1995 og 2006. Men vi ser det omvendte. I løbet af de 11 år er der nogle flere mennesker, der angiver, at de var født med et handicap! Det tyder på, at forskellen især ligger i, at handicapbegrebet er blevet udvidet i løbet af de 11 år. Nogle kan fx i løbet af de 11 år være blevet klar over, at de var født med ADHD. Dermed er det ikke kun en behovsbetinget udvikling, som ligger bag væksten på dette område, men også til en vis grad en definatorisk udvikling.

Andre muligheder er, at flere indrømmer, hvad de har af skavanker, eller at tærsklen for, hvad man vil betegne som handicap, ligger lavere, end den har gjort tidligere. Men selv om det kun er den subjektive oplevelse af tilstanden og ikke tilstanden selv, der har ændret sig, har det alligevel betydning. Når borgeren går til lægen med sine skavanker eller til kommunens sagsbehandler med sine behov, vil borgeren jo også her fremstille sin subjektive oplevelse af tingene, og den vil være et væsentligt led i det grundlag, behandlere og myndigheder vurderer på.

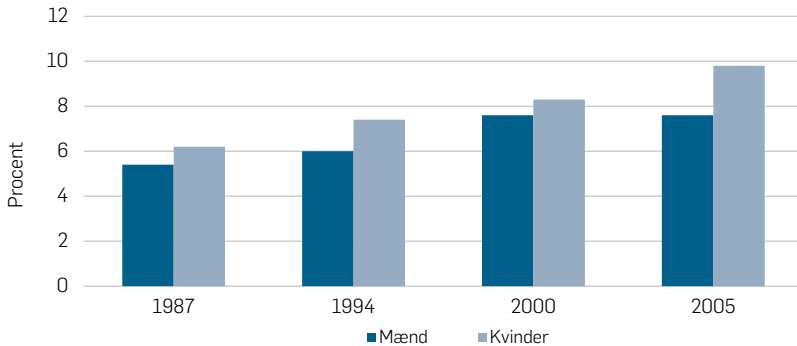
STRESS

Figur 3.7 viser udviklingen i oplevet stress 1987-2005 opdelt på køn, som den afspejles i undersøgelser fra Statens Institut for Folkesundhed (SIF). For mænd var stigningen frem til år 2000 på 41 pct., men så gik den i stå.

For kvinder var væksten til år 2000 kun på 34 pct., men i alt har den været på 58 pct. over de 18 år.

FIGUR 3.7

Andelen af mænd og kvinder, der ofte føler sig stresset i dagligdagen. 1987-2005. Procent.



Kilde: Statens Institut for Folkesundhed.

I en undersøgelse, foretaget af SFI i 2001, angav 60,4 pct. af mændene, at de nogle gange eller ofte oplevede stress i forbindelse med deres arbejde, mens det tilsvarende tal for kvinderne var 75,7 pct. 7,5 pct. af mændene oplevede deres arbejde som "ofte stressende", mens dette gjaldt for 8,7 pct. af kvinderne. De sidstnævnte tal svarer nogenlunde til SIF's. Disse data peger således på, at der er en stigning i oplevelsen af stress for både mænd og især for kvinder fra 1987 til 2005⁵.

Er det blot udtryk for, at grupper af befolkningen har ændret deres normer og værdier i en retning, der gør, at de ser op til mennesker med stress og mener, at disse må være særlig betydningsfulde, og at de derfor selv rapporterer at have stress, når de bliver spurgt i en undersøgelse? Det er vanskeligt at vide. Men ser man på de psykiatriske diagnoser, der går under betegnelsen "nervøse og stressrelaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer", finder man en lignende udvikling.

5. Ekholm, O., M. Kjoller, M. Davidsen, U. Hesse, L. Eriksen, A.I. Christensen & M. Grønbaek (2007): *Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 og udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed.

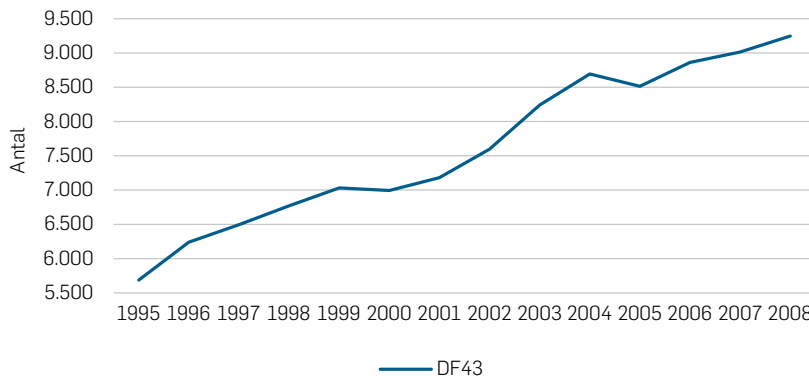
Væksten på psykiatriområdet har, siden denne rapport blev skrevet, været genstand for analyse i en rapport fra DSI.⁶ Den redegør for, at antallet af borgere i kontakt med psykiatrien er steget med godt 40 pct. i årene 2000-2008. I denne periode har flere borgere med stress, angst og depression henvendt sig og er blevet behandlet af psykiatrien i regionerne. Antallet af borgere med dobbeltdiagnoser og antallet af psykiatriske patienter med retslige forhold er ligeledes vokset i denne periode.

Sygemeldinger på grund af stress og depression belaster derfor kommunerne mere, end de gjorde tidligere. Det voksende antal patienter med ikke-psykotiske psykiske lidelser kommer i mange tilfælde til kommunen med forskellige sociale behov i forbindelse med behandlingen. DSI-rapporten nævner, at kommunerne desuden er i kontakt med borgere, som lider af en endnu ikke erkendt eller udiagnosticeret psykisk lidelse.

Figur 3.8 viser antallet af personer, der er behandlet i psykiatrien i hvert af årene siden 1995 for ”reaktioner på svær belastning, tilpasningsreaktioner”, populært kaldet stress.

FIGUR 3.8

Antal heldøgnspatienter og ambulante kontakter med DF43 (reaktioner på svær belastning (populært kaldet stress)) som seneste diagnose. 1995-2008. Antal.



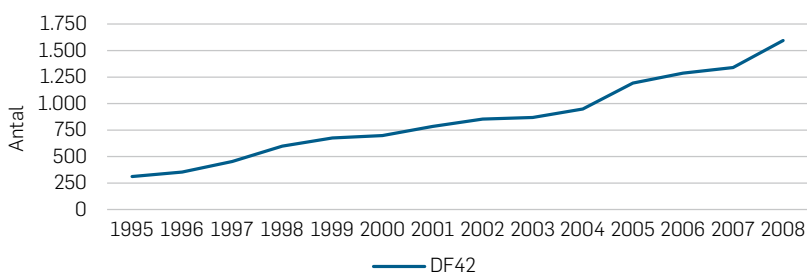
Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital⁷.

6. Madsen M.A., A. Hvenegaard & E. Klausen Fredslund (2011): *Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger*. København: Dansk Sundhedsinstitut, s. 7.
7. Materiale fremskaffet fra Center for Psykiatrisk Grundforskning, Risskov og Sundhedsstyrelsen: Narkotikasituationen i Danmark. Tilgængelig på: <http://www.sst.dk/publ/Publ2010/CFF/Narkotika/NarkotikasituationenDK2010.pdf>

En anden stressrelateret tilstand er tvangshandlinger og tvangsforestillinger, som også menes at have at gøre med forskellige former for belastninger. Her ser man ligeledes en voldsom vækst i antallet af patienter i psykiatrisk behandling i sygehus- og distriktspsykiatrien (figur 3.9). Psykiatere mener dog, at det kun er en lille del af alle de mennesker, der behandles for disse tilstande, fordi en stor del behandles i almen praksis og speciallægepraksis.

FIGUR 3.9

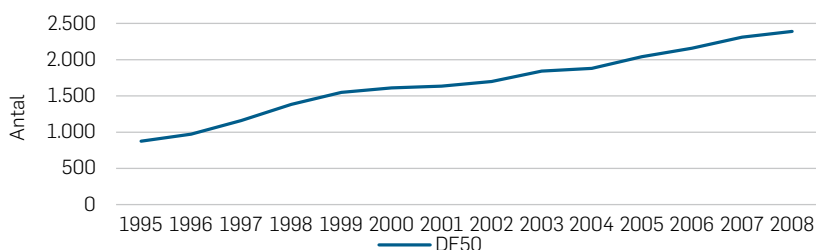
Antal heldøgnspatienter og ambulante kontakter med DF42 (obsessiv-kompulsiv tilstand) som seneste diagnose. 1995-2008. Antal.



Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

FIGUR 3.10

Antal heldøgnspatienter og ambulante kontakter med DF50 (spiseforstyrrelser) som seneste diagnose. 1995-2008. Antal.



Kilde: Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

Væksten har været over 400 pct. i perioden. Spiseforstyrrelser hører til en anden kategori i psykiatrien. Her har været en vækst på 150 pct. i den samme periode, som det ses i figur 3.10

Der er således flere, der behandles for stress, og som betegner sig selv som stressede, men om det skyldes et stigende behov eller en definatorisk udvikling og tilhørende krav om behandling af problemerne, er ikke til at sige. Men i hvert fald betyder udviklingen stigende behov for indsats med baggrund i stressrelaterede indsatser.

Har folk mere stress i dag, eller er vi blot begyndt at behandle flere af dem, der har stress? Det kan være vanskeligt at afgøre denne type spørgsmål, men en del forhold peger på det første. Arbejdsformerne har ændret sig, mere ansvar er overladt til den enkelte, som også skal foretage flere vurderinger og i mindre omfang blot handle efter ordre. Flere kan tage arbejde med hjem, og det benyttes af mange. Information fylder mere og mere i fritiden. Folk oplever mere og har flere ting. Men forbruget kræver også en indsats af borgeren. Det tager tid og energi. Fritidsstress betyder måske lige så meget som arbejdsstress.

STOFMISBRUG OG BEHANDLING

Sundhedsstyrelsen har estimeret, at antallet af stofmisbrugere i Danmark er steget fra 20.300 i 1996 til 27.000 i 2005⁸. Der er her tale om stofmisbrug i en grad, der anses for behandlingskrævende. Stigningstakten har varieret lidt, men har gennem hele perioden (1996-2005) været positiv, som det fremgår af figur 3.11.

Misbruget har skiftet karakter. I 1990'erne var der overvejende tale om misbrug af heroin, mens der senere er kommet flere stoffer til. I behandlingen af stofmisbrug har man mindre succes, når det drejer sig om heroin. I overensstemmelse hermed finder Center for Rusmiddelforskning i en undersøgelse⁹, at man i 1997 kun kunne opnå stoffrihed 1 år efter behandling hos 24 pct., mens det tilsvarende tal i 2007 var oppe på 28 pct.

Stofmisbrug kan være årsag til, at børn fødes med handicap, og til vanrøgt af børnene, når de vokser op. Derfor kan den vækst i antallet, der ligger nogle år tilbage, stadig være baggrund for et øget antal af disse problemer i dag. Stofmisbrug kan også være årsag til psykiske lidelser.

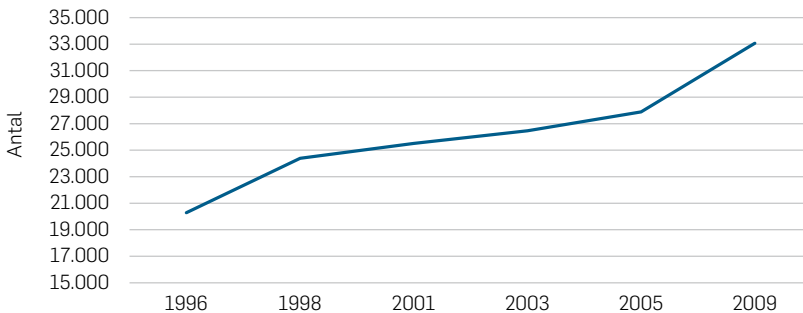
8. Sundhedsstyrelsen (2006): *Stofmisbrugere i Danmark 1996-2005. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen*, 2006:23, og Sundhedsstyrelsen: *Narkotikasituationen i Danmark 2010*: <http://www.sst.dk/publ/Publ2010/CFE/Narkotika/NarkotikasituationenDK2010.pdf>

9. Pedersen, M.U. (2009): *Stoffri døgnbehandling 1997 til 2007*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Som figur 3.12 viser, er der også sket en stigning i antallet af psykiske lidelser som konsekvens af forbrug af stoffer, og som behandles på psykiatriske afdelinger rundt om i landet. Ifølge DSI's undersøgelse¹⁰ er antallet af patienter med dobbeltdiagnose steget fra 8.000 til 11.000 i perioden 2000-2008.

FIGUR 3.11

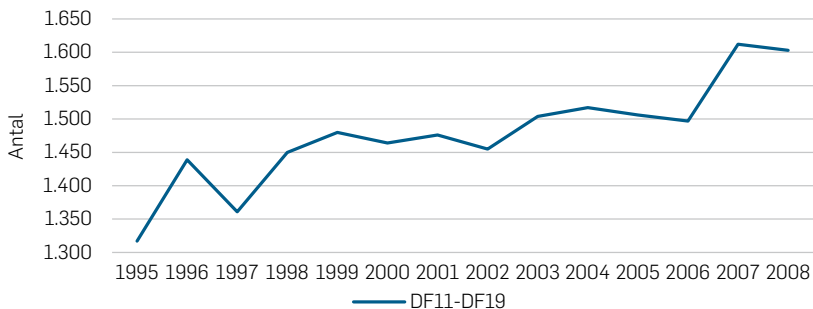
Estimat over stofmisbrugere i Danmark. 1996-2005. Antal.



Kilde: Sundhedsstyrelsen.

FIGUR 3.12

Antal heldøgnspatienter og ambulante kontakter med DF11-DF19 (psykiske lidelser forårsaget af stoffer) som seneste diagnose. 1995-2008. Antal.



Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

10. Madsen, M.H., A. Hvenegaard & E.K. Fredslund (2011): *Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger*. København: Dansk Sundhedsinstitut, s. 47-49.

Socialforvaltningen i Københavns Kommune vurderer¹¹, at antallet af stofmisbrugere er i stigning. Her refereres til tal, hvoraf det fremgår, at antallet af behandlingskrævende stofmisbrugere i 2010 er 32.000-33.000. Det vil sige en stigning fra 2006 på omkring 20 pct. Desuden forventes en stigning i dødstallene på ca. 15 pct. Det er også en indikator på problemets alvor og tyder på, at man kan vente øget aktivitet med behandling af denne gruppe.

Der er endvidere kommet flere misbrugere af stofferne hash og kokain. For disse stoffer findes ikke noget, der svarer til metadonbehandling for heroinmisbrugere. Derfor kræves der til behandling af disse former for misbrug en mere personaleintensiv indsats. Det øgede stofmisbrugsproblem vurderes også at kunne give anledning til øgede behov på børneområdet og i psykiatrien. Alt i alt betyder stigningen i stofmisbruget flere sociale behandlingsindsatser.

ALKOHOL OG TOBAK

Forbruget af alkohol og tobak har været faldende de senere år. Figur 4.13 og 4.14 giver data for salg, idet tal for forbrug kun findes siden 2000. Forbruget viser dog samme udvikling, blot på et lidt lavere niveau (hvilket tyder på, at salgstallet er det mest pålidelige). Alkoholsalget var stærkt stigende i 1960'erne og 1970'erne, men siden 1982 har vi det meste af tiden set en faldende tendens, når der ses bort fra årene først i 1990'erne.

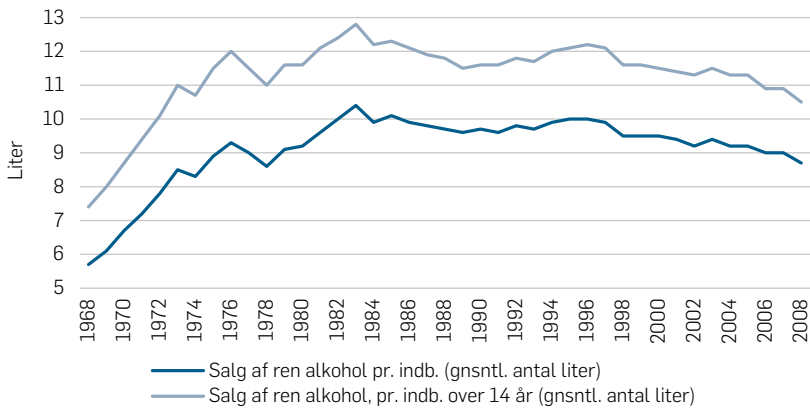
Den samlede nedgang siden 1982 svarer dog til blot 4 års stigning i 1980'erne. Salget af alkoholholdige drikke indeholder nu omkring 10 liter ren alkohol pr. indbygger over 14 år. Hvis denne mængde blev lige fordelt mellem disse indbyggere, var det ikke noget større problem. Fordelingen er imidlertid meget skæv, og det er omfanget af stort forbrug, der er afgørende for, hvor store problemerne med alkohol bliver.

Sundhedsstyrelsen har tidligere opsat grænser for alkohol på 14 genstande om ugen for kvinder og 21 for mænd, svarende til 10,9 liter ren alkohol årligt for kvinder og 16,4 liter ren alkohol årligt for mænd. Styrelsen mener, at en halv million danskere drikker mere end det. Imidlertid har Sundhedsstyrelsen i år meldt nye grænser ud, som ligger betydeligt lavere, nemlig på 7 genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd.

11. I e-mail til forfatteren 2010.

FIGUR 3.13

Salg af alkohol i Danmark. 1968-2008. Liter ren alkohol pr. indbygger.



Kilde: Statistikbanken.

Selv om forbruget af alkohol har været svagt faldende siden midt i 1980'erne, betyder det ikke nødvendigvis, at problemerne med alkoholisme vil tage af. Det vil kun være tilfældet, hvis det faldende forbrug også findes hos den del af befolkningen, der har et stort forbrug.

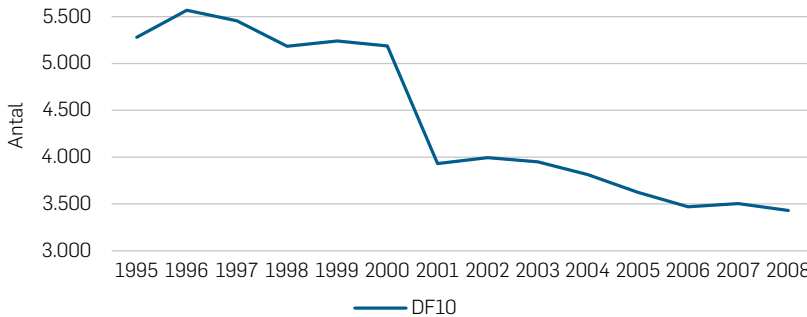
Undersøgelser for perioden 1994-2002¹² peger på, at forbruget af alkohol er relativt konstant i hver generation. Den svagt faldende tendens er dermed udtryk for, at de nye generationer ikke får helt så stort forbrug som de tidligere, mens det største forbrug flytter fra de 30-40-årige til de 40-50-årige. Da denne generation vil være i live i mange år endnu, vil det dog vare længe, før man ser en eventuel nedgang i alkoholisme. Københavns Socialforvaltning vurderer således, at der ikke er tale om nogen reduktion i øjeblikket.

Antallet af personer med psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af alkohol, fagligt klassificeret DF10, er faldet jævnt siden 1995 (figur 3.14). Der har dog samtidig været en ændring af definitionerne fra 2000-2001, som i sig selv reducerede antallet af patienter med over 1.000.

12. Laursen, L., K.-E. Sabroe & S. Sabroe (2004): *Alkoholbrug og alkoholpolitik*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

FIGUR 3.14

Antal heldøgnspatienter og ambulante kontakter med DF10 (psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af alkohol) som seneste diagnose. 1995-2008. Antal.



Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

En del psykiatere mener, at denne nedgang først og fremmest er et udtryk for, at psykiatrien mellem 2000 og 2001 har uddefineret en række af de psykiske lidelser, der er forårsaget af alkohol og dermed har ladet alkoholikerne i stikken¹³. Dermed skyldes ændringen 2000-2001 måske ikke ændring i behovet for en alkoholrelateret indsats, men mere en behovsdefinitiv ændring. Den langsomme udvikling, vi ser over de øvrige år, kan også være udtryk for uddefinering.

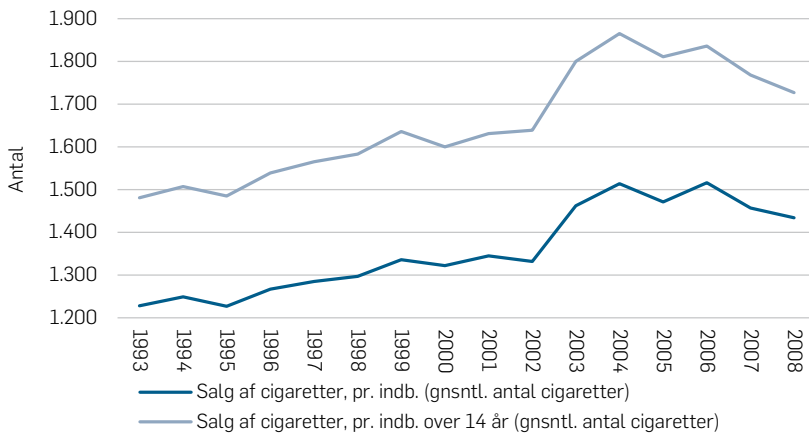
Figur 28 viser, at salget af cigaretter har været stigende fra 1995 til 2004. I de 2 år fra 2002-2004 steg det endda mere end i de 9 år fra 1993-2002. Faldet siden 2004 har endnu ikke i 2008 bragt salget ned på samme niveau, som det var i 2002.

Alt i alt peger udviklingen i salg af alkohol og cigaretter i retning af et mindre behov for indsatser, der behandler konsekvenser af forbruget. Men da konsekvenserne bygges op gennem mange års forbrug, vil man endnu i mange år mærke mere til følgerne af det stigende forbrug i perioden 1995-2005 end til det beskedne fald, vi har set siden. Desuden er der kommet nye forebyggende behandlingsformer til, fx rygestopkurser. De løser et problem, men repræsenterer også et nyt behov.

13. Freds, M., F.Z. Geoffroy & U. Becker (2005): "Alkoholafhængighed". *Ugeskrift for Læger* 167 (40), s. 3808.

FIGUR 3.15

Salg af cigaretter i Danmark, 1993-2008. Antal cigaretter pr. indbygger.



Kilde: Statistikbanken.

ANBRINGELSER AF BØRN

Noget af det mest konstante på det sociale område synes at være anbringelser af børn. Gennem de sidste 100 år har antallet af anbragte børn ligget nogenlunde stabilt på omkring 1 pct.¹⁴. Kan man alligevel på baggrund af socialforskning sige noget om, hvordan dette behov vil udvikle sig, eller noget om, hvordan man kan begrænse det?

Et anbragt barn kan ses som resultat af, at der er dannet et par af to mennesker, som ikke har forudsætningerne for at tage sig af et barn, eller som ikke har de vilkår, der gør det muligt. Der er tale om mange former for forudsætninger: børn og unges opvækstvilkår, hvordan de udvikler sig menneskeligt, og hvad de lærer om dagligliv og familieliv, pardannelse og familiedannelse og vilkårene for par med børn.

Undersøgelser af anbragte børn viser, at de overvejende kommer fra brudte familier, og at deres mødre ofte er unge. Forældrene har mindre uddannelse og mindre indtægt end gennemsnittet og bor ofte i yder-

14. Andersen, S.H. (red.) (2010): *Når man anbringer et barn. Baggrund, stabilitet i anbringelsen og det videre liv*. København: Rockwool Fonden.

og landkommuner¹⁵. Børnene har desuden en større dødelighed. De forskellige demografiske forhold kan dog kun forklare en lille del af variationen.

SFI's undersøgelse af anbragte børn født i 1995, da disse var 11 år, viser, at der er nogle forhold i familierne, som ofte er årsag til anbringelsen. Anbringelsesårsagerne fremgår af tabel 3.1.

TABEL 3.1

Anbringelsesårsager for børn, der var anbragt som 11-årige. 1995. Procent.

Årsager til anbringelse	Procent
Misbrug af alkohol eller stoffer i hjemmet	41
Psykiske problemer eller sindslidelse i hjemmet	30
Miljø præget af vold mellem de voksne	21
Miljø præget af fattigdom	7
Forældrene er kriminelle	6
Forældre har psykisk udviklingshæmning	6
Forældre er syge, døde mv.	5
Forældre har alvorlig fysisk sygdom eller handicap	3
Andre årsager	8

Kilde: Anbragte børns sundhed og skolegang. Udviklingen efter anbringelsesreformen. SFI-rapport 08:21.

De tre mest almindelige årsager er forældrenes misbrug af alkohol eller stoffer, psykiske problemer eller sindslidelse og vold mellem de voksne. Det vil derfor være afgørende for udviklingen af behovet for anbringelser, hvor mange par der dannes af unge mennesker med de pågældende egenskaber, hvor mange børn disse par får, og hvilke vilkår de har for at tage sig af disse børn.

Undersøgelser af, hvordan det er gået anbragte børn senere hen i livet, har vist, at de klarer sig betydelig dårligere end deres jævnaldrende¹⁶. Spørgsmålet er naturligvis, om det er, fordi de i forvejen har en belastet opvækst, eller om der er negativ effekt af selve anbringelsen. Det er svært at afgøre, for det er jo ikke tilfældigt, hvem der anbringes.

En undersøgelse, som ser på børn født i Malmø omkring 1960¹⁷, finder, at de, der blev placeret i plejefamilier, klarede sig betydeligt dårligere end andre børn. Men når man sammenligner dem med søskende, som var vokset op hjemme, finder man ingen forskel mellem de anbragte børn og deres søskende.

15. Lausten, M., H. Hansen & A. Albæk Nielsen (2010): *Udsatte børnefamilier i Danmark*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 10:14.

16. Nygaard Christoffersen, M. (1993): *Anbragte børns livsforløb*. København: Socialforskningsinstituttet, 93:11.

17. Vinnerljung, B. (1996): *Fosterbarn som vuxna*. Lund: Lund Universitet.

Alt i alt er det vurderingen, at anbringelse i sig selv ikke har nogen effekt, eller hvis noget, så en svag negativ effekt. Konklusionen på forskningen peger derfor på, at der ikke er megen ide i at anbringe udsatte børn, hvis det kan undgås, men at der snarere skal sættes ind på at skabe en sådan situation i familien, at børnene kan blive der.

Københavns Kommune har en strategi for området for udsatte børn og unge med et mål om at forebygge anbringelser med en tidlig og kvalificeret indsats, fordi det oftest er den bedste løsning for barnet. Det handler om at identificere udsatte børn tidligt nok og give dem støtte til at få hverdagen til at fungere. Sådanne projekter indebærer tættere samarbejde med sundhedsplejerskerne og daginstitutionerne, end man ellers har, og socialrådgiverne, som er tilknyttet kommunens mest udsatte skoler, medvirker også.

Det viser sig, at en række anbringelser enten kan undgås eller afkortes gennem metodisk udvikling og et perspektivskifte i retning af, at anbringelse – så vidt muligt – er en midlertidig foranstaltning. I et stort projekt med familiebehandling ("Familien i Centrum") dokumenterer evalueringen, at det i en række tilfælde lykkedes at undgå en anbringelse i familier, hvor børnene normalt ville være blevet anbragt. Et andet eksempel er "Den Korte Snor". Det er et intensivt kontaktpersontilbud, som rummer københavnske unge, der har været involveret i kriminalitet – også en målgruppe, der tidligere ofte ville være blevet anbragt.

Københavns Kommune forsøger at arbejde målrettet på, at en række anbragte børn og unge kan komme tilbage til familien igen i de tilfælde, hvor dette er det bedste for barnets trivsel og udvikling. Derfor skal der arbejdes mere med at støtte og udvikle forældrene, mens barnet er anbragt, så forældrene på et tidspunkt er klar til at hjemtage barnet.

Der findes flere evidensbaserede programmer, der arbejder på den måde. Socialforvaltningen er ved at etablere en MultifunC-institution til unge kriminelle, hvor der arbejdes intensivt med behandling af såvel den unge som forældrene, mens den unge er anbragt på institutionen. Et andet eksempel er Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC), hvor barnet anbringes i en specialuddannet plejefamilie, og hvor der samtidig arbejdes intensivt med forældrene, ligesom der sker en meget tæt supervision af plejefamiliens arbejde med barnet.

På den baggrund er det nærliggende at anbefale en systematisk vidensdeling mellem kommunerne som en måde at løse problematikken om anbringelser af børn på.

KONSEKVENSER AF BEHANDLING OG SOCIAL INDSATS

DOWNS SYNDROM

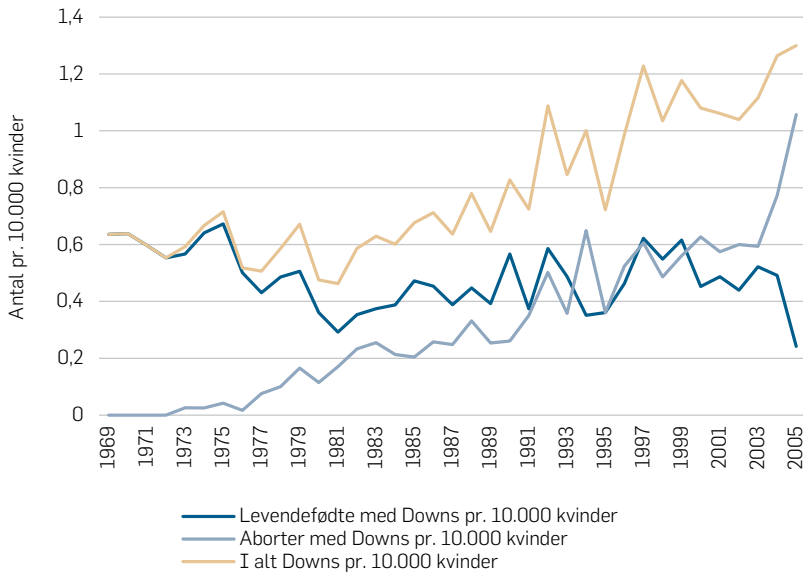
Vi tager Downs syndrom op i dette afsnit, fordi der er udviklet en teknik til at konstatere Downs tidligt i graviditeten, så antallet af fødsler kan begrænses. Man kunne imidlertid også have hæftet sig ved ”befolkningens adfærd”: Kvinderne er begyndt at få børn i en ældre alder, hvad der gør, at en større andel af børn fødes med Downs. Som vi skal se, har de to trends længe ophævet hinanden, men siden den nyeste teknik kom i brug i 2005, er andelen af Downs fødsler halveret.

Siden midt i 1970’erne har det været muligt i nogle tilfælde at konstatere Downs syndrom så længe inden en fødsel, at man har kunnet tilbyde abort. Teknikken hertil har udviklet sig gennem årene. Det har betydet, at antallet af Downs aborter er steget jævnt siden 1975, med en særlig markant stigning fra 2003-2005. Antallet af levendefødte børn med Downs syndrom pr. 10.000 kvinder er faldet fra 1974-1981 og igen fra 2004-2005, som det ses på figur 4.1.

Antallet af levendefødte børn med Downs syndrom pr. 1.000 levendefødte børn har dog været nogenlunde konstant indtil 2004, hvorefter det pludselig er blevet halveret (figur 4.2). Siden 2006 har antallet af levendefødte børn med Downs syndrom stabiliseret sig omkring 25-30 børn om året.

FIGUR 4.1

Antal levendefødte børn og aborter med Downs syndrom pr. 10.000 kvinder i Danmark. 1969-2005. Antal.



Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Aborttallet er især steget fra 1995, efter at der blev tilbudt nakkefoldscanning til gravide i 1994. Svingningerne i aborttallet i årene inden var dog lige så store, og det er uklart, hvad der var årsag til dem. I 2004 blev tilbuddet om nakkefoldscanning udvidet, og det førte til den største stigning i aborttallet, man havde set.

Der blev talt om, at Downs syndrom nu ville blive ”udryddet”. Det har dog vist sig ikke at være tilfældet. Antallet af Downs børn blev halveret, og i løbet af de følgende år er antallet nu kommet ned på en tredjedel af det tidligere tal.

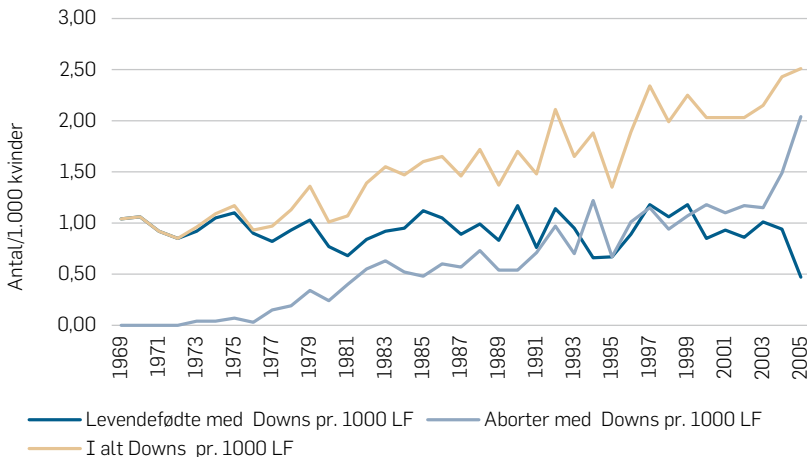
Mens antallet af levendefødte børn med Downs syndrom før 1970 udgjorde omkring 1 promille af samtlige levendefødte børn, og denne andel trods et stigende antal aborter holdt sig konstant indtil 2004, faldt antallet her til ½ promille, hvor det har holdt sig siden.

En af grundene til det store antal Downs børn er, at en større del af alle fostre nu har Downs-anlæggene, fra de bliver til (tabel 4.1). Det hænger sammen med, at mødrene er ældre, når de føder, end de tid-

ligere var. Tabel 4.1 præsenterer de absolutte tal for udviklingen i levendefødte og aborter med Downs.

FIGUR 4.2

Antal levendefødte børn og aborter med Downs syndrom pr. 1.000 levendefødte børn (LF) i Danmark. 1969-2005. Antal.



Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Er det muligt, at man i fremtiden kan screene for flere forskellige typer af kromosomfejl, som er årsag til udviklingshæmning? Det er vanskeligt at vide, men antallet af fødsler er ikke stort.

Det skønnes, at 50 pct. af al udviklingshæmning hænger sammen med genetiske forhold¹⁸. Det svarer til 3-4 promille af alle levendefødte børn, dvs. i øjeblikket et par hundrede børn årligt. Selv hvis man kan teste for alle mulige genetiske forhold, der medfører udviklingshæmning, drejer det sig altså ikke om mange flere end gruppen med Downs. Dermed peger udviklingen ikke umiddelbart i retning af en stor ændring af antallet af udviklingshæmmede og dermed ikke nogen større effekt på efterspørgslen af sociale ydelser for denne gruppe.

18. Emery, A.E.H. & D.L. Rimoin (1990): *Principles and Practice of Medical Genetics, Second Edition*. New York: Churchill Livingstone.

TABEL 4.1

Antal levendefødte børn med Downs, aborter med Downs samt Downs i alt. 1990-2009.. Antal.

År	Levendefødte med Downs	Aborter med Downs	Downs i alt	År	Levendefødte med Downs	Aborter med Downs	Downs i alt
1990	74	34	108	2000	57	79	136
1991	49	46	95	2001	61	72	133
1992	77	66	143	2002	55	75	130
1993	64	47	111	2003	65	74	139
1994	46	85	131	2004	61	96	157
1995	47	47	94	2005	30	131	161
1996	60	68	128	2006	29		
1997	80	78	158	2007	27		
1998	70	62	132	2008	29		
1999	78	71	149	2009	25		

Kilde: Sundhedsstyrelsen.

LÆNGERE LEVEALDER FOR UDVIKLINGSHÆMMEDE

For mere end 20 år siden blev det konstateret, at mennesker med handicap levede længere, end man havde oplevet tidligere. Det betyder, at der kommer flere ældre mennesker med medfødt eller tidligt erhvervet handicap, fx udviklingshæmning, som vil være stærkt plejkrævende. Det er en udvikling, som stadig i de kommende år vil sætte sig mere og mere igennem, og som vil betyde et ekstra behov for social indsats.

En finsk undersøgelse fra 2000¹⁹ viser, at mennesker med mild grad af udviklingshæmning (dvs. IQ på 50-69) nu lever lige så længe som befolkningen generelt, og mennesker med moderat udviklingshæmning (IQ på 35-49) lever næsten lige så længe. Gruppen med alvorlig udviklingshæmning (IQ på 20-34) har også fået væsentlig længere forventet levealder, mens gruppen med dyb udviklingshæmning (IQ på 0-19) stadig har en forventet levealder, der er 10-15 år kortere end andre menneskers. Specielt har kvinder med udviklingshæmning en kort levealder.

I Australien finder man samme udvikling²⁰. Der viser det sig, at mennesker med mild grad af udviklingshæmning omkring år 2000 har en forventet levealder på 74 år, mennesker med moderat grad af udviklings-

19. Patja, K., M. Livanainen, H. Vesala, H. Oksanen & I. Ruoppila: "Life Expectancy of People with Intellectual Disability: a 35-year follow-up study". *Journal of Intellectual Disability Research*, 44(5), s. 591-599.

20. Bittles, A.H., B.A. Petterson, S.C. Sullivan, R. Hussain, E.J. Glasson & P.D. Montgomery: "The Influence of Intellectual Disability on Life Expectancy". *The Journal of Gerontology Series A*, 57(7), s. M470-M472.

hæmning har en forventet levealder på 67,6 år, mens mennesker med alvorlig grad af udviklingshæmning har en forventet levealder på 58,6 år.

For andre typer af handicap finder man ikke samme grad af forandring. En undersøgelse på området Cerebral Parese²¹(CP) finder for perioden 1983-2002, at to grupper har lagt omkring 5 år til deres forventede levealder. Det drejer sig om stærkt handicappede børn og voksne med gastroskopi²². For de øvrige grupper, som udgør langt den største del af CP-området, har udviklingen været langt mindre.

Der er dog også faktorer, der peger i modsat retning. En engelsk undersøgelse²³ har fundet, at udviklingshæmmede sjældent har normal vægt, men i de fleste tilfælde enten har en ekstrem undervægt eller (oftest) overvægt. Kun ganske få spiser en kost, der indeholder de for stofskiftet nødvendige elementer, og mindre end en femtedel får tilstrækkeligt med frugt og grønt. 80-90 pct. af de udviklingshæmmede er fysisk inaktive i en sundhedsskadelig grad.

Disse sidstnævnte forhold peger i retning af, at man skal forvente en lavere levealder. Det er en udvikling, som har taget fart efter udflytning fra institutionerne. Også i Danmark er det blevet påvist, at der er et problem med udviklingshæmmedes kost og motion, efter at institutionsbegrebet i 1998 er blevet afskaffet²⁴.

Alt i alt peger det i retning af en længere levealder for flere grupper af handicappede. Dette fordrer et større eller længerevarende behov for sociale indsatser.

RISICI VED BEHANDLING

I 1970'erne døde 3 pct. af de børn, der blev født efter 32-36 svangerskabsuger, men siden er dette tal bragt ned under 0,5 pct. (figur 4.3). Ligeledes overlever stadig flere børn efter graviditeter på 28 uger eller endog 24 uger.

21. Strauss, D., R. Shavelle, R. Reynolds, L. Rosenbloom & S. Day (2007): "Survival in Cerebral Palsy in the last 20 years: Signs of Improvement?". *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49, s. 86-92.

22. Gastroskopi er en undersøgelse af spiserør, mavesæk og tolvfingertarm ved hjælp af et gastroskop, en tynd, bøjelig slange, som kan føres ind gennem munden.

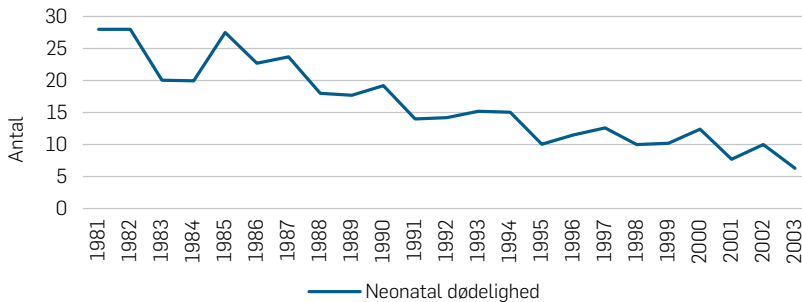
23. Robertson, J.E. Emerson, N. Gregory, C. Hatton, S. Turner, S. Kessissoglou & A. Hallam (2000): "Lifestyle Related Risk Factors for Poor Health in Residential Settings for People with Intellectual Disabilities". *Research in Developmental Disabilities*, 21, s. 469-486.

24. Knigge, M.L. (2005): *Mad til forhandling*. Ringsted: UFC Handicap.

En del af disse børn får handicap, især ved de meget tidlige fødsler. I 1990 blev der holdt en konsensuskonference med det formål at finde frem til en grænse for, hvornår man skulle sætte ind med neonatal indsats, men der kunne ikke opnås enighed herom²⁵.

FIGUR 4.3

Neonatal dødelighed (dvs. dødelighed 1-28 levedøgn) pr. 1.000 levendefødte for moderat for tidligt fødte (32-36 fulde svangerskabsuger) i Danmark. 1981-2003. Antal.



Kilde: Statens Institut for Folkesundhed, Sarah Fredsted Villadsen.

I perioden 1995-2004 er der sket en stigning i antallet af tidlige fødsler på 22 pct. Der har især været en stigning – på hele 55 pct. – i antallet af for tidlige fødsler hos førstegangsfødende²⁶. Antallet af for tidligt fødte børn er steget fra 2.258 børn i 1981 til 4.557 børn i 2003, hvor de udgjorde 7 pct. af alle fødsler. De 80 pct. af disse er dog kun født moderat for tidligt, dvs. efter mindst 32 uger.

Ekstrem tidligt fødte børn og børn med ekstremt lav fødselsvægt i 1994-95 er blevet undersøgt nærmere i ETFOL-undersøgelsen²⁷. De 2 år blev der født 477 børn før 28 uger eller under 1.000 gram. 269 af disse overlevede behandlingen på neonatalafdelingen, og 94 pct. af disse

25. Hansen, J.E.S. (2008): I: P. Storgaard Mikkelsen (red.): *Den optimale behandling – om medicinsk etik*. Aarhus: Systime, s. 101.

26. Danmarks Radio (2012): Tilgængelig på: <http://www.dr.dk/Nyheder/Indland/2007/01/15/073540.htm>.

27. Mølholm Hansen, B. (2008): *For tidligt fødte børn. Hvordan går det?* PP-oplæg. Tilgængelig på: <http://www.righospitalet.dk/NR/rdonlyres/3A3FA280-B4D4-4BAC-8AAF-0A6D129EED3C/0/BoMoelholmHansenmaj2008.pdf>.

indgik i en undersøgelse, da de var 4-5 år. Tabel 4.2 viser forskellen mellem disse børn og en kontrolgruppe.

TABEL 4.2

Forekomst af en række typer af handicap hos børn født før 28 uger eller med fødselsvægt under 1.000 gram, sammenlignet med en kontrolgruppe af tilfældigt udvalgte børn. Procent.

	ETFOL-gruppen	Kontrolgruppen
Svagsynede	5	0,13
Cerebral parese	10	0,15
Motoriske vanskeligheder	19	1
Har været indlagt mindst én gang	49	15
Har været indlagt seneste år	14	3
Er ofte glad og veloplagt	61	66

Kilde: ETFOL-undersøgelsen (note 27).

ETFOL-undersøgelsen vil formentlig give anledning til flere fund af oversygelighed og handicap, efterhånden som børnene bliver ældre. Tina Irene Hentze m.fl.²⁸ viser således i 2006, at 37 pct. af de overlevende børn født før 28. svangerskabsuge har kronisk lungesygdom.

Balling m.fl. (2001) finder i en anden undersøgelse, at 8 pct. har handicap i 4-års-alderen. Hanne Agerholms undersøgelse af børn, som vejede under 1.500 gram ved fødslen i Nordjylland²⁹, viser, at der er kommet betydeligt flere handicap, når børnene er 9-10 år (tabel 4.3). I den alder er der omkring halvanden gange så mange, der har problemer, som i 3-4-års-alderen.

TABEL 4.3

Forekomst af en række typer af handicap ved 3-4 års-alder og ved 9-10-års-alder hos børn, som er født med en fødselsvægt på under 1.500 gram. Procent.

	9-10 år gamle	3-4 år gamle
Er udviklet normalt	48 pct.	67 pct.
Under observation for udviklingsproblemer	22 pct.	14 pct.
Har mindre handicap	20 pct.	12 pct.
Har større handicap	12 pct.	7 pct.

Kilde: Nordjyllands-undersøgelsen (note 29).

28. Hentze, I.T., B.M. Hansen, F. Jonsbo & G. Greisen (2006): "Kronisk lungesygdom i en kohorte af børn født før 28. gestationsuge. Forekomst og ætiologiske faktorer". *Ugeskrift for læger*, 168(23), s. 2243.

29. Agerholm, H. (1999): "Efterundersøgelse af børn i 9-10-års-alderen født i Nordjyllands Amt i 1988 og 1989 med en fødselsvægt \leq 1500 gram". *Nyt om Forskning* nr. 2, s. 10-17.

En lang række undersøgelser dokumenterer cerebral synsnedsettelse hos for tidligt fødte børn. Det skyldes iltmangel, som giver skader på siderne af hjernens hulrum³⁰.

Ergoterapeut Connie Nissen, som arbejder med gruppen af tidligt fødte børn, har i et par artikler redegjort for sine erfaringer med, at gruppen har sarte sansesystemer og en øget følsomhed, som hun sætter i forbindelse med det faktum, at de har fået forskellige indtryk tidligere, end børn i almindelighed får³¹.

En undersøgelse har vist øget forekomst af autisme blandt for tidlig fødte børn³². Den finder et positivt resultat på det anvendte autisme-screening-instrument hos 26 pct. af de børn, som blev født med en vægt under 1.500 gram. Det var især drengene og dem, der var mindst ved fødslen, der viste disse tegn.

En ny amerikansk undersøgelse viser, at 36 pct. blandt 7.000 børn født efter 34-36 graviditetsuger – altså moderat for tidlig fødte – har en forsinket udvikling, når de når børnehvealderen³³. Det kan være fysisk, sprogligt, kognitivt eller emotionelt.

En dansk undersøgelse³⁴ viser, at børn, der er født efter 34-36 graviditetsuger, har en risiko for at få HKD (hyperkinetic disorder), dvs. en særlig alvorlig udgave af ADHD, og som er øget med 70 pct. i forhold til børn født efter 39 uger. Børn født til tiden med en fødselsvægt på under 2.500 gram havde 90 pct. øget risiko for HKD i forhold til børn, som vejede over 3.000 gram ved fødslen.

Tidlig fødsel og behandling for barnløshed sættes i øvrigt i forbindelse med epilepsi i et dansk forskningsprojekt, der endnu ikke er afsluttet³⁵. Der er endvidere undersøgelser, der belyser traumatisering af

30. Jensen, B. & K.O. Jensen (2005): *Svagsynede børn i skole og fritid – En artikelsamling*. Videnscenter for Synshandicap, kap. 10.

31. Nissen, C. (2004): De for tidlig fødte børn og deres sansesystemer. Tilgængelig på: <http://www.sundhedsplejersken.info/7752> og *Livsbladet*, marts 2004, 5. årgang nr.1.

32. Limperopoulos, C., B. Haim, N.R. Sullivan, J.S. Soul, R.L. Robertson Jr., M. Moore, S.A. Ringer, J.J. Volpe, A.J. du Plessis (2008): "Positive Screening for Autism in Ex-Preterm Infants: Prevalence and Risk Factors". *Pediatrics*, 121 (4), s. 758-765.

33. Morse, S.B., H. Zheng, Y. Tang, J. Roth (2009): "Early School-age Outcomes of Late Preterm Infants". *Pediatrics*, 123(4):e622-9.

34. Linnet, K.M., K. Wisborg, E. Agerbo, N.J. Secher, P.H. Thomsen & T.B. Henriksen (2006): "Gestational Age, Birthweight and the Risk of Hyperkinetic Disorder". *Archives of Disease in Childhood*, juni 5.

35. Sun, Y., M. Vestergaard, J. Christensen, J.J.L. Zhu, B.H. Bech & J. Olsen (2007): "Epilepsy and Febrile Seizures in Children of Treated and Untreated Subfertile Couples". *Human Reproduction*, 22 (1), s. 215-220.

forældrene til for tidligt fødte børn, ligesom der er tilbud om social indsats i den forbindelse³⁶.

Hvis 6 pct. af børnene fødes før 37. uge, og 2 pct. før 34. uge, kan man på baggrund af ovenstående undersøgelser skønne, at der årligt er 1.000-1.500 børn, som på grund af tidlig fødsel pådrager sig et handicap eller får en forsinket udvikling. Det er et meget stort antal set i forhold til antallet af børn med handicap, som i dag er kendt i det offentlige system. Det er omtrent lig med antallet af børn, der modtager dækning af merudgifter efter den sociale servicelovs § 41.

Alt i alt viser ovenstående, at nye behandlingsmuligheder i forbindelse med for tidlig fødsel og barnløshed kan medføre nye behov for sociale indsatser, hvilket kan påvirke behovene på det specialiserede socialområde. Det er således en faglig/teknologisk udvikling, som fordrer denne udvikling. Her er vækstfaktorer således både konsekvens af behandling og social indsats samt udviklingen af nye behandlingsmetoder. Sidstnævnte kigger vi nærmere på i det næste kapitel.

36. Esbjørn, B.H., B.M. Hansen, H. Munck & G. Greisen (2008): "Ekstremt tidligt fødte børn og forældrenes behov for støtte". *Ugeskrift for Læger*, 170/42, s. 3331.

UDVIKLING AF BEHANDLINGSMULIGHEDER OG INDSATSER

BEHOV FOR HJÆLPEMIDLER

Udviklingen af behovet for hjælpemidler hos under 65-årige kan vurderes på baggrund af de to handicapsurveys i 1995 og 2006. Hvis man fx ser på, hvor mange personer der har alvorligt mobilitetshandicap, som forårsager vanskeligheder med hensyn til gang i de to surveys, finder man en væsentlig forskel. Grænsen i tabel 5.1 er sat således, at alvorligt handicap betyder, at man ikke kan gå 50 meter uden at standse op eller ikke kan gå op og ned ad en trappe med 12 trin, selv om der er gelænder, og man kan hvile ud undervejs, eller slet ikke kan gå uden støtte.

TABEL 5.1

Antal personer med alvorligt ganghandicap pr. 1.000 i forskellige aldersgrupper, 1995 og 2006. Antal og procentuel vækst.

Personer m. alvorligt ganghandicap pr. 1.000	20-29 år	30-49 år	50-60 år	20-60 år
Handicapsurvey 1995	1,0	8,1	20,2	8,1
Handicapsurvey 2006	6,4	22,0	37,9	23,1
Vækst pr. år fra 1995-2006	18,3 pct.	9,6 pct.	5,8 pct.	10 pct.
Vækst i alt fra 1995-2006	540 pct.	172 pct.	88 pct.	185 pct.

Kilde: SFI's handicapsurvey 1995 og 2006.

Som det ses i tabel 5.1, næsten fordobles antallet af personer i den ældre aldersgruppe af personer pr. 1.000 med alvorligt ganghandicap. I den midterste aldersgruppe er det næsten tredoblet, men i den yngste aldersgruppe er det mere end seksdoblet. Det sidste kan godt være en følge af de bedre behandlingsmuligheder og de bedre muligheder for at få nyfødte børn til at overleve. Derimod er det mindre sikkert, hvor stor del af forandringen i de ældre aldersklasser der har at gøre med handicap, og hvor stor en del der er udtryk for, at man stiller mindre krav til sig selv.

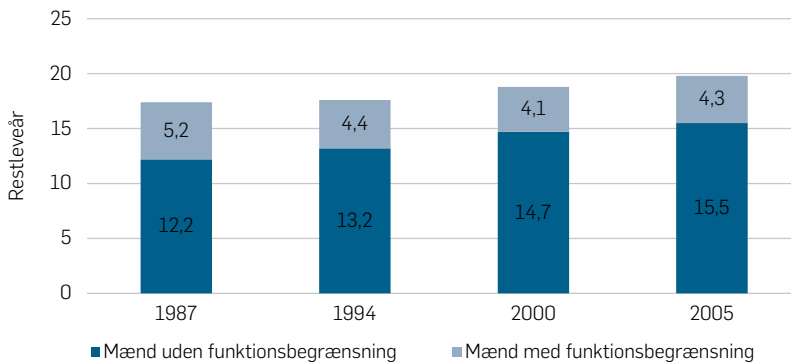
Her skal det bemærkes, at handicapundersøgelserne, som tidligere nævnt, er små og upræcise. Væksten i tabel 5.1 virker for stor til at være sand. Den passer imidlertid sammen med udviklingen på hjælpemiddelområdet. Og selv om udviklingen 1995-2006 overvurderes på grund af måleproblemer, vil det ikke berøre den relative vurdering af aldersklasserne. Der er derfor al mulig grund til at tro, at der virkelig sker en vækst i gruppen af yngre mennesker med mobilitetsproblemer.

Antallet af personer under 65 år i forskellige aldersgrupper udvikler sig i de kommende år, sådan at gruppen 18-29 år vokser med 1,5 pct. årligt, gruppen 30-49 år mindskes med 1 pct. årligt, mens gruppen 50-66 år vil være af nogenlunde konstant størrelse de førstkomende 5 år. Hvis vi går ud fra, at udviklingen af ganghandicap i aldersgrupperne fortsætter, som den har været de 11 år mellem 1995 og 2006, betyder det en årlig vækst på 18,6 pct. i den yngre gruppe, en årlig vækst på 9,5 pct. i den mellemste gruppe og en årlig vækst på 5,8 pct. i den ældste gruppe. Alt i alt må der alene på baggrund af udviklingen i funktionsevne ventes en vækst i behovet for hjælpemidler til under 60-årige på 10 pct. årligt.

Udviklingen af funktionsevnen hos over 65-årige kan vurderes efter sundheds- og sygelighedsundersøgelserne fra Statens Institut for Folkesundhed. De viser, at med den forøgelse af levetiden, der er sket siden 1987, er der ikke fulgt nogen forlængelse af den tid efter de 60 år, man lever med funktionsbegrænsning. Den er tværtimod, som det ses i figur 5.1, blevet en smule kortere. 1,0 år kortere for kvinder, og 0,9 år kortere for mænd.

FIGUR 5.1

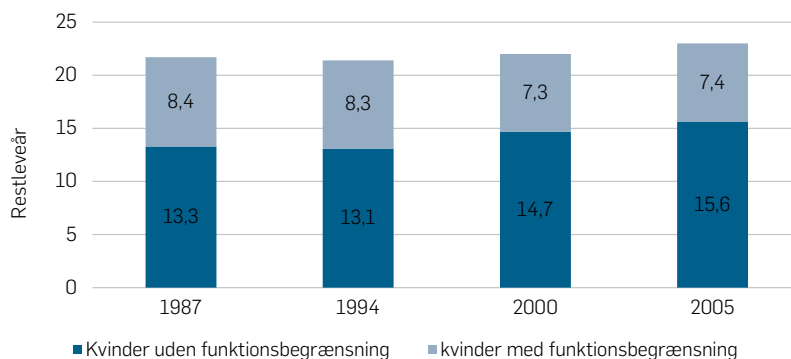
Antal restleveår med og uden funktionsbegrænsning for 60-årige mænd. 1987-2005.



Kilde: O. Ekholm m.fl.: *Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed, 2006.

FIGUR 5.2

Antal restleveår med og uden funktionsbegrænsning for 60-årige kvinder. 1987-2006.



Kilde: O. Ekholm m.fl.: *Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed, 2006.

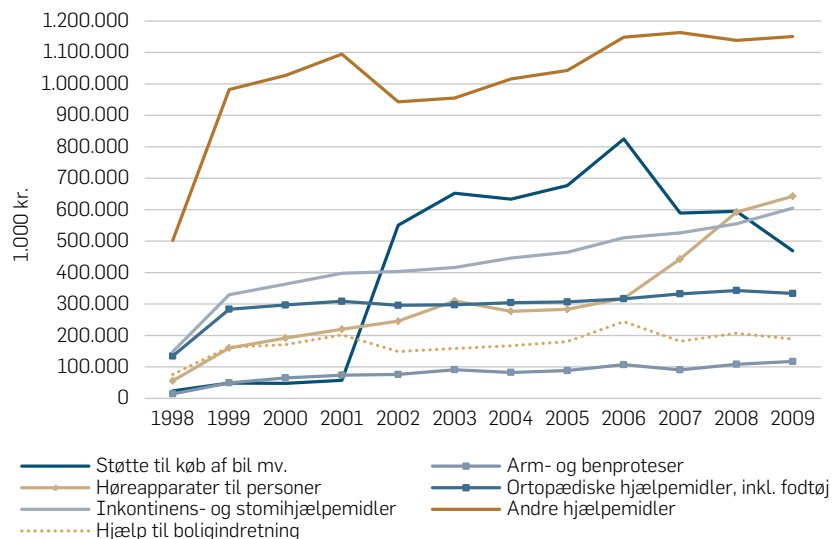
Den del af behovet for hjælpemidler, som betinges af udviklingen i funktionsevne for over 65-årige, bestemmes derfor alene af udviklingen i an-

tallet af over 65-årige. Hvis funktionsevnebegrænsningerne især falder inden for de sidste 10 leveår, er det altså dødsfaldene om 10 år, der siger noget om, hvordan behovet udvikler sig. Dette antal har været konstant til nu, men det begynder snart at stige med 1 pct. årligt.

Det er værd at bemærke, at den længere levealder ikke automatisk betyder mere plejebæhov, da vi lægger sunde år til livet, som det ofte udtrykkes. Det betyder også, at der vil opstå en stadig større gruppe mennesker over 67 år, som uden vanskelighed vil kunne fortsætte deres aktivitet på arbejdsmarkedet i mange år. Her kommer imidlertid en anden faktor ind, og det er folks ønsker og forventninger. De går ikke nødvendigvis i retning af at fortsætte med at arbejde 3 år mere, blot fordi den forventede levealder er steget så meget.

FIGUR 5.3

Udgifter til en række hjælpemidler. 1998-2009. 1.000 kr.



Kilde: Statistikbanken.

Anm. Figuren indeholder også 1998-tal, men de vedrører kun et halvt år, idet de knytter sig til den sociallovgivning, der trådte i kraft 1. juli 1998.

Udgifterne til hjælpemidler har været stigende i mange år. Det har ikke kun at gøre med behov, men hænger også sammen med den udvikling af hjælpemidler, der har fundet sted. Når der findes hjælpemidler, der bedre

løser behovene, vil man i almindelighed tilbyde disse, ligesom brugerne vil efterspørge dem.

Figur 5.3 giver et billede af udviklingen i de største poster af udgifterne til hjælpemidler siden 1999.

Den største post udgøres af ”andre hjælpemidler”, som især omfatter kørestole og forskellige andre former for mobilitetshjælpemidler. Udgifterne til dem er over de 10 år vokset med 17 pct. Denne vækst er foregået ret jævnt, dog afbrudt af et dyk i årene 2002-2004. De største variationer ser man i støtte til bilkøb mv. Efter kommunerne fik ansvaret for dette felt i 2002, ser vi et dyk i 2007 og frem. En anden stor variation ser man i høreapparater, hvor udgiften steg ret kraftigt fra 2006-2008. Det hænger sammen med ændrede regler for støtte. De absolutte tal for seks forskellige år fremgår af tabel 5.2.

For arm- og benproteser er stigningen over de 10 år på 138 pct., for ortopædisk fodtøj m.m. på 18 pct., for inkontinens- og stomihjælpemidler 83 pct., for andre hjælpemidler som nævnt 17 pct. og for hjælp til boligindretning 16 pct. For disse fem områder under ét er væksten over de 10 år på 33 pct. Udgifterne til hjælpemidler, der fremstilles industrielt i Danmark fx høreapparater, stomihjælpemidler og kørestole, er således alle vokset. Dette område er også genstand for erhvervs politik, idet erhvervspotentialet på dette område har været genstand for analyse³⁷. Det, som i socialpolitikken er en udgift, er i erhvervs politikken et marked.

TABEL 5.2

Udgifter til hjælpemidler mv., de største poster. 1999-2009. 1.000 kr.

	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Støtte til køb af bil mv.	48.756	57.494	652.545	676.670	589.162	469.194
Arm- og benproteser	49.413	73.954	91.203	88.313	90.607	117.377
Høreapparater til personer	160.449	219.875	309.892	283.236	443.085	642.766
Ortopædisk fodtøj m.m.	283.544	308.732	297.424	306.746	332.508	333.680
Inkontinens- og stomihjælpemidler	329.840	398.145	416.446	464.741	525.994	604.856
Andre hjælpemidler	982.176	1.094.775	954.968	1.042.759	1.163.153	1.150.723
Hjælp til boligindretning	162.609	202.158	158.731	180.817	181.562	188.636

Kilde: Statistikbanken.

Ser vi på, hvilke hjælpemidler der bruges, finder vi også en markant udvikling mellem 1995 og 2006 (tabel 5.3). Det eneste, der bruges uforan-

37. Erhvervs- og Byggestyrelsen (2009): *Et portræt af den danske hjælpemiddelbranche. Erhvervspotentialet i branchen for hjælpemidler og tilknyttede serviceydelser*. København: Erhvervs- og Byggestyrelsen.

dret, er den hvide stok til blinde. Almindelig stok bruges en hel del mere og angstdæmpende medicin ligeledes mere. Men det, der især bruges mere, er kørestole, især elektriske, og gangstativer. Her er brugen tredoblet.

TABEL 5.3

Antal brugere af hjælpemidler blandt personer mellem 20 og 60 år. Særskilt for 1995 og 2006 samt den procentvise udvikling i perioden. Antal.

	1995	2006	Procentvise- udvikling
Hvid stok/blindestok	1.083	1.057	-2
Almindelig stok, evt. med dup	7.941	12.885	+62
Går med gangstativ el. lign.	1.444	5.053	+250
Almindelig kørestol	5.775	15.260	+164
Elektrisk kørestol	1.805	5.453	+202
Angstdæmpende medicin	2.527	3.630	+44

Kilde: SFI's handicapsurvey 1995 og 2006, SFI-rapporterne 97:1 og 08:18.

Det virker umiddelbart helt overvældende, at så mange flere mennesker op til 60 år benytter kørestole og gangstativer efter bare 11 år, men sammenholdt med udviklingen i antallet af mennesker med store gangvanskeligheder virker udviklingen helt rimelig.

Det, der undrer mest, er, at det har kunnet lade sig gøre uden større vækst i udgifterne end den, vi ser på figur 5.3. Det kan hænge sammen med, at hjælpemidlerne også er blevet billigere at producere og dermed indkøbe.

Alt i alt ses en stor stigning i brugen af hjælpemidler og en mindre stigning i udgifterne til hjælpemidler mv. Udviklingen skyldes sandsynligvis både stigende behov, og sandsynligvis også en højere grad af opfyldelse af behovet, sammenlignet med tidligere, hvor mennesker, som måske havde brug for hjælpemidler, ikke efterspurgte dem i samme omfang eller ikke var berettiget til hjælpemidlerne.

MINDRE INVALIDERING AF MENNESKER MED PSYKISK SYGDOM

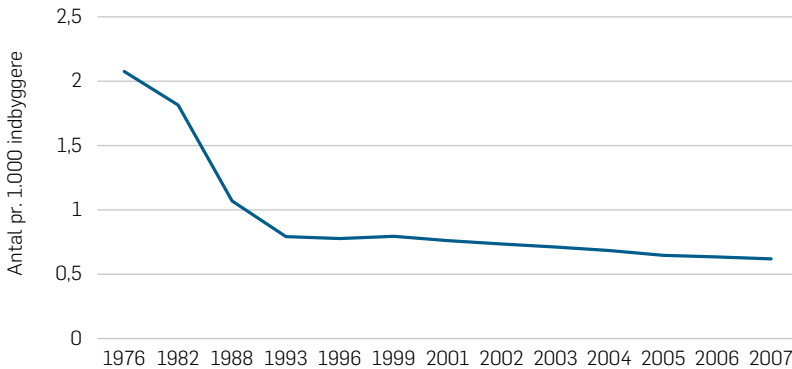
I løbet af de seneste halvtreds år er der sket en revolution på det psykiatriske område. Mens statshospitalerne tidligere var institutioner, hvor patienterne opholdt sig i de perioder, hvor de var for dårlige til at klare sig udenfor, uden at kunne tilbyde megen behandling, og indlæggelserne derfor var månedlan-

ge eller ofte årelange, begyndte fra 1950'erne en udvikling af medicin, der kunne påvirke psykoserne og få tilstanden under en vis kontrol.

I anden del af 1900-tallet kom der efterhånden psykiatriske afdelinger på flere og flere sygehuse. Det var derfor naturligt at flytte statshospitalerne fra særforsoegen og gøre dem til en del af det amtslige sygehusvæsen, som det skete i 1976. Gennem de følgende 15 år skete en hastig afvikling af psykiatriske sengepladser, fra omkring 12.000 til omkring 4.000 (figur 5.4). Det hang sammen med, at sygehuse mere og mere fik karakter af akutfunktioner, der tog borgerne i de mest belastede perioder, mens den egentlige behandling foregik uden for sygehuset.

FIGUR 5.4

Antal psykiatriske sengepladser pr. 1.000 indbyggere. 1976-2007. Antal.



Kilde: Til 1990: Bjerrum, M. (1998): *Dansk hospitalpsykiatri 1930-1990 med særlig henblik på organisatoriske og administrative forhold*. Ph.d.-afhandling. Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet. Derefter: Udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud. www.regioner.dk.

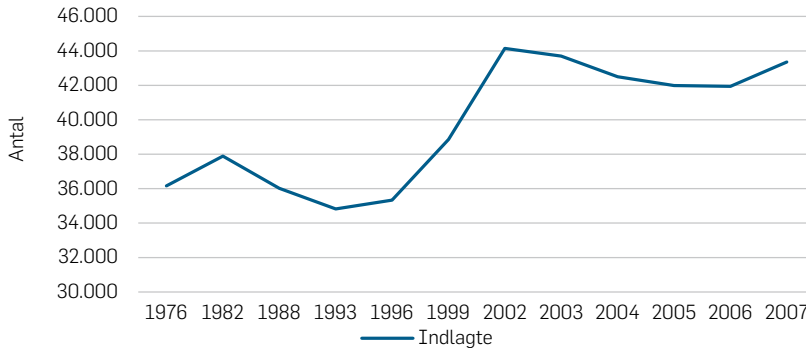
Der blev ikke indlagt tilsvarende færre patienter, men indlæggelsestiderne blev kortere og kortere. I årene 1996-2002, hvor antallet af sengepladser nærmest var konstant, øgedes antallet af årlige indlæggelser endda til et niveau, der lå 15-20 pct. over det tidligere (figur 5.5).

Behandlingen på sygehuset var efterhånden mest kontrol af symptomer, og der var derfor et behov for en social indsats over for denne gruppe mennesker. Mens man i de fleste andre lande opfatter den sociale indsats som en del af den psykiatriske behandling, opfandt man her i landet begrebet ”socialpsykiatri”. De fleste amter var i årene om-

kring 1990 meget langsomme til at sætte den nødvendige indsats ind på dette felt, og derfor begyndte kommunerne også at påtage sig en rolle her.

FIGUR 5.5

Antal psykiatriske indlæggelser i alt i Danmark. 1976-2007. Antal.



Kilde: Til 1990: Bjerrum, M. (1998): *Dansk hospitalspsykiatri 1930-1990 med særlig henblik på organisatoriske og administrative forhold*. Ph.d.-afhandling, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet. Derefter: Udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud. www.regioner.dk.

Det egentlige gennembrud i psykiatrien kom imidlertid sidst i 1990'erne, da man opdagede, at selv alvorligt psykotiske tilstande i de fleste tilfælde kunne bremses stærkt i deres udvikling, mildnes og i mange tilfælde endda komme under så megen kontrol, at patienten kunne komme til at fungere helt normalt i samfundet. Det kunne ske ved en tidlig indsats, hvor man kombinerede det medicinske, terapeutiske og sociale element.

Det er i dag en almindelig opfattelse, at psykiske lidelser ikke kan helbredes med medicin. I nogle tilfælde er det hensigtsmæssigt at bruge medicin til at få en alvorlig tilstand under kontrol og få borgeren i tale. Men den egentlige behandling sker ved hjælp af samtalerapi. Der benyttes både kognitive og affektive metoder. Behandlingen sker i forskelligt regi: i distriktspsykiatrier, af udgående teams, ved ambulante forløb på sygehusene samt i psykiatrisk eller psykologisk praksis.

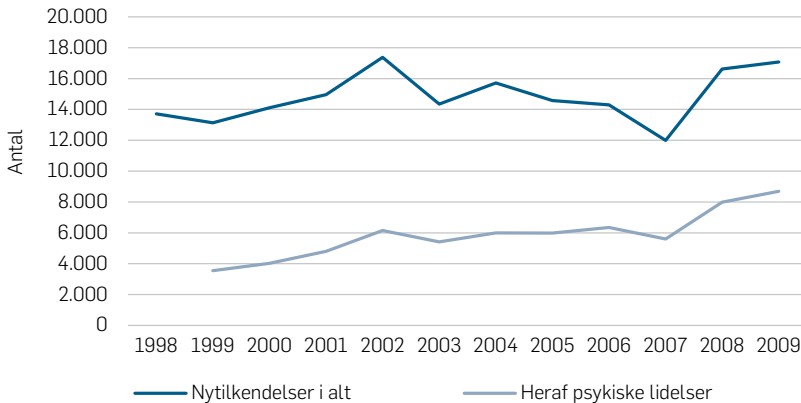
I den sidste del af 1990'erne faldt antallet af nye tilkendelser af førtidspension fra noget over 25.000 til omkring 15.000 årligt³⁸. Det ser

38. Bengtsson, S. (2002): *Bestemmer forvaltningen, om du får førtidspension – kommunens forvaltningspraksis og tilkendelse af førtidspension*. København: Socialforskningsinstituttet, 02:15.

imidlertid ikke ud til, at der er sket den samme reduktion i antallet af nye tilkendelser på psykiske diagnoser. Den bedre behandling synes ikke at have ført til mindre behov for pension.

FIGUR 5.6

Antal tilkendelser af førtidspension i alt i Danmark. 1998-2009. Antal.



Kilde: Førtidspensioner. Årsstatistik 2009. Ankestyrelsen.

Mens nytilkendelserne af førtidspension siden 1998 har svinget omkring 15.000 årligt med lidt uro i kurven ved førtidspensionsreformen i 2003 og kommunalreformen i 2007, ser vi i figur 5.6 en stigning i antallet af nytilkendelser med psykiatrisk baggrund fra under 4.000 til over 8.000 årligt. Der sker altså mere end en fordobling af antallet over de 10 år³⁹. Her ser vi den samme uro i kurven, som skyldes, at førtidspensionsreformen i 2003 fik mange sagsbehandlere til at fremskynde sager til afgørelse lige inden reformens ikrafttrædelse. Ligesom kommunalreformen i 2007 bevirkede, at kommunernes travlhed med at få de indre forhold på plads forhindrede dem i at behandle lige så mange af borgernes sager i det år.

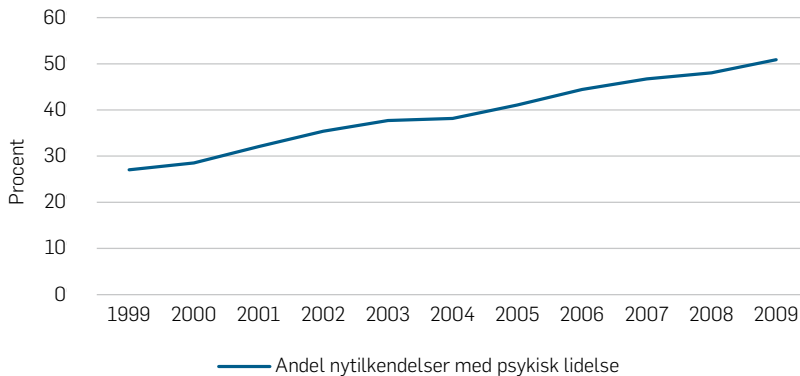
Hvis vi ser på andelen af tilkendelser med psykiatrisk baggrund (figur 5.7), får vi en næsten helt jævnt stigende kurve over perioden løbende fra 27-51 pct. Her har vi fat i et helt anderledes konstant fænomen. Andelen af tilkendelser med psykiatrisk baggrund stiger ganske jævnt og

39. Ankestyrelsen (2010): *Førtidspensioner. Årsstatistik 2009*. København: Ankestyrelsen, Analysekontoret.

lineært, helt upåvirket af de administrative forhold, som vi netop så betyder ganske meget for den samlede tilkendelse af førtidspension.

FIGUR 5.7

Andelen af nytilkendelser af førtidspension i Danmark, hvor baggrunden er psykisk lidelse. 1999-2009. Procent.



Kilde: Førtidspensioner: Årsstatistik 2009. Ankestyrelsen.

En rapport fra Ankestyrelsen 2007⁴⁰ fandt, at 30 pct. af tilkendelserne havde et utilstrækkeligt grundlag, og for de 4 pct. blev grundlaget betegnet som helt utilstrækkeligt. For 14 pct. var der ikke tale om nogen dokumentation for psykisk lidelse, og for 16 pct. var der fortsatte behandlingsmuligheder. I 70 pct. af de undersøgte 50 sager var Ankestyrelsen enig i, at der skulle tilkendes en førtidspension.

Det kunne pege på, at en del af tilkendelserne på baggrund af psykiske lidelser måske ikke skal ses som følge af egentlig psykisk lidelse, men dækker over problematikker, som kommunen vurderer varigt vil udelukke arbejdsdeltagelse, men som ikke dækkes af andre muligheder. Tilkendelser af førtidspension med psykiatrisk baggrund kan dermed som udgangspunkt deles op i tre grupper:

- Mennesker med psykisk lidelse

40. Ankestyrelsens praksisundersøgelser (2007): *Førtidspension til personer med en psykisk lidelse*. København: Ankestyrelsen.

- Mennesker med udviklingshæmning (som i denne forbindelse også rubriceres som psykiatrisk baggrund) og
- Mennesker med en kompleks og uklar problematik.

Den sidste gruppe, finder vi i øvrigt ofte, er på varig kontanthjælp. Vi ved i virkeligheden ikke, hvor store de tre grupper er i forhold til hinanden.

Det er den første af disse grupper, hvor antallet kan reduceres ved, at man behandler alle mennesker med psykiske lidelser ved deres første henvendelse til systemet. Det er dog langt fra sikkert, at en sådan behandling er nok til, at man faktisk ser en reduktion af antallet af førtidspensioner tilkendt på denne baggrund. På det somatiske område har man ikke set nogen automatisk sammenhæng mellem udviklingen af behandlingsmetoder og det behov for førtidspension, som man oplever og reagerer på i det sociale system. Det ser ud til, at man heller ikke vil komme til at opleve nogen automatisk sammenhæng på det psykiatriske område. Der må formentlig opstilles specielle rammer, hvis man vil have denne gruppe psykiatriske patienter sluset ind på arbejdsmarkedet.

Det tyder således på, at det er den politisk/administrativt betingede definatoriske udvikling (konkret fastsættelsen af betingelserne for tildeling af førtidspension), som har spillet ind i forhold til, at omfanget af førtidspensionering af mennesker med psykiske lidelser ikke har ændret sig i takt med, at behandlingsmetoderne er blevet forbedret.

MERE KRIMINALITET BLANDT MENNESKER MED PSYKISK SYGDOM

Inden psykiatireformen kendte man kun til få psykisk syge kriminelle, men i løbet af 1980'erne kom det årlige tal op på nogle hundrede personer. Fra 1995-2004 steg antallet fra 849 til 1.427, og siden er det steget til 2.058 i 2008. Man regner med, at der fortsat vil være en procentuel vækst i tallet fra år til år, de senere år på 9,6 pct. årligt, hvilket giver et estimat på 2.472 for 2010⁴¹. En undersøgelse fra DSI⁴² angiver væksten i antallet af patienter med retslige forhold i perioden 2000-2008 til at være på 141 pct.

41. Socialministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Justitsministeriet (2006): *Førtidspensioner: Psykisk sygdom og kriminalitet*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

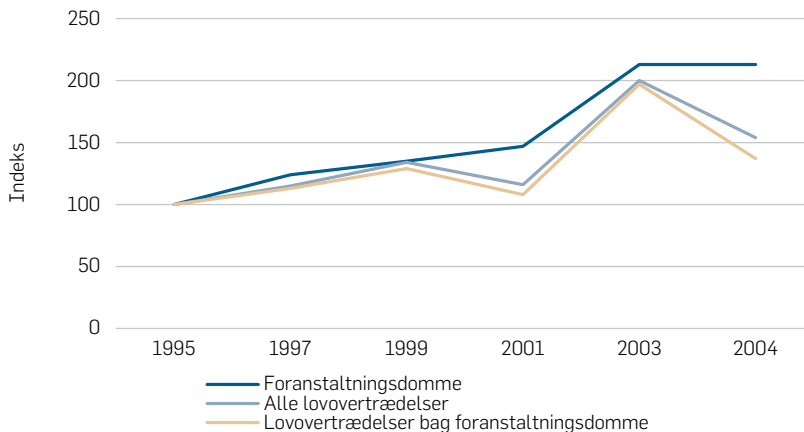
42. Madsen, M.H., A. Hvenegaard & E. Klausen Fredslund (2011): *Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger*. København: Dansk Sundhedsinstitut, s. 51-55.

Man ved ikke præcis, hvad der ligger bag denne stigning, men det hævdes ofte, at nedlæggelsen af psykiatriske sengepladser har været medvirkende årsag. De færre senge kan betyde, at flere mennesker med psykisk sygdom i en kritisk fase befinder sig ude i samfundet med mulighed for at begå kriminalitet. Nedlæggelsen af sengepladser kan dog ikke med rimelighed ses som årsag til den øgede kriminalitet. Reduktionen af antallet af sengepladser er derimod en konsekvens af den behandling af psykiske lidelser, som efterhånden er udviklet. Det er en behandling, som overvejende foregår uden for sygehuset, mens borgerne bor i deres bolig og færdes i deres lokalområde.

Imidlertid er udviklingen på det retspsykiatriske område fortsat, efter at antallet af sengepladser har stabiliseret sig, distriktspsykiatrien er udbygget, der er etableret flere ambulante forløb, der er kommet nye op-søgende teams, og psykiatrien har i det hele taget fået tilført betydelige ressourcer. Figur 5.8 viser, at antallet af foranstaltningsdomme er vokset, og denne vækst har været en del større end væksten i lovovertrædelser generelt. Man må derfor regne med, at der også er andre årsager end de færre sengepladser bag den øgede kriminalitet, og der er det nærliggende at pege på det øgede stofmisbrug som en af faktorerne.

FIGUR 5.8

Udviklingen i foranstaltningsdomme og domme i alt, indeks 1995 = 100. 1995-2004. Indeksværdier.



Kilde: Førtidspensioner: Psykisk sygdom og kriminalitet. Socialministeriet 2006.

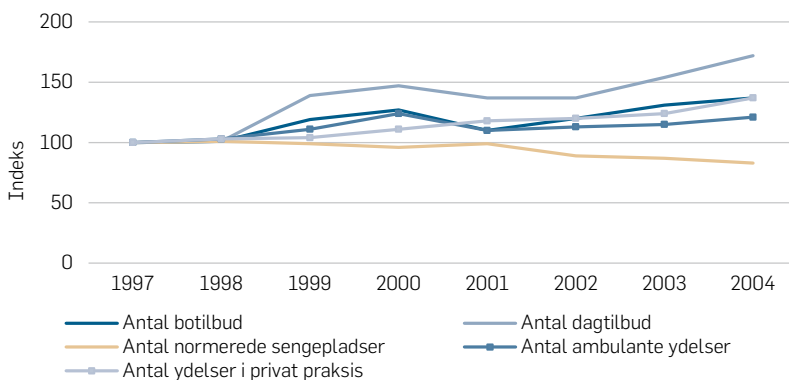
Antallet af behandlingsdømte udgjorde i 2004 0,8 pct. af de samlede domme for kriminalitet, men 6 pct. af den personfarlige kriminalitet. Skønt tallet absolut set var stigende i det foregående tiår, holdt det sig på en nogenlunde konstant andel af kriminaliteten. Psykisk syge fik hver ottende dom for drab. Det kommer sikkert bag på mange, at de havde et væsentligt lavere tilbagefald til kriminalitet på kun 14 pct. mod 39 pct. for andre dømte. Dømte har generelt et lavere uddannelsesniveau end befolkningen generelt, men psykisk syge, der dømmes, har et endnu lavere uddannelsesniveau: Blandt dem har kun 23 pct. mere end en ungdomsuddannelse, hvor det gælder 40 pct. blandt andre dømte.

Væksten i behandlingsdømte, som man tager sig af i den sociale sektor, har i tiåret 1995-2004 været en firdobling af tallet i den amtslige socialpsykiatri og en femdobling i den kommunale socialpsykiatri. Det er en del mere end de 68 pct., antallet af mennesker med behandlingsdom er vokset.

Der har givetvis manglet sociale tilbud til en stor gruppe sindslidende i 80'erne og 90'erne. I årene omkring 2000 skete en udbygning af socialpsykiatrien. Figur 5.9 viser, at denne udvikling (illustreret via antal bo- og dagtilbud) har været en del stærkere end udviklingen i psykiatrien (illustreret via antal normerede sengepladser, ambulante ydelser og ydelser til privat praksis) i perioden 1997-2004.

FIGUR 5.9

Udviklingen af tilbud inden for socialpsykiatrien og psykiatrien, indeks 1997 = 100. 1997-2004. Indeksverdier.



Kilde: Førtidspensioner: Psykisk sygdom og kriminalitet. Socialministeriet 2006.

Alt i alt ses der en stor stigning i antallet af behandlingsdomme, som bl.a. har betydet en stigning i antallet af folk med behandlingsdom, som behandles inden for socialpsykiatrien. Dermed har det betydet større behov på dette område. Baggrunden for væksten kan både skyldes en definitiv udvikling i forhold til, hvornår man vælger at give socialpsykiatriske behandlinger, en faglig udvikling, som har leveret ny viden om bedre behandlingsmetoder, og generel udvikling i samfundsopfattelsen af, hvem der bør behandles og hvordan.

ERHVERVET HJERNESKADE

Apopleksi og traumatisk hjerneskade er de to største årsager til erhvervet hjerneskade. Der var i alt ca. 9.500 indlæggelsesforløb på grund af traumatisk hjerneskade og tilgrænsende lidelser i 2009 og ca. 12.500 indlæggelsesforløb med apopleksi. En medicinsk teknologivurdering⁴³ fra 2011 anfører, at især patienterne med indlæggelsesforløb på 14 dage og derover har behov for efterfølgende rehabilitering. Tabel 5.4 viser, hvordan indlæggelserne fordeler sig på kortere og længere forløb.

TABEL 5.4

Indlæggelser for apopleksi, hjerneskader mm. fordelt efter indlæggelsestid. 2009. Antal.

	< 7 dage	7-13 dage	14-27 dage	28+ dage
Apopleksi	8.295	2.410	1.291	765
Traumatiske hjerneskader	1.423	348	334	328
Tilgrænsende lidelser	4.164	1.208	863	706

Kilde: Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen 2011.

I alt 4.287 indlæggelsesforløb i 2009 er på 14 dage eller mere. Deraf er de 1.799 på 28 dage eller mere. Det fremgår endvidere af Sundhedsstyrelsens teknologivurdering, at 1.649 af forløbene på 14 dage og mere er personer under 65 år, mens 2.638 er personer over 65 år. Der er således en klar overvægt af ældre mennesker.

Ser man på de rigtig lange indlæggelsesforløb, er forholdet mellem aldersgrupperne imidlertid mere lige. Af de 1.799 indlæggelsesforløb

43. Sundhedsstyrelsen (2011): Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdokumentation, 2011; 13(1).

på 28 dage eller mere er 806 personer under 65 år, mens 993 er personer over 65 år.

Teknologivurderingen anfører imidlertid, at også en stor del af patienterne med kortere indlæggelsestider vil have behov for rehabilitering. Eksperterne fra projektgruppen, der har stået for teknologivurderingen, anslår derfor, at det må være noget i retning af 6-8.000 personer årligt, der har behov for rehabilitering efter disse sygdomme.

Der er ikke tale om vækst i antallet af patienter med disse sygdomme. Det nye er, at man siden 1980'erne rehabiliterer i større omfang og i de seneste 10 år også er begyndt at etablere særlige botilbud til denne gruppe.

REFORMER

I dette kapitel ser vi nærmere på reformen af førtidspensionen omkring årtusindskiftet samt den seneste kommunalreform. Dette er to blandt flere eksempler, der viser, hvordan administrative og politiske forandringer, konkretiseret via reformer, påvirker udviklingen i aktiviteten i forbindelse med de specialiserede sociale ydelser.

REFORM AF FØRTIDSPENSIONEN 1998-2003

I 1980'erne blev der tilkendt et meget stort antal førtidspensioner, og da undersøgelser viste en ganske betydelig forskel fra kommune til kommune i andelen af tilkendelser, selv efter at der var taget hensyn til, at forholdene var forskellige, indledte man i 1990'erne en gradvis reform af førtidspensionen. Den mest afgørende forandring skete i 1998, da tilkendelseskompetencen for alle førtidspensioner overgik fra de tidligere revaliderings- og pensionsnævn til kommunerne. Processen blev afsluttet med en ny lov i 2003.

Reformen betød et kraftigt fald i antallet af nytilkendelser af førtidspension. Disse faldt fra et niveau på omkring 27.000 om året først i 90'erne til et niveau på omkring 15.000 i årene efter 2000. Langt den største del af dette fald så man i årene 1995-1998, hvorefter antallet af

nytilkendelser har stabiliseret sig. Det er altså først og fremmest den kommunale kompetence på området, der har frembragt faldet, og samtidig er kommunerne også de myndigheder, der har mulighed for at anvende alternativer til pension.

Anledningen til hele denne reformproces var som sagt undersøgelser, der viste, at kommunerne havde meget forskellig praksis, som man ikke kunne påvise nogen baggrund for. Selv efter at der var taget højde for alle relevante forhold, førtidspensionerede mange kommuner fire gange så mange mennesker, som mange andre kommuner gjorde. Man skulle derfor synes, der var et potentiale for at reducere antallet af tilkendelser i nogle af de førstnævnte kommuner.

Det viste sig imidlertid, da det store fald i antallet af tilkendelser i 2000 var sket, at det ikke først og fremmest var kommuner med mange pensionstilkendelser, som reducerede antallet af disse. Tværtimod, de kommuner, der i forvejen havde haft de lavere niveauer af tilkendelser, havde reduceret deres tilkendelser *mere* end de kommuner, der i forvejen havde haft de højere niveauer – også når man tog hensyn til andre faktoreres mulige betydning. Forskellene mellem kommunerne var dermed blot blevet endnu større. Udviklingen illustreres af tabel 6.1, som bygger på Den Sociale Ankestyrelses modelberegninger. Der er en tydelig sammenhæng, som er klart signifikant.

TABEL 6.1

De 275 gamle kommuner fordelt efter niveauet for tilkendelse af førtidspensioner i 1992 og udviklingen heri i perioden 1992-2000. Antal.

	Kommuner, hvor der er sket en større reduktion af antallet af tilkendelser end gennemsnitligt	Kommuner, hvor der er sket en mindre reduktion af antallet af tilkendelser end gennemsnitligt
Kommuner, der i 1992 havde et relativt lavt antal tilkendelser af førtidspension	81	60
Kommuner, der i 1992 havde et relativt højt antal tilkendelser af førtidspension	46	88

Kilde: Steen Bengtsson: Kommunestørrelsens betydning. SFI-rapport 04:01.

Alt tyder på, at der også i de nye kommuner er betydelig forskel på, hvor forholdsmæssig hyppigt der førtidspensioneres. Ankestyrelsens nyhedsbrev om førtidspensioner tager således stadig temaet kommunal variation i tilkendelse af førtidspension op og påviser senest en stor variation i 2008. 18 af de nye kommuner har et stort antal tilkendelser, både før,

man tager hensyn til de sociale forhold, og efter. Mange af disse kommuner ligger i periferien (også kaldet Udkantsdanmark), men her er der dog mindst lige så mange kommuner med færre tilkendelser.

Alt i alt viser reformen af førtidspensionssystemet, som inkluderede en ændring af tilkendelseskompetencen, at dette kan påvirke udgifterne på området.

KOMMUNALREFORMEN 2007

Kommunalreformen skabte en opdeling af psykiatrien i en såkaldt behandlingspsykiatri (eller bare psykiatri), der ligger i regionen, og en socialpsykiatri, som kommunen fik mulighed for at overtage. Det har kommunerne i stort omfang gjort. Et af formålene hermed kan have været at have en vis kontrol med udgifterne.

Fra 1976 var psykiatrien en rent amtslig opgave, men i løbet af 1990'erne fik kommunen også en rolle med at drive bosteder og dagtilbud, og i samme årti fik disse sociale tilbud til mennesker med sindslidelse betegnelsen "socialpsykiatri" – et begreb, som ikke kendes uden for Danmark⁴⁴. Der er tale om sociale tilbud, men betegnelsen kan opfattes, så den antyder, at der også er tale om en indsats, der medvirker til at helbrede personen for sin sygdom. Der har fra forskellig side været sat spørgsmålstegn ved, om den administrative opdeling mellem psykiatrien og socialpsykiatrien er hensigtsmæssig. Noget tyder på, at denne opdeling eller kommunalreformen i øvrigt har haft betydning for aktiviteten på området⁴⁵. Hvis vi ser på antallet af påbegyndte ambulante forløb i regionerne, finder vi, at forløbet før og efter 2007 er meget forskelligt. Siden 2000 ses en vækst i påbegyndte ambulante forløb. For 2008 er tallet pludselig meget stort. Figur 6.1 viser alle påbegyndte ambulante forløb 1999-2009.

Den samlede vækst fra 2004-2006 er på 5 pct. Derimod er den samlede vækst fra 2006-2008 på hele 48 pct., og det meste heraf sker fra

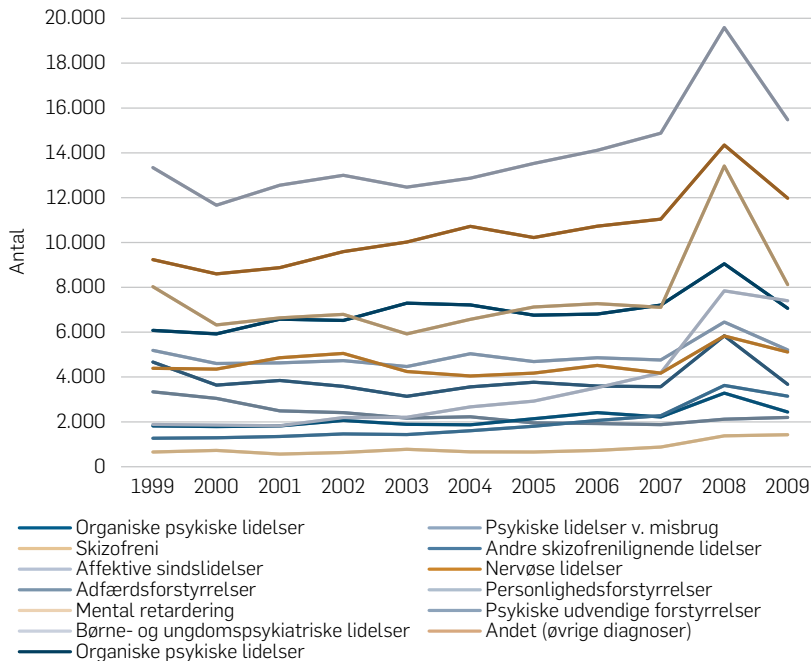
44. Bengtsson, S. (2011): *Danmark venter stadig på sin psykiatireform*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 11:30. Samt artikel i Rafael Lindqvist (red.): *Från reformintention till lokal praxis – hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd i Norden*. Göteborg: NHV.

45. Siden denne rapport blev skrevet, er emnet blevet behandlet langt mere udførligt i Madsen, M.H., A. Hvenegaard & E. Klausen Fredslund (2011): *Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger*. København: Dansk Sundhedsinstitut.

2007-2008. Der er tydeligvis sket en markant ændring af aktiviteten efter kommunalreformen. Ændringerne i 2004-2006 og 2006-2008 ses på søjlediagrammet, figur 6.2, som indekstal, dvs. 100 betyder uforandret.

FIGUR 6.1

Alle påbegyndte ambulante forløb, 1999-2009. Antal.

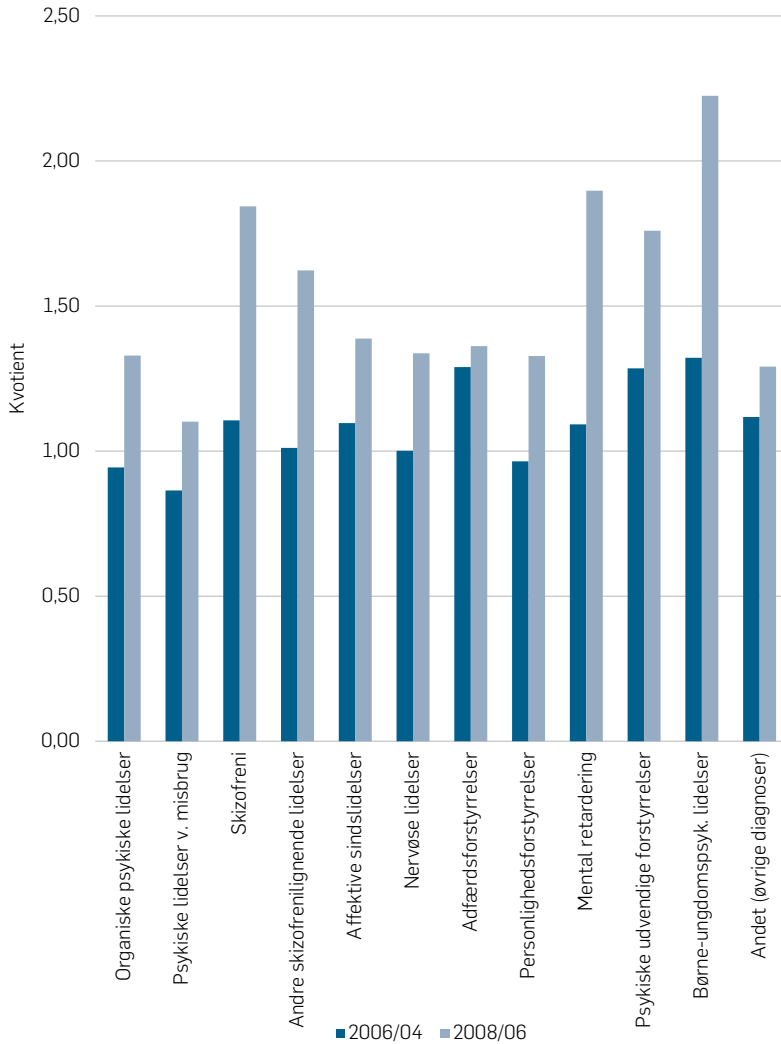


Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

Det fremgår af statistikken, at denne aktivitetsforøgelse ikke sker, fordi der pludselig bliver diagnosticeret flere mennesker med de pågældende diagnoser. Der er nemlig ikke flere påbegyndte nye ambulante forløb efter kommunalreformen (tabel 6.2 og figur 6.3).

FIGUR 6.2

Alle påbegyndte ambulante forløb i 2006 og 2008, for hvert af årene sat i forhold til antallet 2 år tidligere. Kvotient.



Kilde: Psykiatrisk Centralregister 2010.

TABEL 6.2

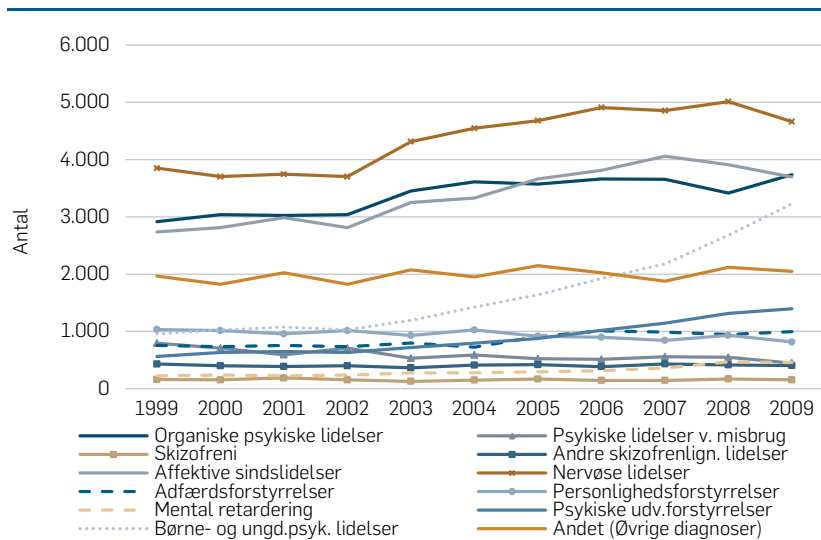
Tilvækst i antal påbegyndte ambulante forløb i alt og antal påbegyndte førstegangsforløb. 2004-06 og 2006-08. Procentuel vækst.

	Ambulante forløb i alt		Førstegangsforløb	
	2004-2006	2006-2008	2004-2006	2006-2008
Organiske psykiske lidelser	-6	33	1	-7
Psykiske lidelser ved misbrug	-14	10	-13	7
Skizofreni	11	84	-4	17
Andre skizofrenilignende lidelser	1	62	-7	8
Affektive sindslidelser	10	39	15	3
Nervøse lidelser	0	34	8	2
Adfærdsforstyrrelser	29	36	39	-6
Personlighedsforstyrrelser	-4	33	-12	4
Mental retardering	9	90	14	49
Psykiske udviklingsforstyrrelser	29	76	28	29
Børne- og ungdomspsykiatriske lidelser	32	122	35	39
Andet (øvrige diagnoser)	12	29	4	5
Påbegyndte ambulante forløb i alt	5	48	9	6

Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

FIGUR 6.3

Antal ambulante forløb påbegyndt af nye patienter. 1999-2009. Antal.



Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

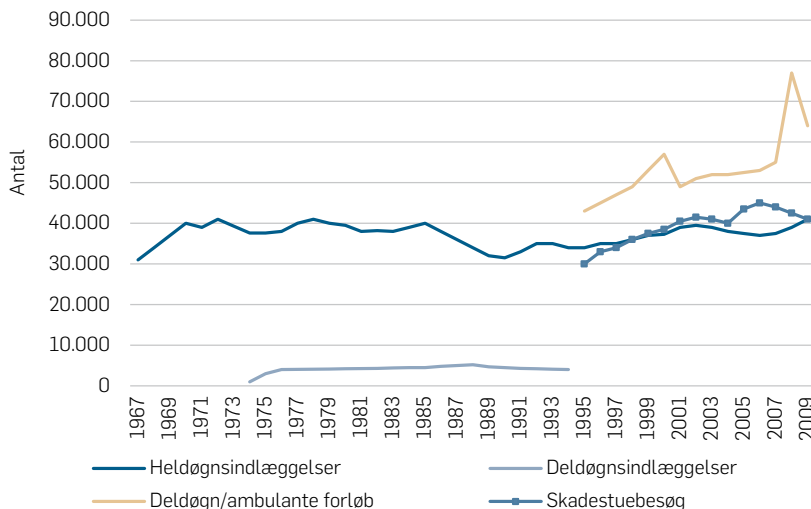
Der kommer altså ikke mange flere patienter ind i det psykiatriske system. Man giver sig derimod til at behandle de patienter, man allerede kender.

For affektive sindslidelser ser vi dog siden 2002 en meget stor vækst, som ender med en tredobling af antal påbegyndte ambulante forløb.

Betragtes udviklingen på det psykiatriske område over en længere periode, ses det, at antallet af heldøgnsindlæggelser på 1 år har været omkring 40.000 lige siden 1960'erne. Reduktionen i antallet af psykiatriske sengepladser har fundet sted ved at gøre den enkelte indlæggelse kortere. Derimod er der sket en vækst i antallet af ambulante forløb, som gik langsomt gennem 10 år og derefter steg ganske brat fra 2007-2008, figur 6.4.

FIGUR 6.4

Antal heldøgnsindlæggelser, deldøgnsindlæggelser, påbegyndte ambulante forløb samt skadestuebesøg af personer på 15 år eller derover. 1967-2009. Antal.

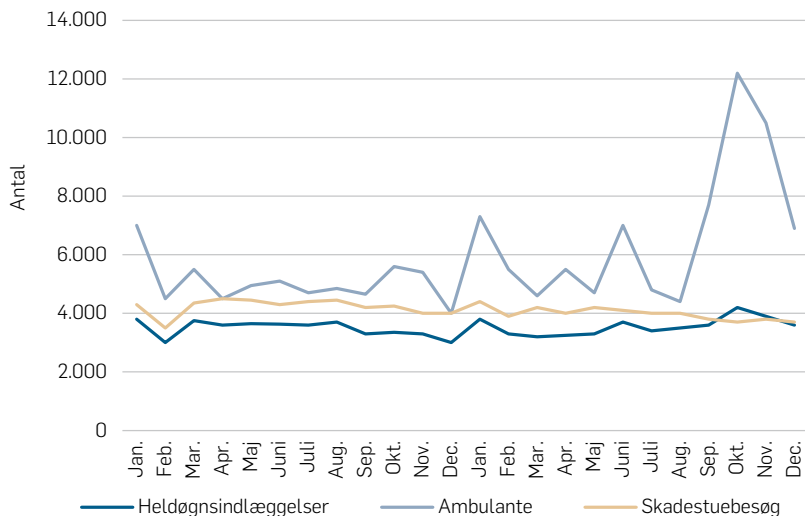


Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

Den konstaterede vækst i påbegyndte ambulante forløb er ikke startet, lige efter at reformen trådte i kraft. Der er gået 1 år, før der begyndte at ske noget, og mere end halvandet år, før man rigtig har sat noget i gang. Udviklingen på figur 6.5 viser, at man tidligere med mellemrum har startet et lidt større antal ambulante forløb end det sædvanlige, men i slutningen af 2008 er det blevet til et ekstraordinært stort antal. I 2009 er niveauet dog kun lidt højere, end det var i 2007.

FIGUR 6.5

Antal døgnsindlæggelser, påbegyndte ambulante forløb samt skadestuebesøg for personer på 15 år eller derover. 2007 og 2008. Antal.



Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

Der er grund til at tro, at påbegyndte ambulante forløb vil sætte en efterspørgsel i gang efter socialpsykiatriske tilbud. Det drejer sig ikke om nye behov, for de mennesker har hele tiden været der og formentlig hele tiden haft brug for den struktur, som en boform, et dagtilbud eller en beskyttet arbejdsplads ville kunne give dem. Men det er en efterspørgsel, som på grund af patienternes deltagelse i de ambulante forløb kanaliseres frem til systemet, så sagsbehandlere bliver præsenteret for den.

Tabel 6.3 viser antallet af påbegyndte ambulante forløb og deldøgnsindlæggelser fordelt efter aktionsdiagnose, mens tabel 6.4 viser antallet af påbegyndte førstegangskontakter ved de ambulante forløb og deldøgnsindlæggelser, ligeledes fordelt efter aktionsdiagnose.

TABEL 6.3

Antal påbegyndte ambulante forløb og deldøgnsindlæggelser, fordelt efter aktionsdiagnose. 1999-2009. Antal.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Organiske psykiske lidelser	6.078	5.922	6.577	6.521	7.293	7.214	6.759	6.810	7.207	9.052	7.063
Psykiske lidelser v. misbrug	3.337	3.045	2.489	2.414	2.169	2.224	1.951	1.922	1.876	2.117	2.194
Skizofreni	8.027	6.325	6.637	6.795	5.921	6.576	7.122	7.275	7.109	13.412	8.125
Andre skizofrenilignende lidelser	4.664	3.639	3.845	3.580	3.137	3.558	3.770	3.598	3.570	5.838	3.675
Affektive sindslidelser	13.343	11.663	12.554	13.001	12.467	12.867	13.524	14.110	14.874	19.585	15.478
Nervøse lidelser	9.233	8.601	8.878	9.595	10.024	10.719	10.221	10.731	11.043	14.350	11.974
Adfærdsforstyrrelser	1.816	1.786	1.817	2.064	1.891	1.867	2.136	2.408	2.220	3.280	2.438
Personlighedsforstyrrelser	5.186	4.599	4.628	4.728	4.466	5.039	4.688	4.861	4.758	6.454	5.206
Mental retardering	657	723	565	633	773	662	657	723	876	1.372	1.426
Psykiske udv. forstyrrelser	1.270	1.293	1.344	1.460	1.436	1.602	1.805	2.059	2.276	3.623	3.149
Børne- og ungdomspsyk. lidelser	1.880	1.853	1.827	2.186	2.203	2.666	2.922	3.524	4.184	7.840	7.403
Andet (øvrige diagnoser)	4.385	4.351	4.860	5.050	4.242	4.042	4.172	4.517	4.172	5.832	5.117
I alt	61.117	55.027	56.854	58.778	56.810	59.783	60.279	62.811	64.618	93.169	73.348

Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

TABEL 6.4

Antal påbegyndte førstegangskontakter ved ambulante forløb og deldøgnsindlæggelse, fordelt efter aktionsdiagnose. 1999-2009. Antal.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Organiske psykiske lidelser	2.917	3.038	3.024	3.038	3.453	3.613	3.574	3.661	3.657	3.415	3.738
Psykiske lidelser v. misbrug	793	707	590	707	531	587	522	511	556	547	445
Skizofreni	159	153	187	153	127	149	167	143	144	168	153
Andre skizofrenilign. lidelser	430	399	387	399	364	411	419	384	432	415	403
Affektive sindslidelser	2.738	2.811	2.985	2.811	3.251	3.330	3.661	3.813	4.059	3.911	3.697
Nervøse lidelser	3.852	3.703	3.745	3.703	4.314	4.548	4.680	4.910	4.855	5.013	4.663
Adfærdsforstyrrelser	756	732	754	732	796	725	910	1.009	986	944	994
Personlighedsforstyrrelser	1.033	1.014	956	1.014	929	1.025	915	897	842	930	816
Mental retardering	223	239	224	239	274	276	293	314	360	468	457
Psykiske udv. forstyrrelser	563	633	648	633	718	794	875	1.019	1.143	1.315	1.394
Børne- ungdoms psyk. lidelser	957	1.027	1.077	1.027	1.194	1.422	1.639	1.923	2.178	2.680	3.230
Andet (Øvrige diagnoser)	1.964	1.822	2.023	1.822	2.073	1.950	2.146	2.024	1.877	2.120	2.048
I alt	16.385	16.278	16.600	16.278	18.024	18.830	19.801	20.608	21.089	21.826	22.038

Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

DSI-UNDERSØGELSEN

Dansk Sundhedsinstitut (DSI)⁴⁶ har lavet en undersøgelse om væksten på det psykiatriske område i perioden 2000-2008. Den viser, at antallet af indlagte patienter har været konstant i perioden, antallet af ambulante patienter er steget med godt 15 pct., mens antallet af patienter, der kun modtager behandling (typisk distriktspsykiatri), er steget med 65 pct.

Ikke-psykotiske lidelser er med 52 pct. den største gruppe, og antallet er steget med 53 pct. i perioden. De tre patientgrupper, der er vokset mest, er patienter med adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser (derunder ADHD), patienter med nervøse og stressrelaterede tilstande og patienter med affektive lidelser (typisk depression). Mere alvorlige lidelser og lidelser, som er kombineret med ADHD, fylder meget i arbejdet i kommunernes socialforvaltninger, mens mindre alvorlige lidelser også betyder meget for jobcentrene, idet personer med mindre alvorlige lidelser også modtager sygedagpenge og kontanthjælp.

Antallet af patienter med psykotiske lidelser er steget med 14 pct. i perioden 2000-2008. Det er en stigning, som udelukkende ligger i ambulante behandling, mens antallet af patienter, der indlægges, er faldet. Det betyder, at mange patienter med skizofreni og lignende lidelser i dag er i deres egen bolig og i andre almindelige omgivelser, også i perioder hvor de er meget dårlige og stærkt afhængige af hjælp. Det betyder igen et større træk på socialpsykiatrien.

Den løbende omlægning af behandlingen fra sengeafdeling til ambulant og distriktspsykiatri betyder voksende behov for kommunal indsats. Det er imidlertid en udfordring for systemet, at en anden behandlingsform samtidig betyder en flytning af ansvaret til en anden instans. Det gør det yderst vanskeligt at vurdere, om en behandling er den mest rationelle alt i alt.

Det er dog ikke sikkert, at opdelingen i psykiatri og socialpsykiatri er den mest optimale måde at organisere behandlingssystemet på. Psykiatrien er ekspanderet det seneste tiår, og måske er der brug for en reform, sådan som man har set det i Sverige og Norge⁴⁷? En reform kan

46. Madsen, M.H., A. Hvenegaard & E. Klausen Fredslund (2011): *Opgaved udvikling på psykiatriområdet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger*. København: Dansk Sundhedsinstitut.

47. Bengtsson, S. (2011): *Danmark venter stadig på sin psykiatireform*. København: SFI – Det Nationale forskningscenter for Velfærd, 11:30.

betyde bedre behandling, men vil formentlig også synliggøre et større behov, end det nuværende system gør.

USTYRLIGHED OG STYRING

Siden den første kommunalreform i 1970 har dansk forvaltning været præget af reformer. Forsøget med frikommuner og de Sociale Udviklings Midler i 80'erne satte gang i en projektkultur, som for alvor slog igennem i 90'erne. Denne "bottom-up"-tendens blev efterhånden modsvaret af en "top-down"-reformbølge: fælles sprog på ældreområdet, ældreråd, servicedeclarationer og en lovgivning, som gik i detaljer med retssikkerhed og procedurer. Formålet har været at sikre borgerne, men er det også, hvad disse har oplevet?

TABEL 6.5

Borgernes mening om kommunens behandling af deres sag. 20-60-årige mennesker med handicap. 1995 og 2006. Procent.

Kritikpunkter af kommunens sagsbehandling	1995	2006	Procentvise-udvikling
Kommunen var ikke villig til at betale	56	33	- 23
Indsatsen var ikke koordineret	57	48	- 9
Kommunen informerede ikke om rettigheder	41	45	+ 4
Kommunen manglede ekspertise	36	42	+ 6
Der var for mange forskellige sagsbehandlere	25	33	+ 8
Sagsbehandlingstiden var for lang	37	45	+ 8

Kilde: Materialer til SFI's handicapsurveys 1995 og 2006.

Årene 1995-2006 var blandt de år, hvor der skete flest af de tiltag, der skulle sikre borgerne en god og korrekt behandling. Tabel 6.5 viser, hvordan respondenterne i SFI's handicapsurveys i 1995 og 2006 har registreret udviklingen. Spørgsmålene om sagsbehandling er besvaret af mennesker med handicap, som har haft sager med kommunen.

Der er en klar oplevelse af, at kommunen er mere villig til at betale for de ydelser, mennesker med handicap har brug for, efter de 11 år. Der er også et ret klart billede af, at man oplever indsatsen som mere koordineret. Fra andre undersøgelser ved vi, at koordinering af indsatsen er et af de største problemer for mennesker med handicap. Alt i alt ser vi da også, at tilfredsheden med sagsbehandlingen er steget. Det er imidlertid kun marginalt og så lidt, at det ikke er signifikant.

Hvad er det så, folk med handicap oplever mindre af? De oplever mindre information om rettigheder, og at kommunen mangler ekspertise. Det er vel at mærke efter, at mange sagsbehandlere har været på kurser om handicap, og oprettelsen af en masteruddannelse og Den Uafhængige Konsulenttjeneste for Handicapområdet er foregået i mellemtiden mellem de to undersøgelser.

Personer med handicap oplever endvidere, at de har for mange forskellige sagsbehandlere, og at sagsbehandlingstiden er for lang. Og det er efter, at der i mellemtiden er kommet lovgivning om retssikkerhed, servicedeclarationer og i det hele taget meget mere fokus på, hvordan borgerne bliver behandlet af det offentlige – blandt andet på baggrund af de ret negative resultater om sagsbehandlingen i 1995-surveyen.

Forhåbentlig er administrationerne blevet klogere i forbindelse med kommunalreformen 2007. Der er i hvert fald iværksat et arbejde om takstudvikling, incitamentsstrukturer og regler på det specialiserede socialområde med en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra Finansministeriet, KL og Socialministeriet⁴⁸. Gruppen skal bl.a. se på rammeaftaler, prisdannelse, takstfastsættelse samt køb og salg af tilbud mellem kommuner, regioner og private leverandører. Dette arbejde har foreløbig affødt en analyse af en række konkrete tilbud⁴⁹.

Andre har også bidraget til at analysere de mange problemer, som dette område indeholder, som især har med den hastige aktivitetsudvikling at gøre. Vi kan her nævne AKF's analyse af den specialiserede sociale indsats efter kommunalreformen⁵⁰ og Bogasons undersøgelse af tale-, høre- og synsinstitutionerne⁵¹.

48. Finansministeriet (2010): Analyse af takstudviklingen og incitamentsstrukturer på det specialiserede socialområde. København: Finansministeriet.

49. Deloitte (2010): Analyse af udvalgte tilbud på det specialiserede socialområde. København: Finansministeriet, Socialministeriet, KL og Danske Regioner 2010.

50. Bonfils, I.S. & N.P. Berger (2010): *Kommunalreformen og specialiserede tilbud på handicapområdet år 2009*. København: AKF Forlaget.

51. Bogason, P. (2009): *Strukturreformen og kommunikationscentre*. Bogason Consulting.

LOVGIVNING, SOM DÆKKER FLERE BEHOV

HANDICAPKONVENTIONEN

Den FN-konvention, som Danmark tilsluttede sig i 2009, handler om rettigheder for mennesker med handicap. Denne tankegang blev indtil for godt 10 år siden af de fleste her i landet, inklusive folk fra handicaporganisationerne, betragtet som fremmed for dansk handicappolitik. Vi skal derfor starte afsnittet med kort at pege på de traditioner, der har præget dansk handicappolitik.

Hans Knudsens⁵² arbejde for at give fysisk handicappede mulighed for selvforsørgelse var verdenskendt i første del af 1900-tallet. K.K. Steincke⁵³, der var socialminister i 30'erne, fik gruppen ind under det, der dengang kaldtes ”værdig trængende”. Steincke mente til gengæld, at der skulle gøres noget for at begrænse problemet. Disse ting danner baggrund for, at Danske Handicaporganisationer i 1934 etableres som den første organisation af denne art i verden.

I anden del af 1900-tallet har vi Bank-Mikkelsens⁵⁴ tanker om integration og sektoransvar. Det sidste er blevet hovedprincip for handi-

52. Hans Knudsen var en præst, som efter sin afgang i 1872 gjorde en banebrydende indsats for at skabe serios beskæftigelse til mennesker med handicap.

53. K.K. Steincke stod bag socialreformen i 1933.

54. Niels Erik Bank-Mikkelsen var styrelseschef i Åndssvageforsorgen og gjorde et stort arbejde for, at vilkårene for mennesker med udviklingshæmning blev forbedret.

cappolitikken med Det Centrale Handicapråd 1980 og handicapråd i kommunerne i 2007. Desuden har vi H.C. Seierup, som med sin socialreform i 1970'erne fik indført et udstrakt offentligt ansvar for den enkelte.

I forhold til disse meget forskellige tanker var der hos mange en frygt for, at rettigheder kunne reducere den brede tilslutning, som politikken havde. Den frygt er stor set forsvundet i løbet af det seneste årti, hvor retssikkerhed i det hele taget er kommet mere i centrum.

I relation til konventionen vurderer Holger Kallehaug⁵⁵, at Danmark er godt med, hvad angår sociale ydelser. Derimod kan konventionen få væsentlig betydning på områderne tilgængelighed, rehabilitering, integration på arbejdsmarkedet og forbud mod enhver form for diskrimination. Statens Byggeforskningsinstitut vurderer⁵⁶, at kravet om universelt design vil få betydning, fordi dette begreb indebærer langt mere end begrebet tilgængelighed.

Det nærmere indhold af FN's handicapkonvention er som følger:

- Konventionen beskytter ikke alene mennesker med fysiske, sansemæssige og intellektuelle funktionsnedsættelser, men også mennesker med psykiske funktionsnedsættelser, dvs. sindslidende, som altså betragtes som mennesker med handicap på linje med de førstnævnte grupper (det fremgår af handicapkonventionens artikel 1). Sindslidende har således efter konventionen samme rettigheder som handicappede. I forhold til dansk administrativ praksis må det betegnes som en forandring.
- Der skelnes mellem to typer rettigheder: borgerlige og politiske rettigheder, som træder i kraft straks ved konventionens ratifikation og økonomiske, sociale og kulturelle rettigheder, som skal gennemføres, efterhånden som det bliver realistisk (artikel 4).

Hvad er det så, vi skal regne med, det bliver nødvendigt at foretage sig, for at dansk lovgivning og implementeringen af denne kommer i overensstemmelse med konventionen?

Med hensyn til lovgivning er der én ting, der springer i øjnene, og det er handicappedes rettigheder som forældre. Artikel 23 siger blandt andet, at: ”Deltagerstaterne skal yde passende bistand til personer med handicap ved disses udførelse af deres pligter som opdragere af børn”,

55. Kallehaug, H. (2005): En FN-konvention om handicaprettigheder. *Hjernesagen* nr. 4, 2005.

56. Pressemeddelelse 13.10.2009. www.sbi.dk.

og ”et barn må under ingen omstændigheder adskilles fra sine forældre på grund af, at enten barnet eller den ene eller begge forældre har et handicap.”

Denne artikel vil kræve ny dansk lovgivning, idet serviceloven i dag ikke giver mulighed for at yde bistand til mennesker med handicap med det formål, at de kan udfylde deres rolle som forældre⁵⁷.

Artikel 25 handler om lighed med hensyn til sundhedsydelse. I den forbindelse må man pege på, at undersøgelser viser, at blinde mennesker med bevægelseshandicap, sindslidende og udviklingshæmmede ofte har helbredsproblemer, der kan ses som delvis følge af deres handicap dog uden at være nødvendige følger.

Artikel 25 vil blive udlagt sådan, at der kræves en ekstra indsats af sundhedssystemet i disse forbindelser, fx for at blinde kommer til at spise sundere og dyrke mere motion, og for at udviklingshæmmede kommer til at spise sundere.

For nogle grupper med dobbelt problematik mangler der tilbud, som kan rumme disse grupper. Det gælder fx mennesker med udviklingshæmning og sindslidelse.

Artikel 26-27 handler om rehabilitering og beskæftigelse. SFI's undersøgelser siden 2002 viser, at der i Danmark er den fornødne lovgivning, der er brug for at opnå en højere grad af beskæftigelse af mennesker med handicap, men at kendskabet til den og anvendelsen af den lader noget tilbage at ønske. Det ser ud, som om det er indsatsen over for den enkelte med vejledning og former for tilbud, fx med jobcoach til rådighed, der er det svage punkt.

Artikel 24 handler om uddannelse. Her må man pege på, at nogle nyere undersøgelser viser, at specialundervisningen herhjemme ikke fungerer alt for godt⁵⁸.

Artiklerne 18-20 handler om fri bevægelighed. Her er det et spørgsmål om fortolkning, om man vil sige, at der er fri bevægelighed for mennesker med personlig hjælperordning, hvis en ny kommune, som personen flytter til, måske når til en anden konklusion end fraflytningskommunen. Endvidere kan man spørge, om der i realiteten er fri bevægelighed for unge, når SFI's handicapundersøgelse 2006⁵⁹ viser, at bolig-

57. Center for Ligebehandling af Handicappede (2009): ”Forældre med funktionsnedsættelse – og deres børn”. *Nyhedsmagasinet Lighedstegn* nr. 3, 2009.

58. *Uddannelsesresultater og -mønstre for børn og unge med handicap*. Capacent 2009.

59. Bengtsson, S. (2008): *Handicap og samfundsdeltagelse 2006*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 08:18.

ændringer er meget sjældne i 20-30-års-alderen – en alder, hvor unge i almindelighed flytter mere end andre grupper. Dette spørgsmål behandles af den igangværende EU-støttede undersøgelse, ANED. Det ventes, at man her vil konkludere, at der på dette punkt mangler fri bevægelighed for handicappede med personlig hjælperordning i Danmark.

Artiklerne 14-17 handler om integritet, herunder vold og misbrug. I den forbindelse må man pege på, at Servicestyrelsens undersøgelser viser, at vold og misbrug er forekommet over for mennesker med handicap⁶⁰. Det er dog vanskeligt at afgøre, om det er forekommet hyppigere over for mennesker med handicap end over for andre grupper, og det er vel kun i det tilfælde, der er tale om ulige behandling.

Der er en række områder, som man må formode, at de kommunale handicapråd vil tage op og få bragt i orden. Her kan man fx nævne artikel 11 om, at beredskabet ved katastrofer skal tage højde for handicap, artikel 9 om tilgængelighed, som konventionens definitioner udvider til universelt design, og artikel 30 om adgang til kultursteder.

I forhold til handicapkonventionen er der grund til særligt at se på to grupper, gruppen af udviklingshæmmede og gruppen af sindslidende. I de fleste lande har man hidtil været længere fra konventionens krav på disse to felter, end man har på andre handicapområder. Derfor kan man forvente, at der i de kommende år vil komme særlig fokus på rettighedssituationen på disse to områder, hvilke kan betyde flere sociale indsatser for at opfylde konventionens krav.

En af de ting, handicapkonventionen lægger op til, er fortsat af-institutionalisering. Forening af forældre til børn med udviklingshæmning, LEV, ser det som en mulighed for, at det vil udvikle og styrke beboernes selvstændighed og dermed deres evne til i højere grad at klare sig selv⁶¹. Det lyder meget rigtigt. Man skal imidlertid være opmærksom på, at det ikke nødvendigvis automatisk omsættes i mindre behov for støtte. Hvis der ikke er en klar styring, kan en sådan gevinst hurtigt opsuges i andre aktiviteter.

Gruppen af sindslidende ændrer med handicapkonventionen i forvaltningssammenhæng status fra at have været en gruppe blandt andre ”udsatte” – som fx stofmisbrugere og hjemløse – til at blive en gruppe handicappede. Det er så nyt, at man endnu ikke har set nogle konse-

60. Bjerre, L. & M.L. Jørgensen (2002): *Vold mod kvinder med handicap*. Formidlingscenter Øst.

61. Mail fra LEV, den 12.10.2010.

kvenser af det, men man kan godt forestille sig, at det med tiden vil føre til, at der kommer højere standarder på sindslidelsesområdet.

Handicapkonventionen kan således ses som et eksempel på en faktor, der kan medvirke til en ændring af lovgivning og praksis. En række af de krav, som konventionen indebærer, vil blive opfattet som behov, som den sociale indsats skal imødekomme. Konventionens artikler 27 og 28 danner således udgangspunkt for et notat om økonomiske levevilkår fra Det Centrale Handicapråd⁶².

62. Center for Ligebehandling af Handicappede (2010): *Økonomiske levevilkår for personer med funktionsnedsættelse*. Baggrundsnotat – bilag til DCH møde 3/2010.

UFORKLAREDE FAKTORER

Der er nogle fænomener, der er i stigning, uden at nogen egentlig kan forklare, hvor den stigning kommer fra. Det gælder fx diagnoser som ADHD og Aspergers syndrom. Der er mange forskellige opfattelser af udviklingen. Opfattelserne går bl.a. på, at det er fænomener, som altid har præget mennesker, men hvor tolerancen er blevet mindre, over, at det er *potentialer*, vi altid har haft, som fremmes af tidens kultur og livsførelse, og til, at det skyldes den kemi, som vi har forsynet naturen med gennem mange år eller belastninger i øvrigt i fostertilstanden fx som følge af rygning eller for tidlig fødsel. Alle disse ting kan være rigtige. Hvad der end er tale om, er det givet, at der er voksende problemer, som det er svært at rumme inden for de almindelige rammer. Her ser vi mest på ADHD.

ADHD

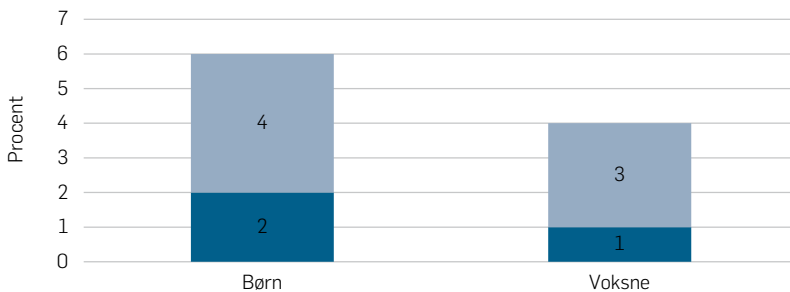
Omkring 25.000 personer modtager medicinsk behandling for ADHD⁶³ (opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse), men det reelle tal for,

63. Lægemedelstyrelsen (2010): "Mere end tidobling i antallet af personer i behandling med medicin mod ADHD på 10 år." Offentliggjort d. 29.3.2010 på internettet. Tilgængelig på: <http://laegemiddelstyrelsen.dk/~media/FA941C6EB3C34160A9EF105017EB15F5.ashx>

hvor mange danskere der har sygdommen, er langt højere. Således vurderes det, at omkring 2-6 pct. af alle skolebørn har ADHD, mens 1-3 pct. af den voksne befolkning har ADHD-lignende symptomer⁶⁴. ADHD rammer, ifølge flere forskere, drenge tre gange så hyppigt som piger⁶⁵, dog med det forbehold, at denne forskning har haft fokus på netop de symptomer, som især drenge udvikler.

FIGUR 8.1

Estimerede forekomster af personer med ADHD hos henholdsvis børn og voksne. Procent.



Kilde: Christoffersen og Hammen (2011).

ADHD er en medfødt udviklingsforstyrrelse, som bl.a. fører til koncentrationsbesvær og ukontrolleret impulsivitet. ADHD behøver dog ikke kun at omfatte hyperaktivitet, men også *hypoaktivitet*, hvor uopmærksomhed og en udbredt indelukthed er særlige karakteristika. Udviklingen i ADHD-diagnosen har betydet, at langt flere børn diagnosticeres med sygdommen end tidligere. Samtidig udvikles diagnosen hele tiden, hvilket har den konsekvens, at flere og flere personer vil kunne opfylde kriterierne for at få stillet diagnosen⁶⁶. Det skyldes især, at diagnosen tidligere var koncentreret om de symptomer, som børn med ADHD udviklede, mens der de seneste år i højere grad er blevet fokuseret på de symptomer, som knytter sig til voksne. Det må derfor forventes, at vi også i

64. ADHD-foreningen (2006): "Voksne med ADHD". Tilgængelig på: <http://adhd.dk/fileadmin/dokumenter/voksne/Pjece-voksneADHD.pdf>.

65. Sundhedsstyrelsen (2007): "Referenceprogram for angstlidelser hos voksne". Tilgængelig på: http://www.sst.dk/publ/Publ2007/PLAN/SfR/SST_Angstrapport_web.pdf, s. 13.

66. Sundhedsstyrelsen (2007): "Referenceprogram for angstlidelser hos voksne". Tilgængelig på: http://www.sst.dk/publ/Publ2007/PLAN/SfR/SST_Angstrapport_web.pdf, s. 103.

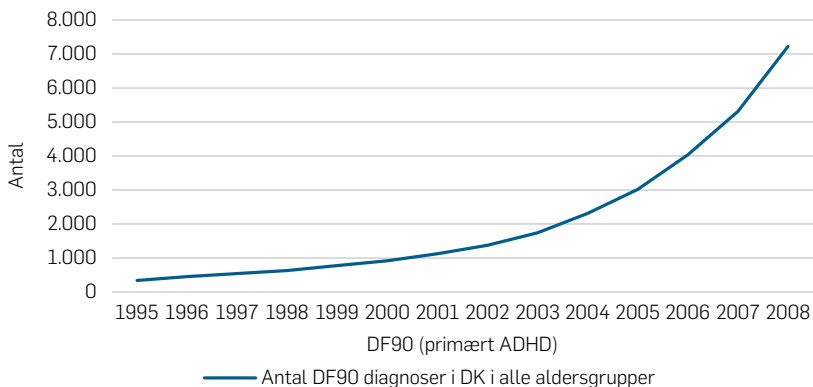
de kommende år vil opleve et stigende antal personer med ADHD i Danmark, hvilket igen vil kræve flere ressourcer til området.

Medicinsk behandling af ADHD kan ikke stå alene, og derfor er især kommunale sociale tilbud en nødvendighed for, at behandlingen foregår optimalt. Hos børn gælder det især hjælp og støtte i forhold til skolegang og familieliv. Hos unge og voksne drejer det sig om hjælp til at finde og gennemføre den rette uddannelse eller et job samt støtte og hjælp til at klare hverdagen med hensyn til de problematikker, som sygdommen fører med sig. Hos mellem 50-75 pct. af de børn, som får stillet diagnosen ADHD, vil sygdommen følge dem ind i voksenlivet⁶⁷.

Der stilles stadig flere diagnoser inden for gruppen DF90, hvor ADHD er placeret (figur 8.2). En beregning viser, at væksten på over 2.000 pct. er *mere end* eksponentiel! Det vides dog ikke, om den er fortsat siden 2008.

FIGUR 8.2

Antal heldøgnspatienter og ambulante kontakter med DF90 (hyperkinetiske forstyrrelser, derunder ADHD) som seneste diagnose. 1995-2008. Antal.



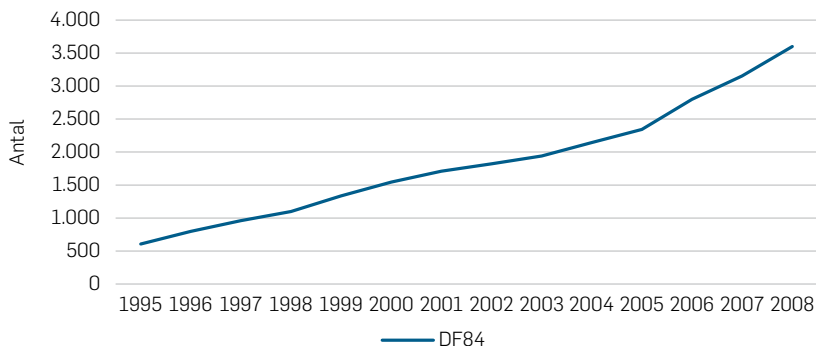
Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

Der stilles ligeledes flere og flere diagnoser inden for autismspektret, DF84 (figur 8.3). Her er væksten mere jævn, men som vist i figur 8.3 er stigningen alt i alt på 800 pct. gennem perioden.

67. Sundhedsstyrelsen (2007): "Referenceprogram for angstlidelser hos voksne". Tilgængelig på: http://www.sst.dk/publ/Publ2007/PLAN/SfR/SST_Angstrapport_web.pdf, s. 13.

FIGUR 8.3

Antal heldøgnspatienter og ambulante kontakter med DF84 (gennemgribende udviklingsforstyrrelse, dvs. autismespektrumforstyrrelser) som seneste diagnose. 1995-2008. Antal.



Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

STOR STIGNING I ANTALLET AF PERSONER I MEDICINSK BEHANDLING

Ifølge en rapport fra Lægemiddelstyrelsen er antallet af personer i medicinsk behandling for ADHD steget fra 2.129 personer i 2000 til 24.743 personer i 2009. Det er en stigning på 1.162 pct.⁶⁸ Af de børn, som startede behandling i 2009, var 73 pct. drenge. Antallet af nye personer i behandling er størst hos drenge i 8-10-års-alderen og hos piger i 16-20-års-alderen. Ud af de ca. 25.000 danskere, som medicineres mod sygdommen, vil en stor del have brug for socialpsykiatriske og andre sociale tilbud, som kommunen udbyder. Udviklingen i antallet af medicinerede for ADHD vidner om den enorme efterspørgsel og det stigende behov, der er for tilbud på området.

Ifølge ADHD-foreningen⁶⁹ er antallet af diagnosticeringer for lavt i forhold til, hvor mange personer der reelt set burde behandles for sygdommen. Forklaringen skal bl.a. findes i de vanskeligheder, der opstår i forbindelse med selve diagnosticeringen, men også i, at symptomer på

68. Lægemiddelstyrelsen (2010): "Mere end tidobling i antallet af personer i behandling med medicin mod ADHD på 10 år". Offentliggjort 29-3-2010. Tilgængelig på: http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/db/filarkiv/7849/ADHD_notat.pdf.

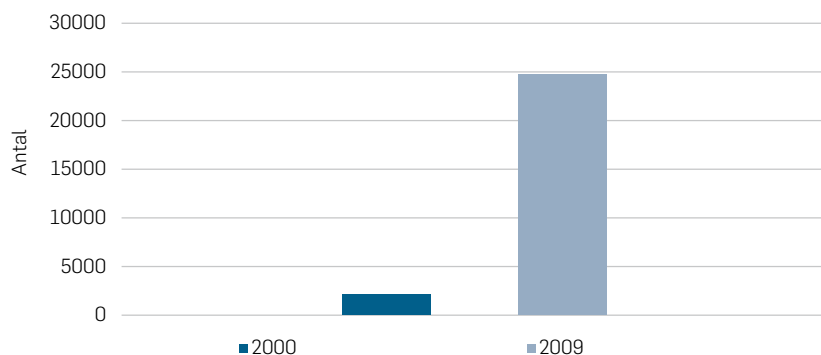
69. Sundhedsstyrelsen (2007): "Referenceprogram for angstlidelser hos voksne." Tilgængelig på: http://www.sst.dk/publ/Publ2007/PLAN/SfR/SST_Angstrapport_web.pdf, s 103.

ADHD i mange tilfælde forveksles med symptomer på andre psykiske lidelser, som fx angst, depression og stress. Det betyder fx, at sygdommen hos mange voksne aldrig opdages⁷⁰.

FIGUR 8.4

Antal personer i medicinsk behandling mod ADHD. Særskilt for 2000 og 2009.

Antal.



Kilde: Lægemiddelstyrelsen.

Kommunerne griber ADHD meget forskelligt an. SFI har netop foretaget en kortlægning af ADHD-indsatsen⁷¹. Den viser, at mens der nogle steder næsten ikke gøres noget, er der andre steder mange forskellige typer indsatser og projekter.

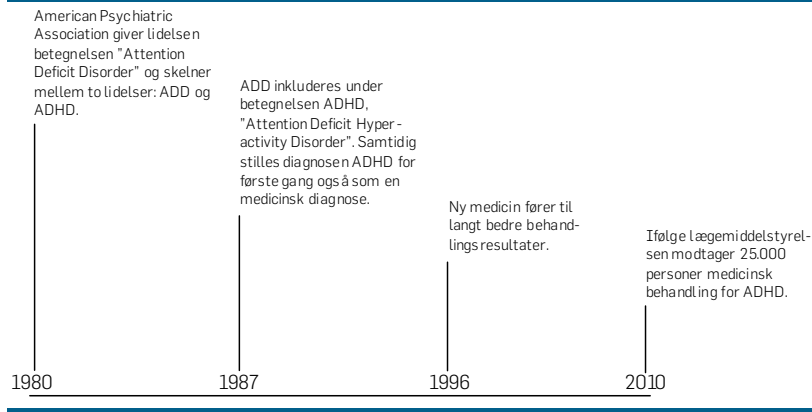
Kortlægningen er baggrund for en indsats fra Socialstyrelsen. Den fokuserer på ADHD-indsatsen i kommunerne, beskriver ”good practice” og skaber i det hele taget bevidsthed om problematikken.

70. Sundhedsstyrelsen (2007): ”Referenceprogram for angstlidelser hos voksne.” Tilgængelig på: http://www.sst.dk/publ/Publ2007/PLAN/SfR/SST_Angstrapport_web.pdf, s. 103.

71. Bengtsson, S., W. Alim, H. Holmskov, A. Lund (2011): *Den sociale indsats til mennesker med ADHD. En kortlægning*. København: SFI – Det Nationale forskningscenter for Velfærd, 11:17.

FIGUR 8.5

ADHD-tidslinje



BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN

På området børne- og ungdomspsykiatri er der en voksende aktivitet. Den kan til dels relateres til den udredningsgaranti, der trådte i kraft på dette område i august 2008. Men udredningsgarantien er ikke den eneste årsag. Der var allerede en udvikling i gang inden 2008, og man havde længe været klar over, at der var behov for en større indsats på dette felt.

Henvisningsprojektet om børne- og ungdomspsykiatrien⁷² har blandt andet haft til formål at få afdækket årsagerne til det stigende antal henvisninger i børne- og ungdomspsykiatrien. Rapporten nævner – ud over det simple faktum, at børneårgangene er blevet større – fem mulige årsager:

De første to grunde relaterer sig til behovets størrelse og udvikling. For det første peger undersøgelser på, også i andre lande, at antallet af børn og unge med psykiske problemer overstiger de 0,9 pct., som børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark tager sig af i dag. For det andet stilles der større krav til børns sociale kompetencer i børnehaver og skoler, sådan som disse fungerer i dag.

De sidste tre grunde, der opregnes, relaterer sig alle til behandlingssystemer og det forhold, at behandling af psykiske sygdomme er

72. Rambøll Management i samarbejde med Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland (2008): *Henvisningsprojektet i børne- og ungdomspsykiatrien*. Rapport, februar 2008.

mere almindeligt i dag end tidligere. Personalet er blevet opkvalificeret, så det identificerer flere psykiske sygdomme, forældre og fagpersoner i sundhedssektoren er mere opmærksomme på psykisk sygdom, og kommunerne efterspørger i større omfang en diagnose.

Hvor mange har egentlig en behandlingskrævende psykisk sygdom? En landsdækkende undersøgelse af 5.000 børn ved skolestart i 30 kommuner i 1989⁷³ fandt på baggrund af forældrenes vurderinger, at 7 pct. havde alvorlige psykiske problemer, der krævede en eller anden form for behandling eller støtte. Alvorlige psykiske problemer er selvfølgelig ikke det samme som psykisk sygdom, men resultatet illustrerer, at der er et betydeligt grænseområde. Tilgangen til dette grænseområde vil betyde meget for det behov for behandling, man vil have på det børne- og ungdomspsykiatriske felt.

En mere lægefaglig undersøgelse 10 år senere af 316 børn på 8-9 år, hvor der indgik diagnostiske interview⁷⁴, estimerer en prævalens på 12 pct. af børnepsykiatrisk sygdom. Der var oprindeligt inviteret 751 børn til at deltage, hvorfor de børn, der faktisk deltog, kan have udgjort et skævt udvalg. Men selv hvis næsten alle de børn, der ikke deltog, var psykisk raske, må prævalensen have været på mindst 5 pct. Vi er altså stadig et godt stykke over de 0,9 pct.

I det ovennævnte henvisningsprojekt refereres der flere andre undersøgelser, og et 12 år gammelt review opgør gennemsnittet af de fundne prævalenser til 8 pct. for førskolebørn, 12 pct. for skolebørn og 15 pct. for teenagere⁷⁵.

73. Madsen M., A. Lindahl, P. Bjerregaard & M. Osler (1991): *Børns sundhed ved skolestart 1988/89*. København: Dike.

74. Petersen D.J. & N. Billenbergh (2003): "Forekomsten af børnepsykiatriske sygdomme hos danske 8-9-årige børn". *Ugeskrift for Læger*, 165/40.

75. Roberts, R.E., C.C. Attkisson & A. Rosenblatt (1998): "Prevalence of Psychopathology Among Children and Adolescents". *American Journal of Psychiatry*, 155:6.

OPSAMLING

Denne rapport afdækker nogle faktorer, som påvirker aktiviteten på det specialiserede socialområde. Eksemplerne inden for dette område viser, hvordan forskellige faktorer kan påvirke aktiviteten på området, og understreger, at både behovsbetinget udvikling, faglig-teknologisk udvikling og politisk-administrativ udvikling kan påvirke udviklingen.

Den demografiske udvikling med flere i den ældste aldersgruppe samt befolkningstilvæksten generelt betyder sandsynligvis en behovsbetinget øget efterspørgsel efter specialiserede sociale ydelser i et fremadrettet perspektiv. Udviklingen i befolkningens adfærd – forstået som sundhedstilstand og kultur – påvirkes af definatoriske ændringer (fx ændring af handicapbegrebet og fremkomsten af stressforståelsen), som påvirker omfanget af efterspurgte og udbudte ydelser på det specialiserede socialområde. Men også ændringer i behovene i befolkningen samt af befolkningens adfærd har betydning (fx i form af stigende omfang af stofmisbrug).

Konsekvenser af behandling og af sociale indsatser ses også som en faktor, der kan påvirke aktivitetsniveauet. Her spiller især den faglig-teknologiske udvikling ind (fx kan nye behandlingsmuligheder i forbindelse med for tidlig fødsel og barnløshed fordele nye behov for sociale indsatser, men reducere andre). Ligeledes kan udviklingen af behand-

lingsmetoder og indsatser påvirke aktivitetsniveauet. Her spiller også både definatoriske afgrænsninger og nye eller andre behov en rolle.

Udvikling i det administrative system, eksemplificeret via to reformer, viser sig også at kunne påvirke aktivitetsniveauet på det specialiserede socialområde. Førtidspensionsreformen af 2003, som indebar en ændring af tilkendelseskompetencen, peger i retning af en ændring i antallet af tildelte førtidspensioner. Også kommunalreformen af 2007 påvirkede udbuddet af ydelser i form af en ændring i antallet af ambulante forløb i det psykiatriske system. Disse ændringer i det administrative system skyldes ikke ændring i definatoriske rettigheder til specifikke ydelser eller et ændret behov i befolkningen, men nærmere ændret administrativ praksis.

Endvidere har vi i rapporten illustreret, hvordan lovmæssige ændringer kan påvirke aktiviteten på det specialiserede socialområde. Dette blev eksemplificeret med FN's handicapkonvention, som Danmark ratificerede i 2009. Konventionen specificerer specifikke forhold for borgere med handicap, som sandsynligvis påvirker praksis i forhold til de danske udbud af ydelser inden for det specialiserede socialområde.

BILAG

BILAG 1 LISTE OVER SFI-MATERIALE PÅ OMRÅDET

IKKE-PUBLICERET MATERIALE:

HANDICAPYDELSER 2007-2010 (STEEN BENGTTSSON)

Forskelle mellem kommuner i brug af handicapydelse, udviklingen i anvendelsen af handicapydelse. Endnu ikke analyseret materiale.

BØRN MED HANDICAP OG DERES FAMILIER (STEEN BENGTTSSON)

Sammenhæng mellem social belastning og handicap. Viser, at der er en stærk social gradient i det at få et barn med handicap.

PUBLICERET MATERIALE:

ADHD-INDSATSER (MOGENS CHRISTOFFERSEN). SFI 11:14

Udviklingen i ADHD. Former for indsats i forhold til ADHD.

SOCIALE INDSATSER TIL MENNESKER MED ADHD (STEEN BENGTTSSON M.FL.). SFI 11:17.

Kommunernes foranstaltninger i forhold til ADHD. Hvad gøres der? Hvor stor forskel er der mellem kommunerne i mængden af og former for indsats i forhold til ADHD. Betydningen af diagnosen.

STIGMA OG PSYKISKE LIDELSER (CHARLOTTE BREDAHL M.FL.)

Den danske befolknings syn på mennesker med sindslidelser. Hvordan synet på gruppen varierer med køn, alder, uddannelse, beskæftigelse, det, at man har erfaringer med personer med sindslidelse, eventuelt i sin vennekreds eller familie, eller egne erfaringer.

BLINDE BØRN – INTEGRATION ELLER ISOLATION. (STEEN BENGTTSSON M.FL.). SFI 10:16.

BLINDE OG STÆRKT SVAGSYNEDE. BARRIERER FOR SAMFUNDSDELTAGELSE. (STEEN BENGTTSSON M.FL.). SFI 10:17.
Færre og færre voksne blinde får uddannelse og job. Enkeltintegrationen af blinde børn får som regel som konsekvens, at de ikke får forudsætningerne for integration i samfundet som voksne.

DANMARK VENTER STADIG PÅ SIN PSYKIATRIREFORM (STEEN BENGTTSSON). SFI 11:30
Hvordan ændrede behandlingsformer skaber større behov for socialpsykiatri. Væksten i antal personer med angst og depression kom i de samme år, som man udbyggede distriktspsykiatrien, det vil sige, da man fik mulighed for at behandle dem.

SAMMENBRUD I ANBRINGELSER AF UNGE. (TINE EGELUND M.FL.). SFI 10:06.
Cirka hver tredje anbringelsesforløb afbrydes uplanlagt. Årsagerne skal ofte findes i institutionernes håndtering af de unge. Mange anbringelsessteder afbryder forløbet på grund af de unges utilpassede opførsel, hvilket er et paradoks, da disse uheldige vaner i de fleste tilfælde netop er grunden til anbringelsen. Dyre behandlingsforløb vælges tit fra. Undersøgelsen anbefaler ikke, at antallet af anbringelser nedjusteres. For mange af de unge vil hjembringelse forværre behandlingsforløbet i alvorlig grad.

BESKYTTET BESKÆFTIGELSE. EN KORTLÆGNING (STEEN BENGTTSSON & NURI CAYUELAS). SFI 09:09.
Stigning i antal sindslidende i beskyttet beskæftigelse. En fordobling af antallet gennem de seneste 2 år. Støttet beskæftigelse (Supported Employment) er en ny form for arbejdsmarkedsintegration for mennesker med handicap, som gør, at en ny gruppe vil kunne klare et job. Det kan formentlig svare sig samfundsøkonomisk, men vil i første omgang betyde udgifter for kommunen.

SÆRLIGE DAGTILBUD TIL BØRN EFTER § 32 (STEEN BENGTTSSON M.FL.).

SFI 09:29.

Behov for pladser til ADHD-, autisme-, adfærdsvanskelige børn. Brugen af serviceloven i forhold til dagtilbudsloven. Hvis området samles i én lov, må man vente en tendens til, at man går over til mere integrerede grupper og enkeltintegration.

HANDICAPPEDES BESKÆFTIGELSE SIDEN 2002 (JAN HØGELUND M.FL.).

SFI 06:24, 09:05.

Stigning til 2006, senere fald i beskæftigelsen. Der er dog stor usikkerhed i at vurdere beskæftigelsen af mennesker med handicap ud fra surveyundersøgelser af den størrelse, vi har til rådighed.

UDVIKLINGEN AF HANDICAP (JAN HØGELUND). SFI 09:21.

Mange af dem, der havde handicap i 1995, fungerer bedre i 2008, men flere dårligere. Blandt beskæftigede i 1995 har de med reduceret handicap større jobchancer i 2008. Men blandt ubeskæftigede i 1995 er der ikke denne sammenhæng. De er ikke kommet i job, selv om de har fået det bedre.

ANBRAGTE BØRNS SUNDHED OG SKOLEGANG (MAI HEIDE OTTOSEN & PERNILLE SKOVBO). SFI 08:21.

Anbragte børn er ofte udviklingshæmmede eller har diagnoser som ADHD eller sammensatte diagnoser, og det ofte i kombination med en socialproblematik.

UDSATTE BØRNEFAMILIER I DANMARK. (METTE LAUSTEN M.FL.). SFI 10:14.

Rapporten identificerer fem risikofaktorer, som i særlig grad forøger risikoen for, at et barn har brug for en form for foranstaltning. Derudover er der sket en ændring i, hvor de udsatte børnefamilier er bosat. Der er især kommet forholdsmeæssigt flere udsatte børnefamilier i land- og udkantkommunerne fra 1993-2007, mens bykommuner i hovedstaden har fået færre.

RUMMELIGHEDENS RAMMER. (MAJA ROSENSTOCK M.FL.). SFI 04:22.
Mennesker med psykisk funktionsnedsættelse er meget sjældnere i job end mennesker med fysisk funktionsnedsættelse.

HANDICAP SURVEY 1995 (STEEN BENGTSSON)
Antal mennesker, der har handicap af forskellige typer. Tallene herfra kan sammenlignes med den senere tilsvarende undersøgelse.

HANDICAP SURVEY 2006 (STEEN BENGTSSON)
Folk hører bedre i 2006, men alligevel behandles flere og flere for hørehandicap. Mange flere mennesker har fået handicap, der har med brug af hænderne at gøre. Skriveskader kan blive en ny bombe under arbejdssikkerheden.

VIRKSOMHEDERS SOCIALE ENGAGEMENT 2011 (LARS BRINK THOMSEN, M.FL.). SFI RAPPORT 11:43
SFI har siden 1998 gennemført årlige målingsundersøgelser med det overordnede formål at følge udviklingen i henholdsvis virksomhedernes deltagelse i det sociale engagement og at følge udviklingen i lønmodtagernes vurdering af virksomhedernes sociale engagement.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2011

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 11:01 Liversage, A., Jakobsen, V. & Rode Hansen, I.: *"Det var ikke nemt, men jeg klarede det!" Interviewundersøgelse med etniske minoritetskvinder om uddannelse.* 156 sider. ISBN: 978-87-7119-000-7. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 11:02 Filges, T. & Holt, H.: *AC-arbejdskraft i den vestlige del af Region Midtjylland. Muligheder og barrierer.* 96 sider. ISBN: 978-87-7119-001-4. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:03 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H., Heiner Schmidt, L. & Aaquist, M.: *Forebyggende foranstaltninger 5-9 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 3.* 184 sider. ISBN: 978-87-7119-002-1. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 11:04 Jacobsen, J. & Lindstrøm, M.: *Lokal integration af fortidspensionister.* 110 sider. ISBN: 978-87-7119-003-8. Vejledende pris: 110 kr.
- 11:05 Deding, M. (red.): *Forskning om tvang i misbrugsbehandling. En kortlægning foretaget af SFI Campbell.* 110 sider. ISBN: 978-87-7119-004-5. Netpublikation.

- 11:06 Oldrup, H., Lindstrøm, M. & Korzen, S.: *Vold mod førskolebørn. Praksis og barrierer for opsporing og underretning*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-005-2. Netpublikation.
- 11:07 Christensen, E.: *Væk fra Grønland. Udsatte grønlandere, der er flyttet til Danmark med deres børn*. 88 sider. ISBN: 978-87-7119-006-9. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:08 Brink Thomsen, L. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2010*. 140 sider. ISBN: 978-87-7119-007-6. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 11:09 Bengtsson, S., Hansen, H. & Røgeskov, M.: *Børn med en funktionsnedsættelse og deres familier. Den første kortlægning i Norden*. 108 sider. ISBN: 978-87-7119-008-3. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 11:10 Vitus, K. & Kjær, A.A.: *PSP-samarbejdet. En kortlægning af PSP-Frederiksberg, Odense, Amager og Esbjerg*. 201 sider. ISBN: 978-87-7119-009-0. Netpublikation.
- 11:11 Graversen, B.K.: *Tættere på arbejdsmarkedet? Om effektmåling af beskæftigelsesindsatsen for ikke-arbejdsmarkedsparate ledige*. 78 sider. ISBN: 978-87-7119-010-6. e-ISBN: 978-87-7119-048-9. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 11:12 Andersen, D., Thomsen, R., Langhede, A.P., Albæk Nielsen, A. & Toft Hansen, A.: *Skolernes samarbejde. Kortlægning af skolernes kontakt med kommunale forvaltninger og andre institutioner*. 249 sider. ISBN: 978-87-7119-011-3. Netpublikation.
- 11:13 Larsen, M., Bach, H.B. & Ellerbæk, L.S.: *55-70-åriges forbliven på arbejdsmarkedet. Adfærd, forventninger, aftaler og kendskab til regler*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-012-0. e-ISBN: 978-87-7119-045-8. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 11:14 Christoffersen, M.N. & Hammen, I.: *ADHD-indsatser. En forskningsoversigt*. 129 sider. ISBN: 978-87-7119-013-7. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 11:15 Oldrup, H., Korzen, S., Lindstrøm, M. & Christoffersen, M.N.: *Vold mod børn og unge. Hovedrapport*. 95 sider. ISBN: 978-87-7119-014-4. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:16 Rostgaard, T., Bjerre, L., Sørensen, K. & Rasmussen, N.: *Omsorg og etnicitet. Nye veje til rekruttering og kvalitet i ældreplejen*. 207 sider. ISBN: 978-87-7119-015-1. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 11:17 Bengtsson, S., Alim, W., Holmskov, H. & Lund, A.: *Sociale indsatser til mennesker med ADHD. En kortlægning*. 166 sider. ISBN: 978-

- 87-7119-017-5. e-ISBN: 978-87-7119-040-3. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 11:18 Böcker Jakobsen, T., Langhede, A.P. & Sørensen, K.: *Lige muligheder – støtte til udsatte børn og unge. Evalueringsrapport 1: Beskrivelse af igangsatte forsøgsprojekter*. 87 sider. ISBN: 978-87-7119-016-8. Netpublikation.
- 11:19 Albæk, K. & Brink Thomsen, L.: *Er kvindesag lavtlønsfag? En analyse af sammenhængen mellem løn og andelen af kvinder i enkelte arbejdsfunktioner*. 97 sider. ISBN: 978-87-7119-018-2. Vejledende pris: 97,00 kr.
- 11:20 Knudsen, L. & Egelund, T.: *Effekter af slægtspleje. Slægtsanbragte børn og unges udvikling sammenlignet med plejebørn fra traditionelle plejefamilier*. 161 sider. ISBN: 978-87-7119-019-9. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 11:21 Kofod, J., Dyrvig, T.F., Markwardt, K., Lagoni, N., Bille, R., Termansen, T., Christiansen, L., Toldam, E.J. & Vilshammer, M.: *Prostitution i Danmark*. 395 sider. ISBN: 978-87-7119-020-5. Vejledende pris: 390,00 kr.
- 11:22 Brink Thomsen, L. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse i 2010. Regionale Forskelle*. 68 sider. ISBN: 978-87-7119-021-2. e-ISBN: 978-87-7119-022-9. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 11:23 Amilon, A.: *Supplerende arbejdsmarkedspension. Hvorfor vælger eller fravalger førtidspensionister ordningen?* 92 sider. ISBN: 978-87-7119-023-6. e-ISBN: 978-87-7119-024-3. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:24 Christensen, E. & Hansen, H.: *Den sociale indsats for børn og unge i Grønland. Kortlægning af aktiviteterne 2011*. 44 sider. ISBN: 978-87-7119-025-0. e-ISBN: 978-87-7119-026-7. Vejledende pris: 40,00 kr.
- 11:25 Lyk-Jensen, S.V., Weatherall, C.D., Heidemann, J., Damgaard, M. & Glad, A.: *Soldater før og under udsendelse. En kortlægning*. 190 sider. e-ISBN: 978-87-7119-028-1. Netpublikation.
- 11:26 Ottosen, M.H. & Stage, S.: *Dom til fælles forældremyndighed. En evaluering af forældreansvarsloven*. 257 sider. ISBN: 978-87-7119-029-8. e-ISBN: 978-87-7119-030-4. Vejledende pris: 250,00 kr.
- 11:27 Liversage, A. & Leelo Knudsen, L.: *Kvinder i byggefag. En interviewundersøgelse*. 131 sider. ISBN: 978-87-7119-031-1. e-ISBN: 978-87-7119-032-8. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 11:28 Christensen, E. & Hansen, H.: *Kalaallit nunaanni meeqqanut inu-usuttumullu isumaginninnikkuut suliniutit*. 46 sider. ISBN: 978-87-

- 7119-033-5. e-ISBN: 978-87-7119-034-2. Vejledende pris: 40,00 kr.
- 11:29 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H., Vammen, K.S., Schmidt, L.H. & Legendre, A.-C.: *Forebyggende foranstaltninger 10-13 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 4*. 184 sider. ISBN: 978-87-7119-036-6. e-ISBN: 978-87-7119-037-3. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 11:30 Bengtsson, S.: *Danmark venter stadig på sin psykiatrireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier*. 78 sider. ISBN: 978-87-7119-038-0. e-ISBN: 978-87-7119-039-7. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 11:32 Oldrup, H.H. & Vitus, K.: *Indsatser over for udsatte 0-3-årige og deres forældre. En systematisk forskningsoversigt*. 213 sider. ISBN: 978-87-7119-041-0. e-ISBN: 978-87-7119-042-7. Vejledende pris: 210,00 kr.
- 11:33 Bo Madsen, M., Jacobsen, S. & Jensen, S.: *Socialt bedrageri. Et litteraturstudie*. 100 sider. e-ISBN: 978-87-7119-044-1. Netpublikation.
- 11:34 Christoffersen, M.N., Skov Olsen, P., Vammen, K.S., Sander Nielsen, S., Lausten, M. & Brauner, J.: *Tidlig identifikation af kriminalitetstruede børn og unge. Risiko- og beskyttelsesfaktorer*. 207 sider. ISBN: 978-87-7119-046-5. e-ISBN: 978-87-7119-047-2. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 11:35 Fuglsang Olsen, R., Egelund, T. & Lausten, M.: *Tidligere anbragte som unge voksne*. 145 sider. ISBN: 978-87-7119-043-4. e-ISBN: 978-87-7119-051-9. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 11:36 Brink Thomsen, L. & Høgelund, J.: *Køn, Handicap og beskæftigelse i 2010*. 47 sider. e-ISBN: 978-87-7119-053-3. Netpublikation.
- 11:37 Liversage, A. & Gudrun Jensen, T.: *Parallelle retsopfattelser i Danmark. Et kvalitativt studie af privatretlige praksisser blandt etniske minoriteter*. 191 sider. ISBN: 978-87-7119-054-0. e-ISBN: 978-87-7119-055-7. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 11:38 Ottosen, M.H., Stage, S. & Søndergaard Jensen, H.: *Børn i deleordninger. En kvalitativ undersøgelse*. 209 sider. ISBN: 978-87-7119-056-4. ISBN: 978-87-7119-057-1. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 11:39 Jin Pedersen, M., Rosdahl, A., Winther, S.C., Langhede, A.P. & Lynggaard, M.: *Ledelse af folkeskolerne. Vilkår og former for skoleledelse*. 283 sider. e-ISBN: 978-87-7119-058-8. Netpublikation.
- 11:40 Dreyer Espersen, L., Eiberg, M. & Andersen, D.: *Vejle til ungdomsuddannelse 2. Kvalitative interview med skoleledere, lærere, elever og UU-vejledere*. 169 sider. e-ISBN: 978-87-7119-060-1. Netpublikation.

- 11:41 Palmhøj Nielsen, L. & Skov Olsen, P.: *11-åriges trivsel og risiko. Statistiske analyser af 11-åriges trivsel*. 115 sider. ISBN: 978-87-7119-061-8. e-ISBN: 978-87-7119-062-5. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 11:42 Thuesen, F., Tørslev, M.K. & Gudrun Jensen, T.: *Rekruttering og fastholdelse af højtuddannet arbejdskraft. Danmark, Norge, Holland, Storbritannien og Canada*. 244 sider. ISBN: 978-87-7119-063-2. e-ISBN: 978-87-7119-064-9. Vejledende pris: 240,00.
- 11:43 Brink Thomsen, L., Holt, H., Jensen, S. & Thuesen, Frederik: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2011*. 194 sider. ISBN: 978-87-7119-065-6. e-ISBN: 978-87-7119-066-3. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 11:44 Bengtsson, S. & Stigaard, D.L.: *Aktuel skandinavisk og britisk handicapforskning. En kortlægning af miljøer*. 318 sider. ISBN: 978-87-7119-067-0. e-ISBN: 978-87-7119-068-7. Vejledende pris: 310,00 kr.
- 11:45 Lauritzen, H.H., Boje-Kovacs, B. & Benjaminsen, L.: *Hjemløshed i Danmark 2011. National kortlægning*. 148 sider. ISBN: 978-87-7119-069-4. e-ISBN: 978-87-7119-070-0. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 11:46 Stigaard, D.L.: *Fra hjemløshed til egen bolig. Et interviewstudie blandt tidlige hjemløse*. 68 sider. e-ISBN: 978-87-7119-071-7. Netpublikation.
- 11:47 Calmar Andersen, S. & Winter, S.C. (red.): *Ledelse, læring og trivsel i folkeskolerne*. 164 sider. ISBN: 978-87-7119-072-4. e-ISBN: 978-87-7119-073-1. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 11:48 Holt, H. & Larsen, M.: *Kønsopdelt lønstatistik og redegørelse om lige løn. Evaluering af loven*. 118 sider. e-ISBN: 978-87-7119-074-8. Netpublikation.
- 11:49 Brauner, J., Skov Olsen, P. & Egelund, T.: *Muligheder for Dokumentation af anbringelser. En gennemgang af målemetoder*. 168 sider. ISBN: 978-87-7119-076-2. e-ISBN: 978-87-7119-077-9. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 12:01 Lyk-Jensen, S.V., Glad, A., Heidemann, J. & Damgaard, M.: *Soldater efter udsendelse. En spørgeskemaundersøgelse*. 117 sider. e-ISBN: 978-87-7119-075-5. Netpublikation.
- 12:02 Lausten, M., Hansen, H., Mølholt, A.-K., Vammen, K.S. & Legendre, A.-C.: *Forebyggende foranstaltninger 14-17 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 5*. 235 sider. ISBN: 978-87-7119-078-6. e-ISBN: 978-87-7119-079-3. Vejledende pris: 230,00 kr.

- 12:03 Rostgaard, T., Brunner, T.N. & Fridberg, T.: *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen*. 150 sider. ISBN: 978-87-7119-080-9. e-ISBN: 978-87-7119-081-6. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:05 Ellerbæk, L.S. & Høst, A.: *Udlejningsredskaber i almene boliger. En analyse af brugen og effekterne af udlejningsredskaber i almene boligområder*. 258 sider. ISBN: 978-87-7119-084-7. e-ISBN: 978-87-7119-085-4. Vejledende pris: 250,00 kr.
- 12:06 Høgelund, J.: *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte. En litteraturoversigt*. 112 sider. e-ISBN: 978-87-7119-086-1. Netpublikation.
- 12:07 Skovbo Rasmussen, P. & Skov Olsen, S.: *Positiv adfærd i læring og samspil (PALS). En evaluering af en skoleomfattende intervention på 11 pilot-skoler*. 159 sider. ISBN: 978-87-7119-087-8. e-ISBN: 978-87-7119-088-5. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:08 Fridberg, T. & Damgaard, M.: *Frivillige i hjemmeværnet 2011*. 120 sider. ISBN: 978-87-7119-089-2. e-ISBN: 978-87-7119-090-8. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 12:10 Bengtsson, S.: *Vækstfaktorer på det specialiserede socialområde*. 120 sider. ISBN: 978-87-7119-092-2. e-ISBN: 978-87-7119-093-9. Vejledende pris: 120,00 kr.

VÆKSTFAKTORER PÅ DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE

Væksten på det specialiserede socialområde har gennem en årrække været relativt høj, både set i forhold til væksten i samfundet generelt og i forhold til de samlede udgifter til det sociale område. Denne rapport undersøger, hvordan forskellige faktorer påvirker aktiviteten på det specialiserede socialområde. Rapporten afdækker, hvordan udviklingen i befolkningens behov, ændret faglig praksis, teknologiske forbedringer og nye politisk-administrative definitioner og tiltag alle er faktorer, der kan være med til at øge udgifterne til det specialiserede socialområde.

Undersøgelsen har til formål at tegne et billede af vækstfaktorerne på det specialiserede socialområde, så det i højere grad bliver muligt at styre udviklingen og planlægge indsatsen. Rapporten præsenterer viden, som gør det muligt at målrette indsatsen på det specialiserede socialområde, så man bedre kan løse problemerne og få nytte af de midler, der afsættes til området.

Undersøgelsen er baseret på data fra Danmarks Statistik, SFI, Psykiatrisk Centralregister mm. om blandt andet befolkningsvækst, udviklingen i tilbud og i behov.

Undersøgelsen har tidligere været offentliggjort på KL's og SFI's hjemmeside, men udkommer nu i en revideret og udvidet udgave. Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Kommunernes Landsforening.