

04:2011 ARBEJDSPAPIR

STEEN BENGTSSON

VÆKSTFAKTORER

PÅ DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE

FORSKNINGSAFDELINGEN FOR SOCIALPOLITIK OG VELFÆRDSYDELSER

VÆKSTFAKTORER PÅ DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE

Steen Bengtsson

Socialpolitik og velfærdsydelser
Arbejdsrapport 04:2011

SFI's arbejdsrapporter indeholder foreløbige resultater af undersøgelser eller forarbejder til artikler eller rapporter. Arbejdsrapporterne publiceres på hjemmesiden som grundlag for faglig diskussion, der indgår som led i forskningsprocessen. Læseren bør derfor være opmærksom på, at resultater og fortolkninger i den færdige rapport eller artikel vil kunne afvige fra arbejdsrapporten. Arbejdsrapporter er ikke omfattet af de procedurer for kvalitetssikring og redigering, som gælder for instituttets forskningsrapporter.

Vækstfaktorer

på det specialiserede socialområde

Steen Bengtsson

Vækstfaktorer på det specialiserede socialområde

Indhold

- Forord – 3
- Hovedtræk af dynamikken på det specialiserede socialområde - 4
- Indledning - 5
- Mekanismer, der kan påvirke sociale udgifter - 7
- Det specialiserede socialområde - 7

- Demografisk udvikling - 8
 - Befolkningen de næste 10 år efter aldersgrupper - 10*
 - Indvandrere og efterkommere - 12*

- Udviklingen i befolkningens adfærd - 18
 - Voksne med handicap - 18*
 - Børn med handicap - 21*
 - Stress - 22*
 - Stofmisbrug og behandling - 24*
 - Alkohol og tobak - 26*
 - Anbringelser af børn - 28*

- Konsekvenser af behandling og social indsats - 30
 - Downs syndrom - 30*
 - Længere levealder for udviklingshæmmede - 32*
 - Risici ved behandling - 33*

- Udvikling af behandlingsmuligheder og indsatser - 35
 - Behov for hjælpemidler - 35*
 - Mindre invalidering af mennesker med psykisk sygdom - 38*
 - Mere kriminalitet blandt mennesker med psykisk sygdom - 41*
 - Erhvervet hjerneskade - 43*

- Reformer - 44
 - Reform af førtidspensionen 1998-2003 - 44*
 - Kommunalreformen 2007- 45*
 - DSI-undersøgelsen - 49*
 - Ustyrlighed og styring - 50*

- Lovgivning som dækker flere behov - 51
 - Handicapkonventionen - 51*

- Uforklarede faktorer - 54
 - ADHD - 54*
 - Børne- og ungdomspsykiatrien - 56*

- Opsamling - 58
- Liste over SFI-materiale på området - 59
- Noter - 61

Forord

Dette notat beskæftiger sig med væksten i udgifter på de specialiserede sociale områder. Denne vækst har gennem en årrække 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 udgifterne til 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 ses 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 de generelle områder. Men den ulige vækst er fortsat, og der er ikke meget der tyder på, at den overhovedet kan bringes til ophør.

I denne situation har vi hørt udtalelser, som er faldet handicaporganisationerne og Det Centrale Handicapråd for brystet. Det er nærliggende at opfatte den økonomiske problematik således, at det er et spørgsmål om midlerne skal gå til den ene eller den anden gruppe.

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

Når væksten 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 problemerne på den mest hensigtsmæssige måde, eller producerer den måde, vi løser problemerne på, i sig selv uproportionalt store udgifter?

Her når vi ikke så langt, men det må være det næste spørgsmål der skal stilles.

Trods det brede sigte er notatet produceret indenfor 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, men også om, at de næsten alle presser for en øget indsats. Man vurderer gerne disse behov hver for sig, men mangler overvejelser over det billede, den samlede indsats kommer til at tegne.

Undersøgelsen er foretaget april-juni 2010 og er finansieret af Kommunernes Landsforening. Studenterne Jakob Pindstrup Andersen og Helene Jørgensen deltog i første fase og har skrevet enkelte dele af teksten. Maria Rye Dahl har gennemgået manuskriptet kritisk, peget på mangler og kommet med forslag, og dermed givet teksten et løft.

Hovedtræk af dynamikken på det specialiserede socialområde

Det almene socialområde er ydelser, som mange mennesker vil modtage i løbet af deres liv: Børneinstitution, sygedagpenge, kontanthjælp, 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 det sociale område er, at ydelserne er udtryk for solidaritet med dem, der midlertidigt eller varigt har større behov eller mindre midler. Dem har vi et ønske om at støtte, og derfor har vi udviklet velfærdsstaten. 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. Der er behov for at forstå denne dynamik lidt bedre. Et første skridt i en sådan forståelse er en oversigt. Dette notat er en start.

Det viser, at vi finder vækstdynamikken 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
- Stort uopfyldt behov for behandling af psykiske lidelser
- Det gælder især ADHD, Asperger, stress, OCD, spiseforstyrrelser
- Flere muligheder for at behandle psykiske lidelser, også meget alvorlige
- Mere 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 Downs syndrom

De fleste af de nævnte punkter er udtryk for en udvikling, som vi ønsker. Vi overlever bedre, lever længere, kan behandle 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 vi have et overblik over, så vi kan styre det. Det er de følgende sider et første bidrag til.

Indledning

Der har i en længere periode været tale om en vækst i udgifter på de specialiserede sociale områder, 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 disse udgifter bliver større eller mindre. En sådan afdækning vil medvirke til at gøre disse poster mere forudseelige og styrbare.

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 udgiftsudviklingen. Det kan ligge i forskellige dele af dette apparat, og der kan være forskellige baggrunde herfor. Nogle forskellige udgiftsdynamikker er skitseret i nedenstående oversigt:

En udgiftsdynamik kan have sin baggrund i:

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 politikeren)
	Udvikling i befolkning og adfærd	Folks situation eller forudsætninger er ændret
De sociale rettigheder bliver omdefinert		

Udgiftsdynamikken 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). Følgende oversigt viser nogle konkrete mekanismer mere detaljeret. De vil efterfølgende blive uddybet og konkretiseret med eksempler inden for områderne. Ofte skyldes udviklingen i udgifterne til de sociale indsatser et samspil mellem de forskellige faktorer. Fx betyder udviklingen af nye behandlingsmetoder at opfattelsen af, hvad der skal behandles og hvordan, ændres. Dette medvirker igen til et ændret udbud af social indsats og dermed ændrede udgifter.

Oversigt over mekanismer, der kan påvirke sociale udgifter:

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
Uforklaret	Nye diagnoser

Mekanismer, der kan påvirke sociale udgifter

Oversigten viser otte overordnede grunde til, at udgifterne på det sociale område kan vokse eller reduceres. Nogle relaterer sig til udviklinger i behov, nogle til definatoriske udviklinger, andre til faglig-teknologiske udviklinger, og andre igen til politisk-administrative udviklinger.

Fødselstallet har svinget gennem årene, 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, hvilke fordrer nye, mere omfattende eller længerevarende sociale ydelser til at opfylde behovene.

Endvidere kan udviklinger 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 skemaet 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. Jeg skal imidlertid understrege at jeg ikke dermed vil sige, at alle de andre mekanismer er fuldt ud forklaret!

Den følgende tekst bringer eksempler under hver af de ni hovedpunkter. Af oversigten fremgår i alt 20 underpunkter, men det er dog ikke alle disse punkter, der kan belyses her. Umiddelbart bemærker man, at rigtig mange af punkterne har med udvikling af systemet – det faglige og det administrative – at gøre og andre med konsekvenser af indsatsen. Udgiftspresset bunder altså i høj grad i velfærdssamfundets egen indbyggede dynamik.

Det specialiserede socialområde

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

Det almindelige socialområde dækker tilbud om vuggestue og børnehave, støtte og indsatser i forbindelse med arbejdsløshed og sygdom, samt ældrepleje og boliger. Det vil sige de tilbud, som de fleste eller i hvert fald mange mennesker på et tidspunkt får brug for.

Det specialiserede socialområde dækker 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 særforsorgens udlægning og etableringen af Det Centrale Handicapråd i 1980, hvilket var en del af Seierups socialreform i 1970'erne. Princippet har fået en officiel status i kraft af folketingsbeslutning B43 fra 1993.

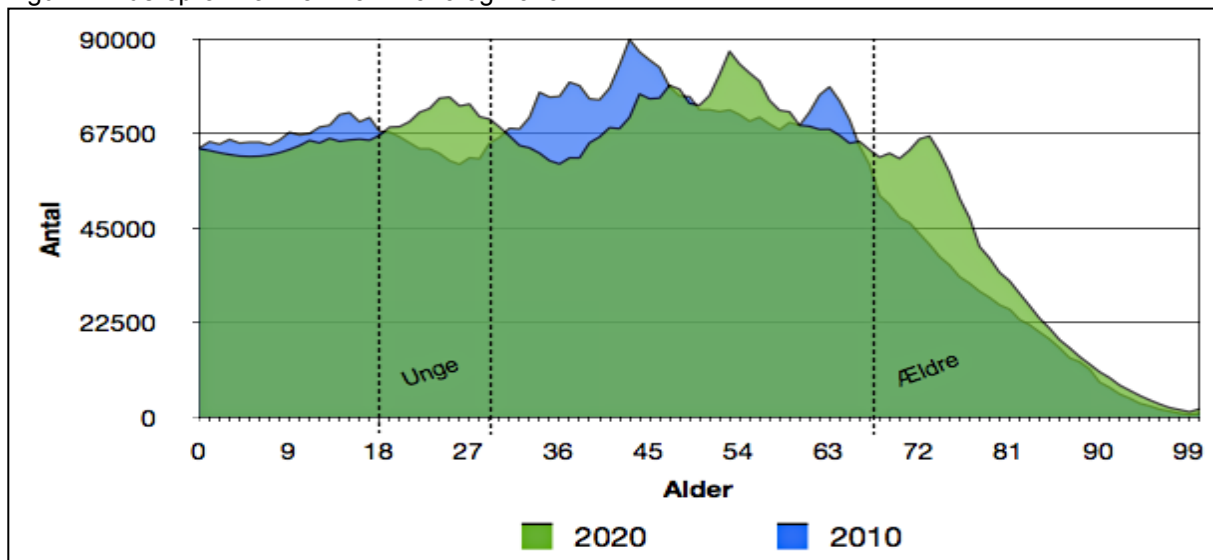
Konkret består indsatsen på det specialiserede socialområde af kontante og naturlige ydelser til mennesker med fysisk handicap, udviklingshæmning, sindslidelser, adfærdsproblemer og misbrugsproblemer, samt til børn og unge, som er udsatte, fordi deres forældre ikke er i stand til at give dem de nødvendige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

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 1 er der om 10 år betydeligt flere mennesker mellem 18 og 30 år, end der er i dag, ligesom der er 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 1. Aldersprofil for Danmark 2010 og 2020.

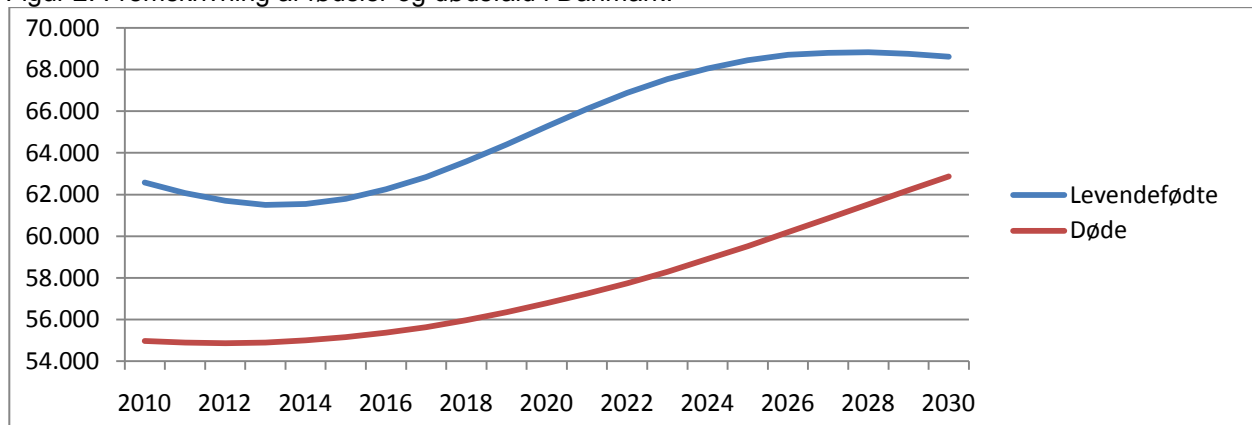


Kilde: Statistikbanken¹.

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 ting kan få betydning for fødselstallet. 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.

Figur 2. Fremskrivning af fødsler og dødsfald i Danmark.



Kilde: Statistikbanken.

Forventningen er, at antal fødsler vil ligge på ca. 62.000 de første 7 år og derefter stige til omkring 69.000 sidst i 2020'erne. Dødsfaldene forventes at ligge 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 1.

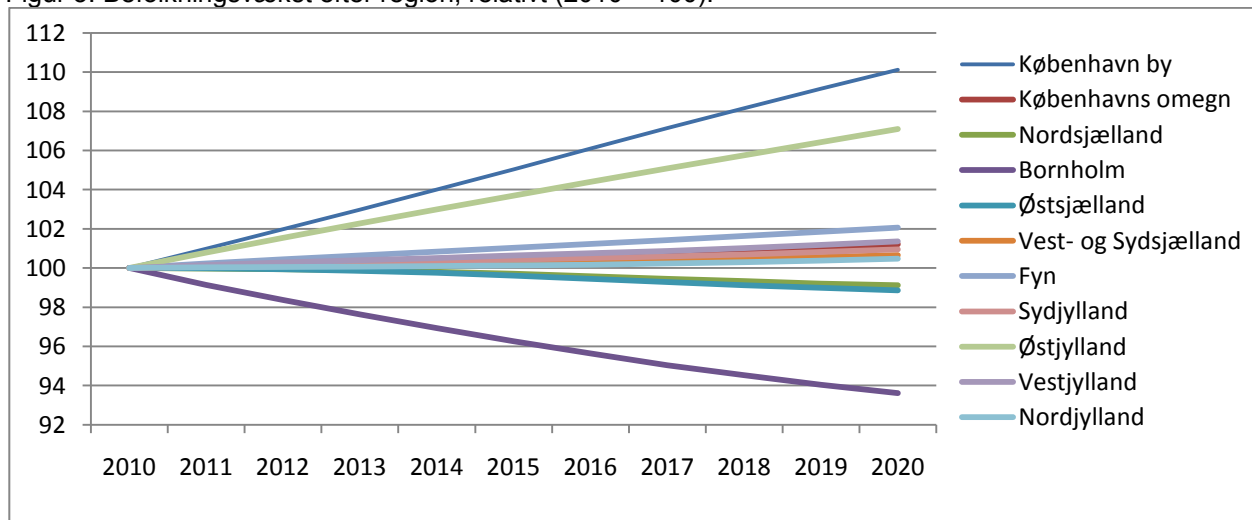
Tabel 1. Fremskrivning af antal levendefødte og dødsfald i Danmark.

	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.

Udviklingen har også en geografisk side. Som det ses af figur 3 ventes befolkningen at stige hurtigt i København og Østjylland, men at falde på Bornholm.

Figur 3. Befolkningsvækst efter region, relativt (2010 = 100).

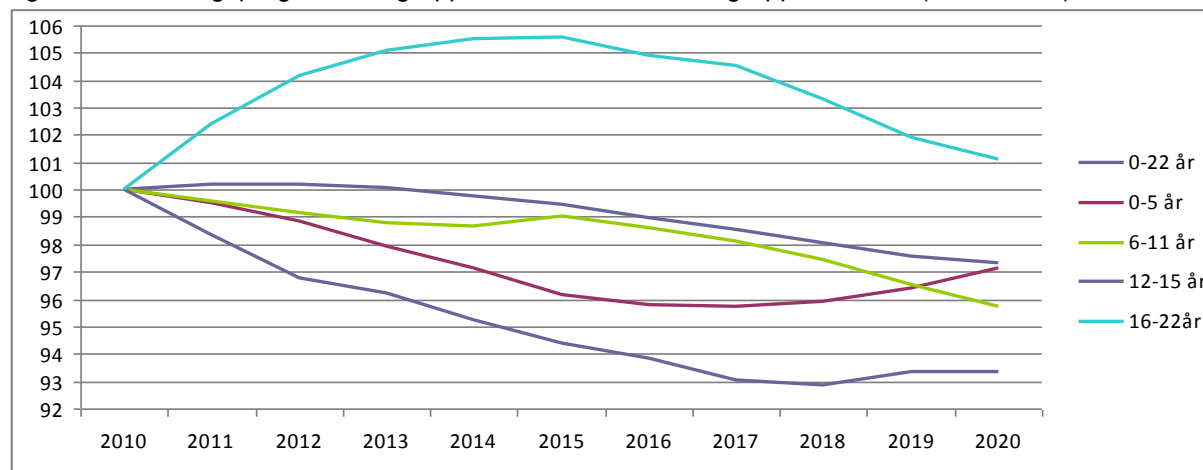


Kilde: Statistikbanken.

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 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 er 7 pct. mindre end nu i 2018. Også de 0-11-årige bliver der færre af.

Figur 4. Befolkningsprognose for gruppen 0-22 år samt undergrupper, relativt (2010 = 100).



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.

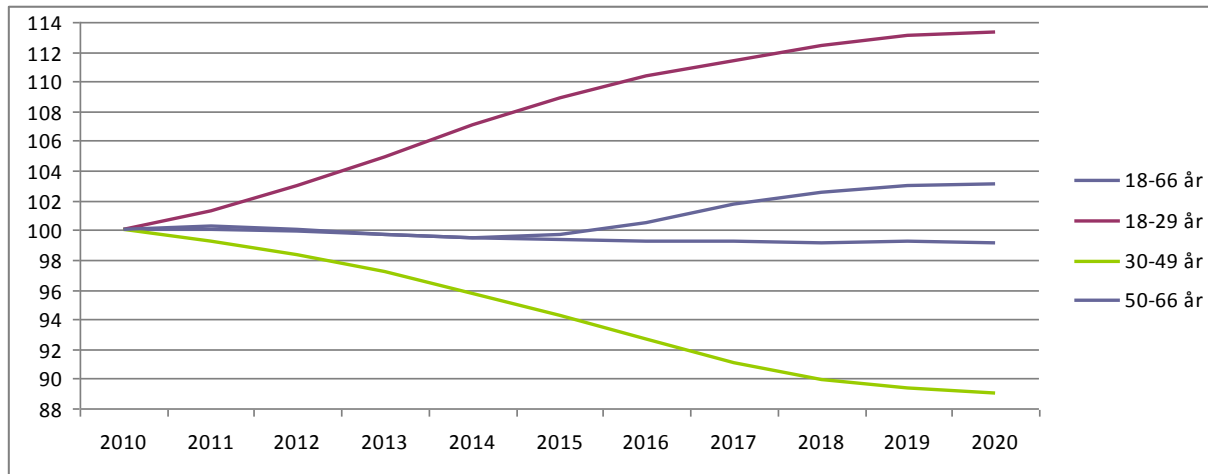
Tabel 2. Befolkningsprognose for gruppen 0-22 år samt undergrupper.

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



Kilde: Statistikbanken.

Den forventede størrelse af aldersgruppen 18-66 år og undergrupper heraf fremgår af tabel 3.

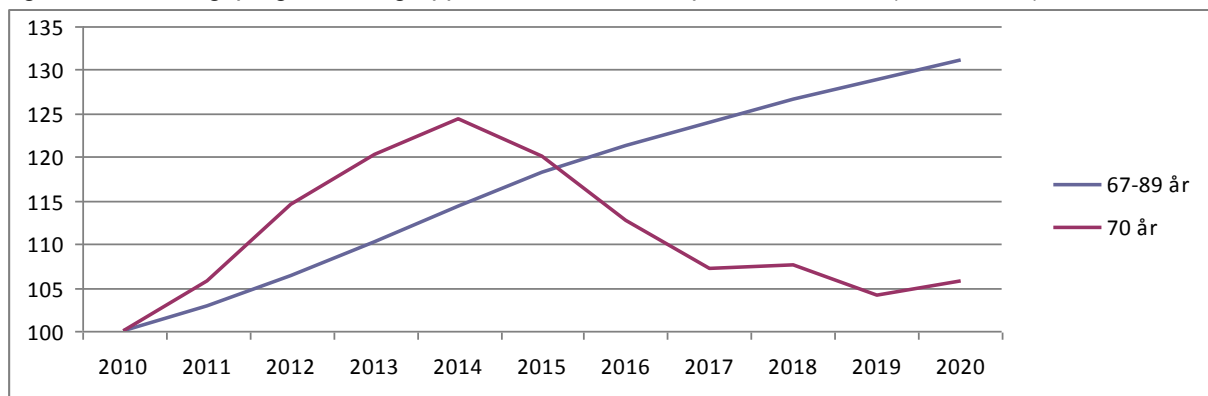
Tabel 3. Befolkningsprognose for gruppen 18-66 år samt undergrupper.

	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 6.

Figur 6. Befolkningsprognose for gruppen over 66 år samt på 70 år, relativt (2010 = 100).



Kilde: Statistikbanken.

Den forventede størrelse af aldersgruppen over 66 år og på 70 år fremgår af tabel 4.

Tabel 4. Befolkningsprognose for gruppen over 66 år samt på 70 år.

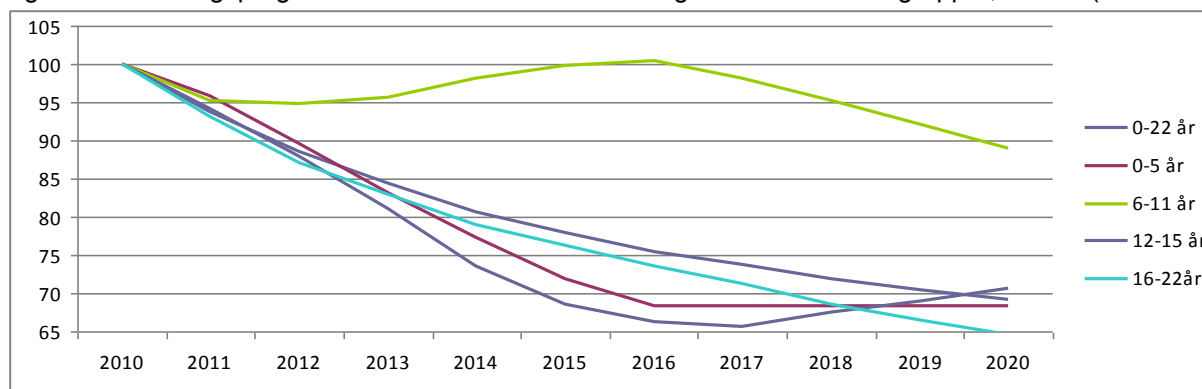
	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2018	2020
67-89 år	767.510	789.320	816.236	846.246	878.248	931.295	971.438	1.006.671
70 år	60.075	63.552	68.861	72.298	74.685	67.733	64.597	63.556

Kilde: Statistikbanken.

INDVANDRERE OG EFTERKOMMERE

Blandt børn og unge er der næsten dobbelt så mange efterkommere, 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 indvandrere under 23 år ses illustreret i figur 7.

Figur 7. Befolkningsprognose for indvandrere mellem 0 og 22 år samt undergrupper, relativt (2010 = 100).



Kilde: Statistikbanken.

Antallet af indvandrere mellem 0 og 22 år er 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 første fem år og derefter falde svagt.

Den absolutte størrelse af gruppen af indvandrere mellem 0 og 22 år og undergrupper heraf fremgår af tabel 5.

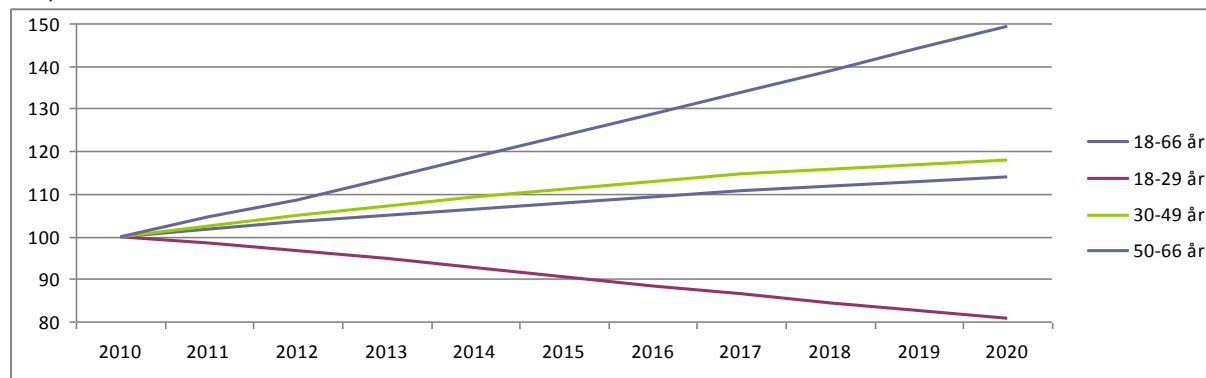
Tabel 5. Befolkningsprognose for indvandrere mellem 0 og 22 år samt undergrupper.

	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
16-22 år	37.981	35.404	33.112	31.479	30.028	27.902	26.072	24.567

Kilde: Statistikbanken.

Indvandrere mellem 18 og 66 år ventes der derimod at blive flere af. Som illustreret i figur 8, forventes gruppen 50-66årige at vokse hurtigt, mens gruppen 18-29-årige forventes at aftage i antal.

Figur 8. Befolkningsprognose for indvandrere mellem 18 og 66 år samt undergrupper, relativt (2010 = 100).



Kilde: Statistikbanken.

Den absolutte størrelse af gruppen af indvandrere mellem 18 og 66 år og undergrupper heraf fremgår af tabel 6.

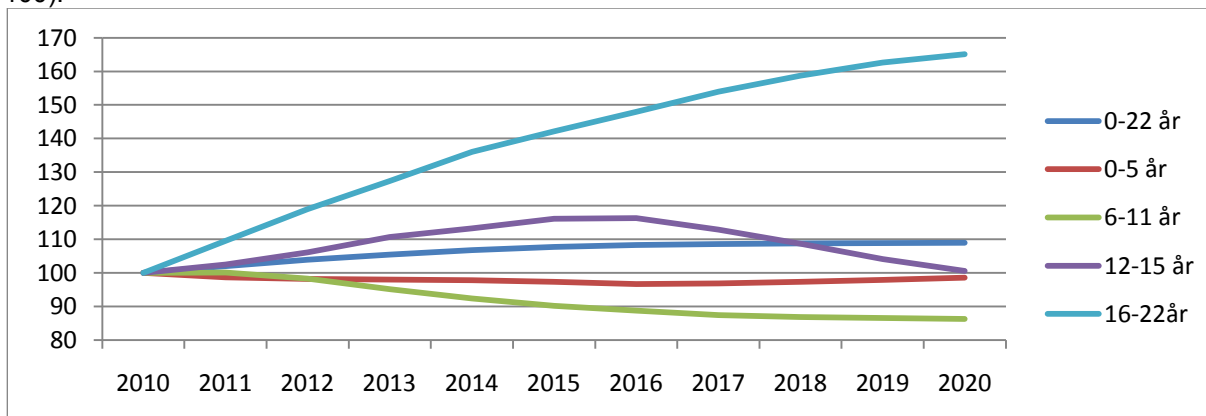
Tabel 6. Befolkningsprognose for indvandrere mellem 18 og 66 år samt undergrupper.

	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.

Mellem 0 og 22 år er der flere efterkommere end indvandrere, for voksne er forholdet omvendt. 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 9.

Figur 9. Befolkningsprognose for efterkommere mellem 0 og 22 år samt undergrupper, relativt (2010 = 100).



Kilde: Statistikbanken.

De absolutte antal af grupperne, som de forventes at udvikle sig, fremgår af tabel 7.

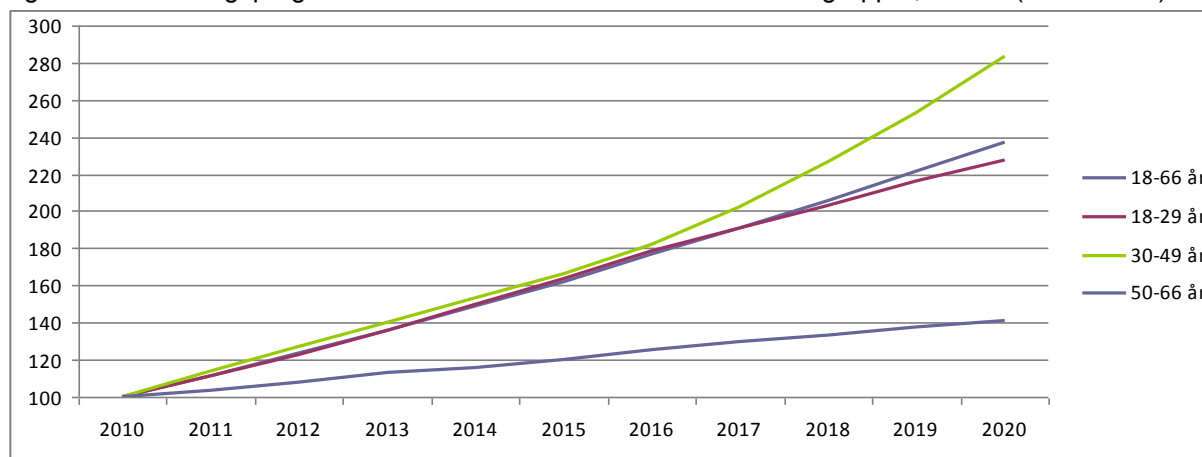
Tabel 7. Befolkningsprognose for efterkommere mellem 0 og 22 år samt undergrupper.

	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
16-22år	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 10.

Figur 10. Befolkningsprognose for efterkommere 18-66 år samt undergrupper, relativt (2010 = 100).



Kilde: Statistikbanken.

De absolutte tal for efterkommere mellem 18 og 66 år fremgår af tabel 8.

Tabel 8. Befolkningsprognose for efterkommere mellem 18 og 66 år samt undergrupper.

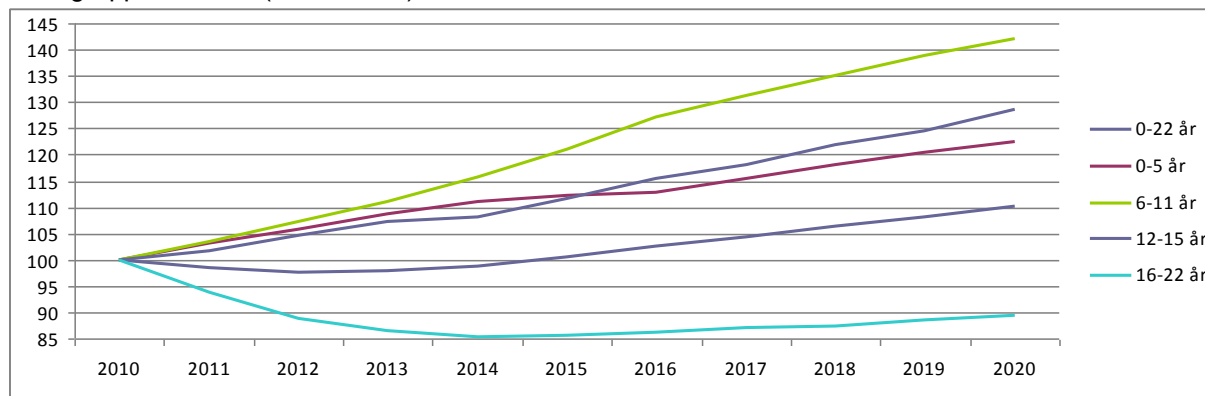
	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2018	2020
18-66 år	34.297	38.138	42.301	46.615	51.055	60.555	70.446	81.270
18-29 år	23.549	26.120	28.964	32.042	35.332	42.068	47.886	53.534
30-49 år	8.846	10.047	11.278	12.429	13.524	16.100	20.022	25.054
50-66 år	1.902	1.971	2.059	2.144	2.199	2.387	2.538	2.682

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 11.

Figur 11. Befolkningsprognose for indvandrere og efterkommere fra vestlige lande mellem 0 og 22 år samt undergrupper, relativt (2010 = 100).



Kilde: Statistikbanken.

Den andel af indvandrerne 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 9.

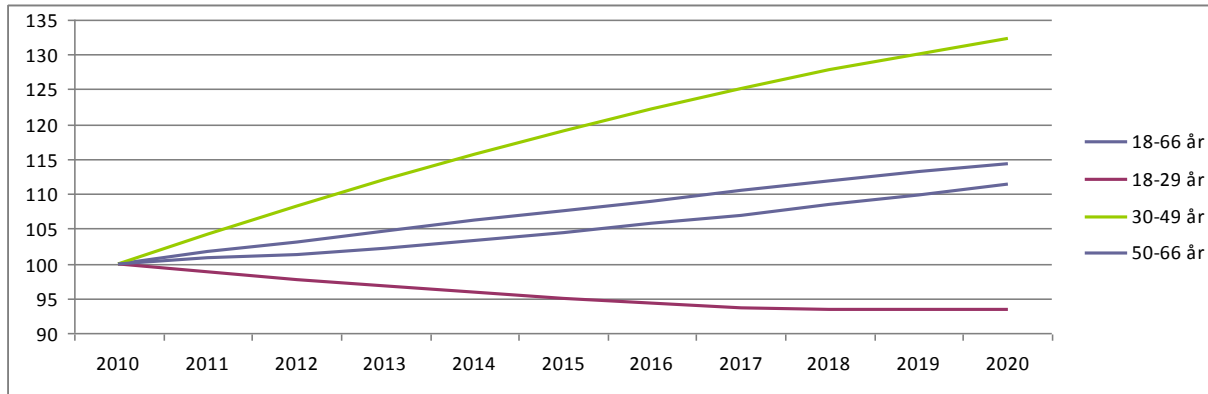
Tabel 9. Befolkningsprognose for indvandrere og efterkommere fra vestlige lande mellem 0 og 22 år samt undergrupper.

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



Kilde: Statistikbanken.

De absolutte tal for gruppen af indvandrere og efterkommere fra vestlige lande fremgår af tabel 10.

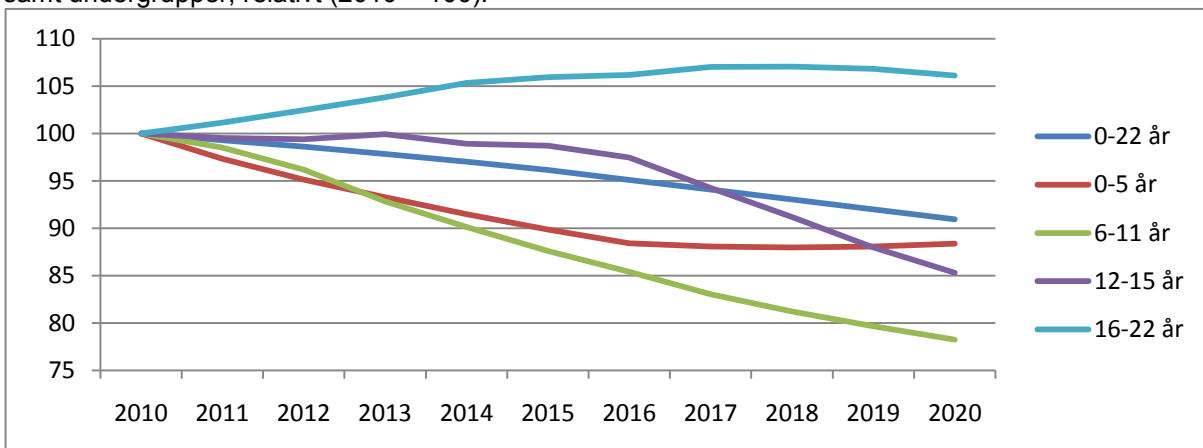
Tabel 10. Befolkningsprognose for indvandrere og efterkommere fra vestlige lande mellem 18 og 66 år samt undergrupper.

	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 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 endnu en 5 år med godt 1 pct. om året, hvorefter den holder sig nogenlunde konstant resten af tiåret.

Figur 13. Befolkningsprognose for indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande mellem 0 og 22 år samt undergrupper, relativt (2010 = 100).



Kilde: Statistikbanken.

De absolutte tal for indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande under 23 år fremgår af tabel 11.

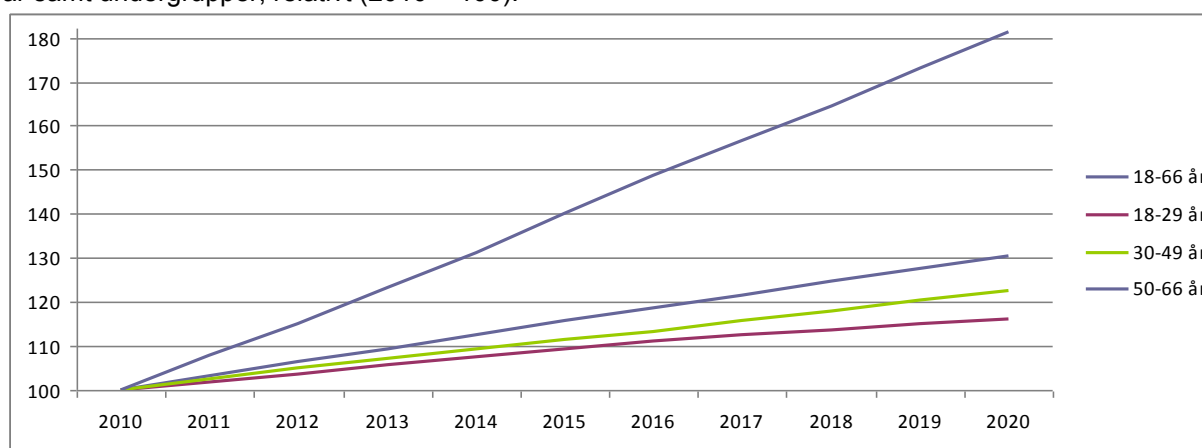
Tabel 11. Befolkningsprognose for indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande mellem 0 og 22 år samt undergrupper.

	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 forholdsvist 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 14.

Figur 14. Befolkningsprognose for indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande mellem 18 og 66 år samt undergrupper, relativt (2010 = 100).



Kilde: Statistikbanken.

De absolutte tal for indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande fremgår af tabel 12.

Tabel 12. Befolkningsprognose for indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande mellem 18 og 66 år samt undergrupper.

	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 at vokse. Der ventes især befolkningsvækst i København og Østjylland, men befolkningsnedgang på Bornholm. Desuden ventes en svag befolkningsnedgang på Vest- og Sydsjælland.

Der vil blive flere teenagere og unge mennesker i 20'erne, færre mennesker i 30'erne og 40'erne, flere i 50'erne, færre i 60'erne og flere i 70'erne og 80'erne. Det kommer alt sammen af, at der lægges år til en noget takket aldersfordeling. Relativt set vil der også blive flere helt gamle, men det er en meget lille gruppe set i forhold til de øvrige aldersgrupper i befolkningen.

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. I disse grupper ventes der færre børn fra ikke-vestlige lande, mens antallet af teenagere stadig vil vokse lidt i det førstkomende 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.

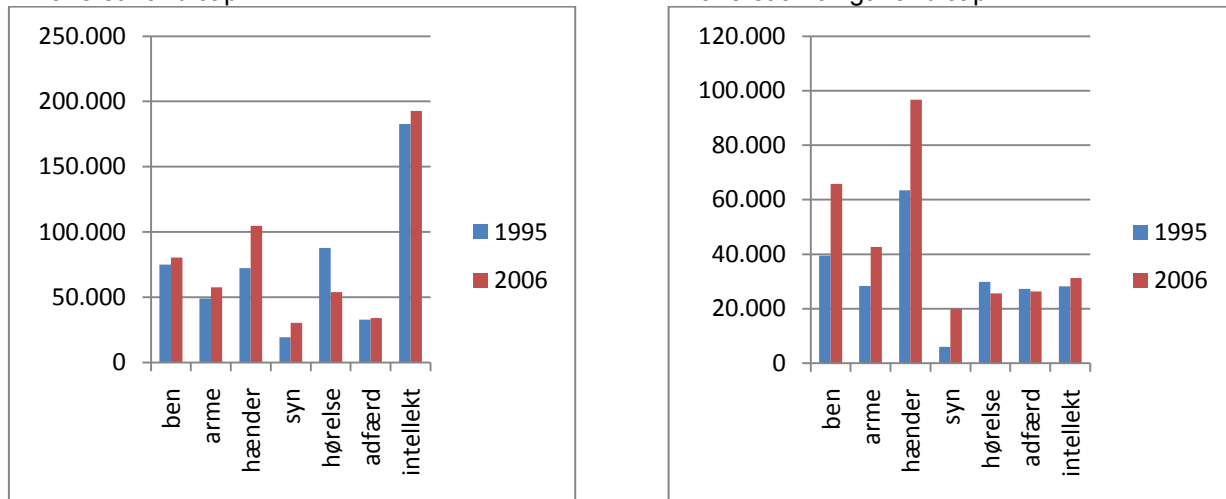
Udviklingen i befolkningens adfærd

VOKSNE MED HANDICAP

Kun få fødes med handicap, 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 15). 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).

Figur 15. Antal voksne på 16-64 år, som på baggrund af handicapsurvey 2006 kan beregnes at
 - have et handicap / - have et alvorligt handicap.

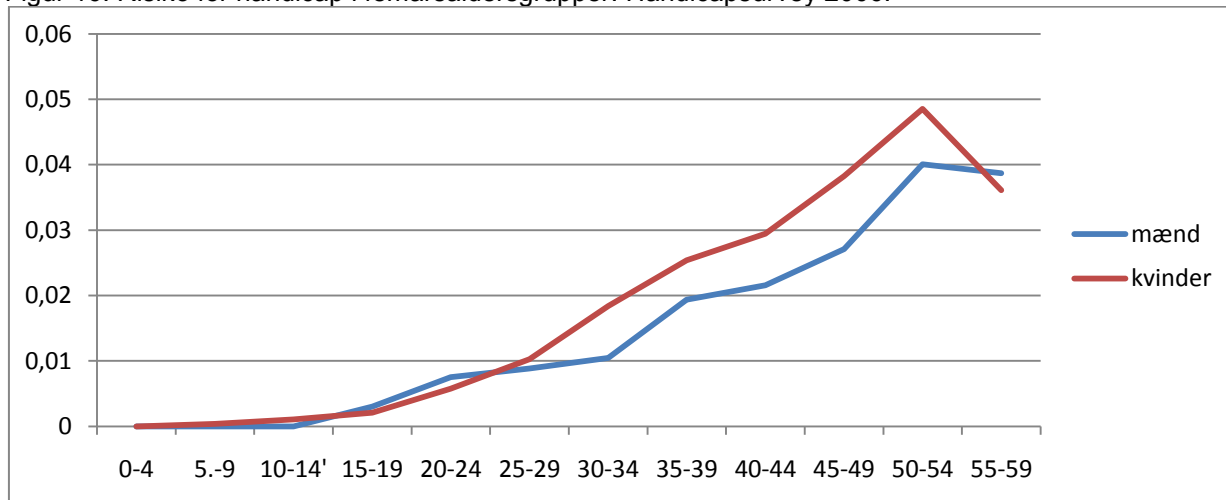


Kilde: Materialet bag SFI handicapsurvey 2006, SFI rapport 08:18.

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, det sidste 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 16. Risiko for handicap i femårsaldersgrupper. Handicapsurvey 2006.



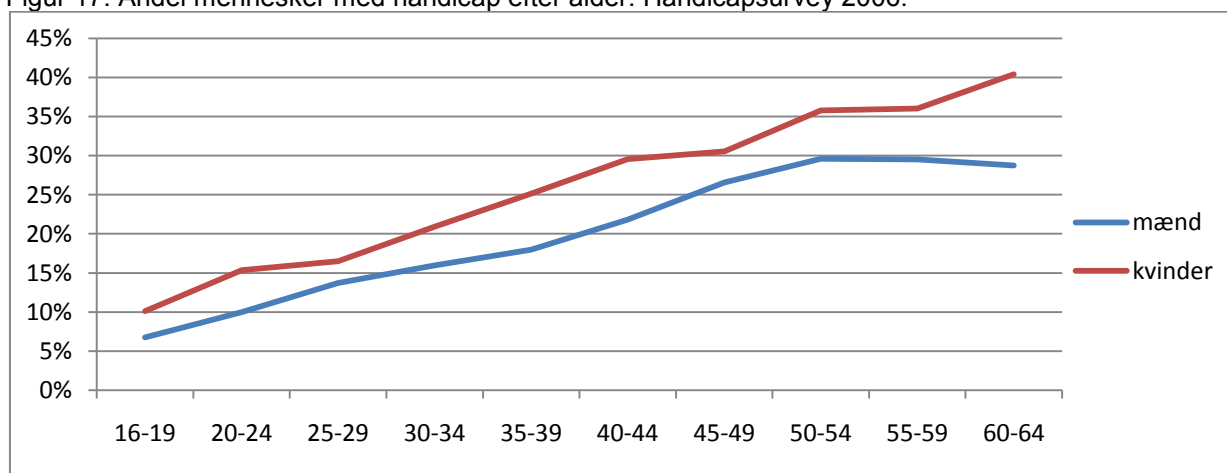
Kilde: Materialet bag SFI handicapsurvey 2006, SFI rapport 08:18.

Som illustreret i figur 16 er risikoen for at erhverve et handicap voksende med alderen, fra 1-2 promille/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 til en stor del – forskel i selv-vurdering. Det får den betydning, at andelen af mænd med handicap vokser fra 7 pct. i teenage-

årene til 30 pct. først i 50'erne, hvor det så holder sig (figur 17). 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, og dermed lidt færre udgifter til området.

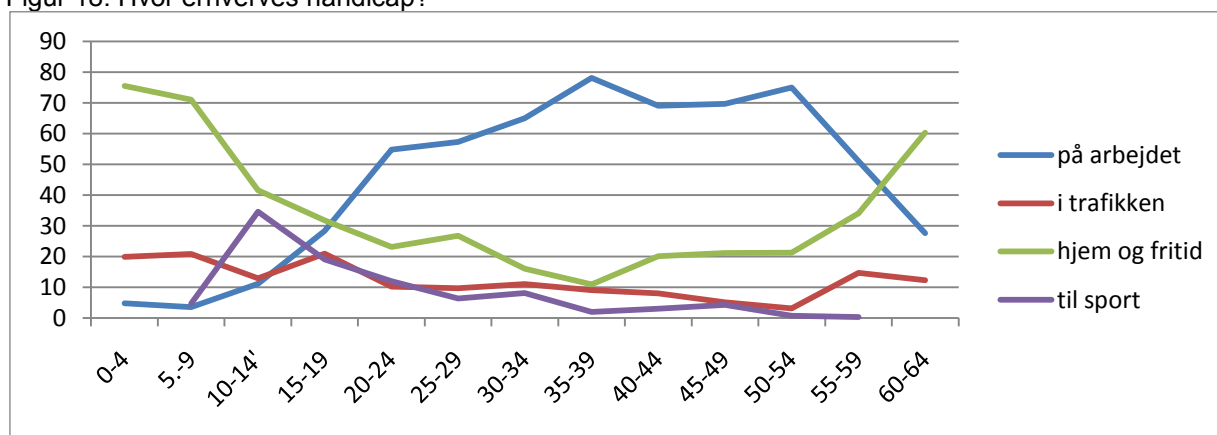
Figur 17. Andel mennesker med handicap efter alder. Handicapsurvey 2006.



Kilde: Materialet bag SFI 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 18 viser.

Figur 18. Hvor erhverves handicap?



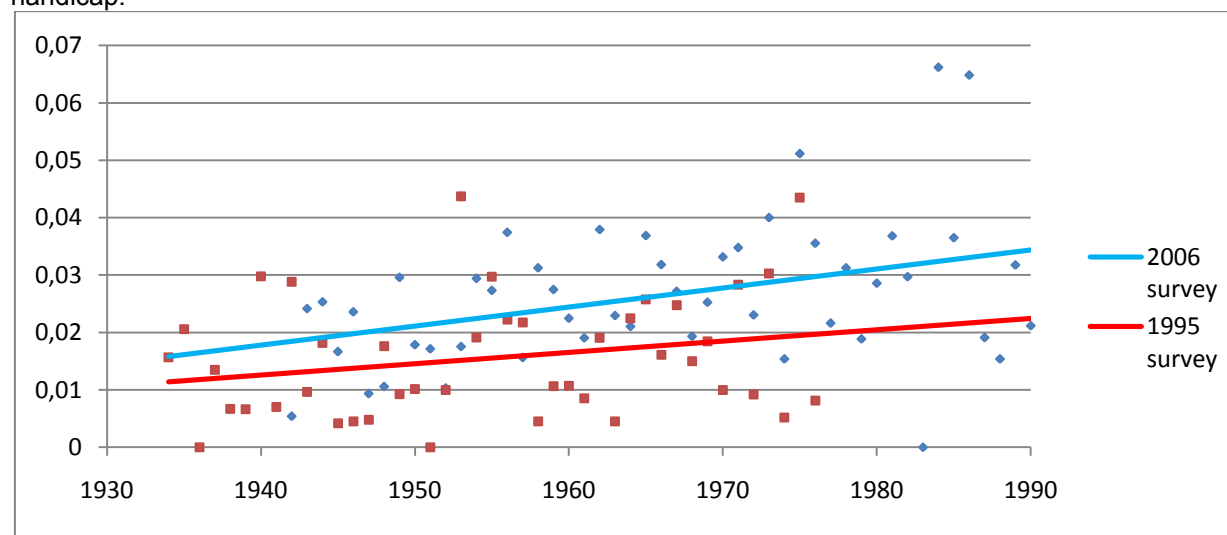
Kilde: Materialet bag SFI handicapsurvey 2006, SFI rapport 08:18.

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 antallet af nyfødte børn med handicap stiger. I 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 19).

Figur 19. Andel personer i årgangene 1934-1990, som i 1995 og 2006 oplyser, at de er født med handicap.



Kilde: Handicapsurvey 1995 og 2006.

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. Det gør der måske, men der kunne være en anden forklaring på den positive sammenhæng, som figur 19 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.

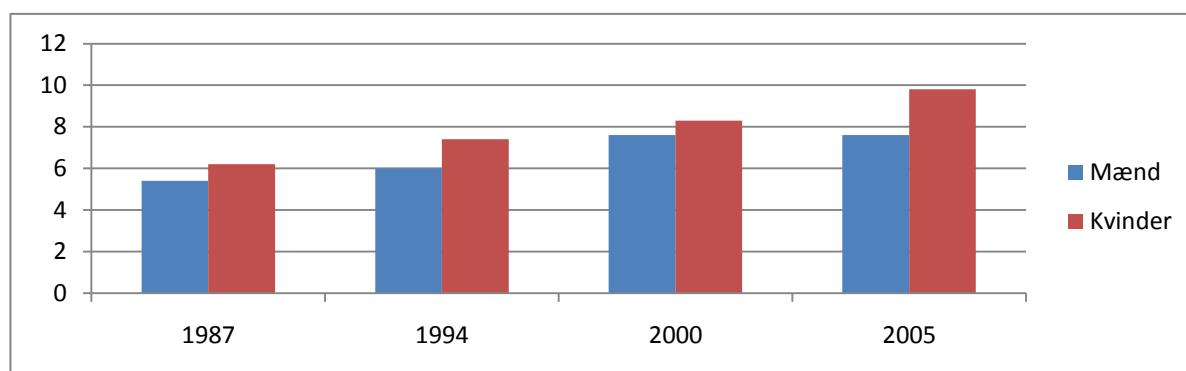
Men hvis figur 19 i virkeligheden afslørede en overdødelighed hos folk født med handicap, så skulle 1995-linjen ligge over 2006-linjen. Der burde være den afstand mellem linjerne, som svarede til den ekstra dødelighed, der var mellem 1995 og 2006. Men vi ser det omvendte! I løbet af de 11 år er der nogle flere mennesker, der er kommet i tanker om, at de for resten 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 elleve år være blevet klar over, at de var født med ADHD. Dermed er det ikke kun en behovsbetinget udvikling som ligger bag væksten i udgifterne til dette område, men også til en vis grad en definatorisk udvikling.

STRESS

Figur 20 viser udviklingen i oplevet stress 1987-2005 opdelt på køn, som den afspejles i undersøgelser fra Statens Institut for Folkesundhed. For mænd var stigningen frem til 2000 på 41 pct., men så gik den i stå. For kvinder var væksten til 2000 kun på 34 pct., men i alt har den været på 58 pct. over de 18 år.

Figur 20. Andelen af mænd og kvinder, der ofte føler sig stresset i dagligdagen.



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.⁸ 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, men især for kvinder fra 1987 til 2005.

Er det blot udtryk for et modelune, eller fordi det er blevet "smart" at være stresset? Det er svært at vide. Men ser man på de psykiatriske diagnoser, der går under betegnelsen "nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer", finder man en lignende udvikling.

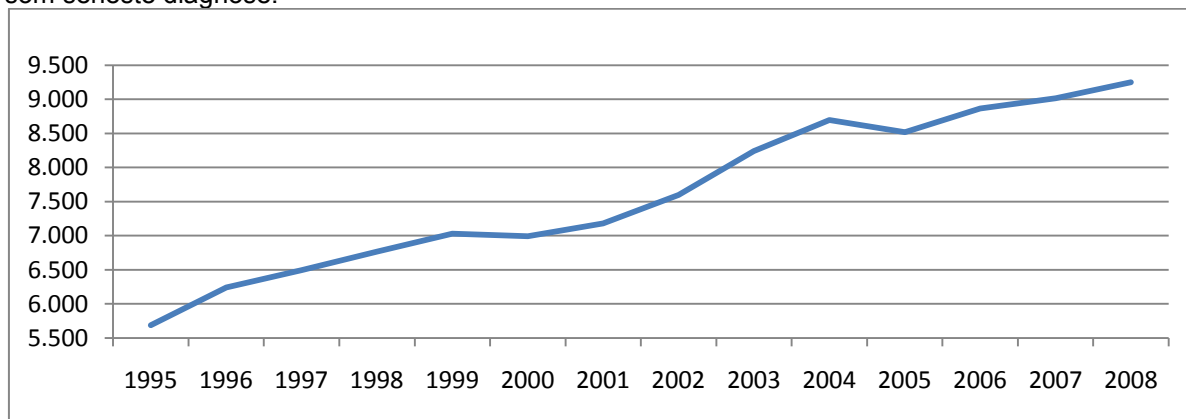
Væksten på psykiatriområdet har siden dette papir blev skrevet været genstand for analyse i en rapport fra DSI⁵. Den redegør for at antallet af borgere i kontakt med psykiatrien er steget med godt 40 pct. i årene 2000-2008, hvor flere borgere med stress, angst og depression har henvendt sig og er blevet behandlet af psykiatrien i regionerne. Antallet af borgere med dobbelt-diagnoser 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 21 viser antallet af personer, der er behandlet i psykiatrien i hvert af årene siden 1995 for ”reaktioner på svær belastning, tilpasningsreaktioner”, populært kaldet stress.

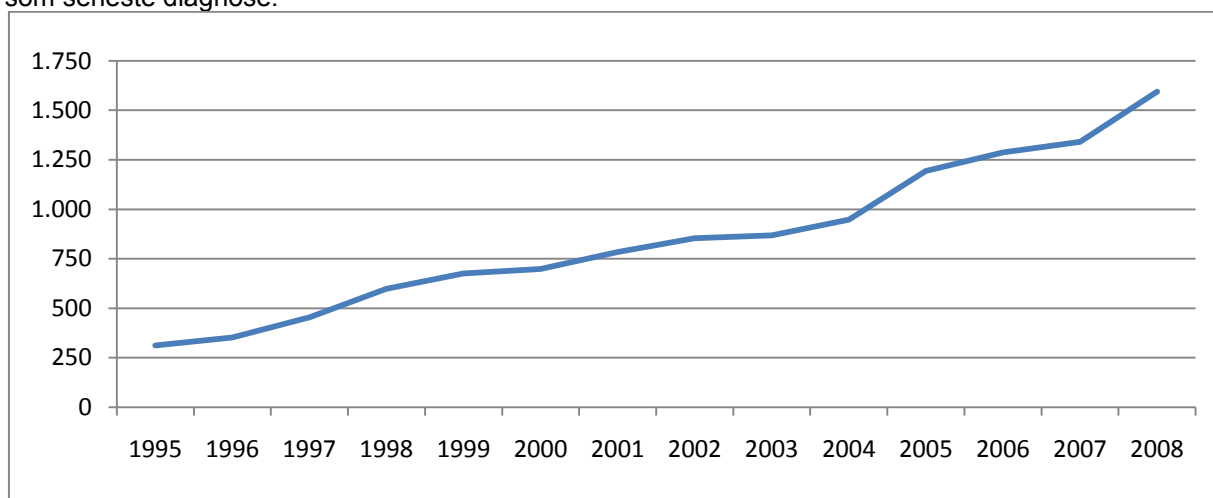
Figur 21. Antal heldøgnspatienter og ambulante kontakter med DF43 (reaktioner på svær belastning) som seneste diagnose.



Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital⁶.

En anden stress-relateret 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 22). 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.

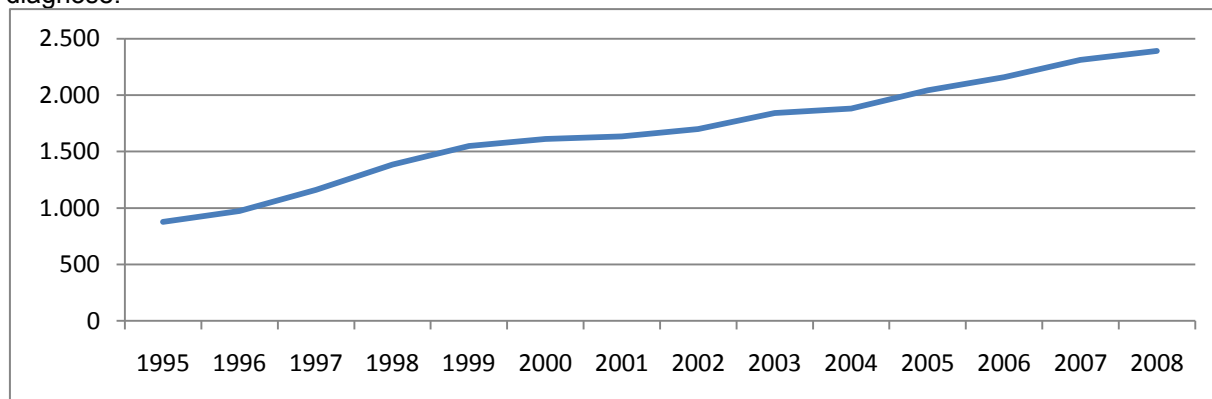
Figur 22. Antal heldøgnspatienter og ambulante kontakter med DF42 (obsessiv – kompulsiv tilstand) som seneste diagnose.



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 ligeledes været en vækst, men den har dog kun været på 150 pct. i den samme periode, som det ses i figur 23.

Figur 23. Antal heldøgnspatienter og ambulante kontakter med DF50 (spiseforstyrrelser) som seneste diagnose.



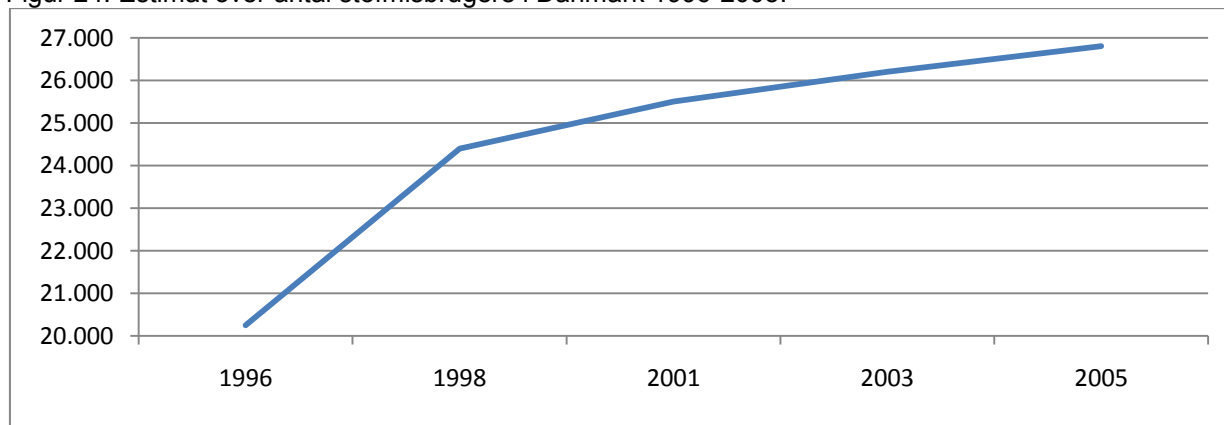
Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

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 udgifter til stressrelaterede indsatser.

STOFMISBRUG OG BEHANDLING

Sundhedsstyrelsen har estimeret, at antallet af stofmisbrugere i Danmark er steget fra 20.300 i 1996 til 27.000 i 2005⁷. Der er tale om stofmisbrug i en grad, så man anser det for behandlingskrævende. Stigningstakten er taget af de senere år, som det fremgår af figur 24. Hvis antallet fortsat er steget som i den sidste del af nævnte periode, vil der være 29.000 i 2010.

Figur 24. Estimat over antal stofmisbrugere i Danmark 1996-2005.

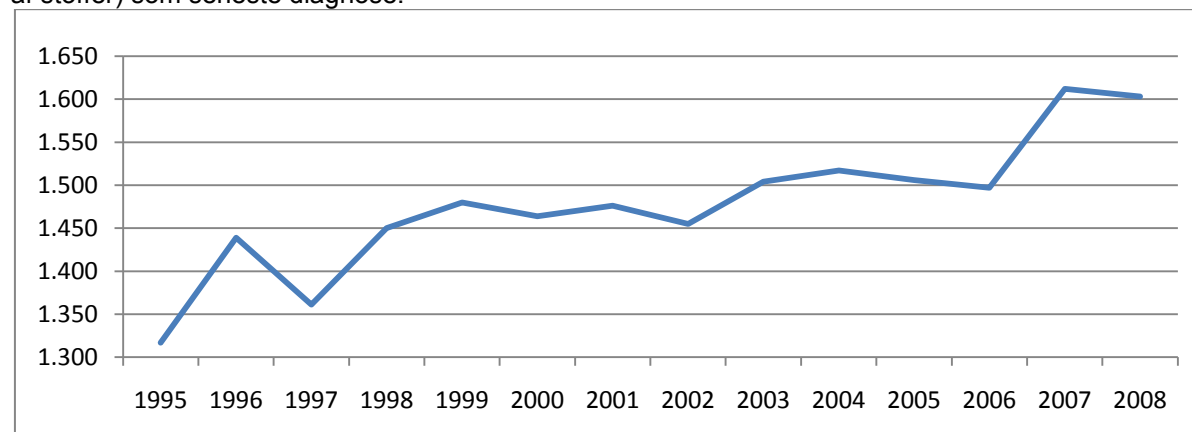


Kilde: Sundhedsstyrelsen.

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 Rusmiddel-forskning i en undersøgelse⁸, 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 en 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. Som figur 25 viser, er der også sket en stigning i antallet psykiske lidelser som konsekvens af stoffer, som behandles på psykiatriske afdelinger rundt om i landet. Ifølge DSI's undersøgelse⁹ er antallet af patienter med dobbeltdiagnose steget fra 8.000 til 11.000 i perioden 2000-2008.

Figur 25. Antal heldøgnspatienter og ambulante kontakter med DF11-DF19 (psykiske lidelser forårsaget af stoffer) som seneste diagnose.



Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

Socialforvaltningen i Københavns Kommune vurderer¹⁰, 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 øgede behandlingsudgifter.

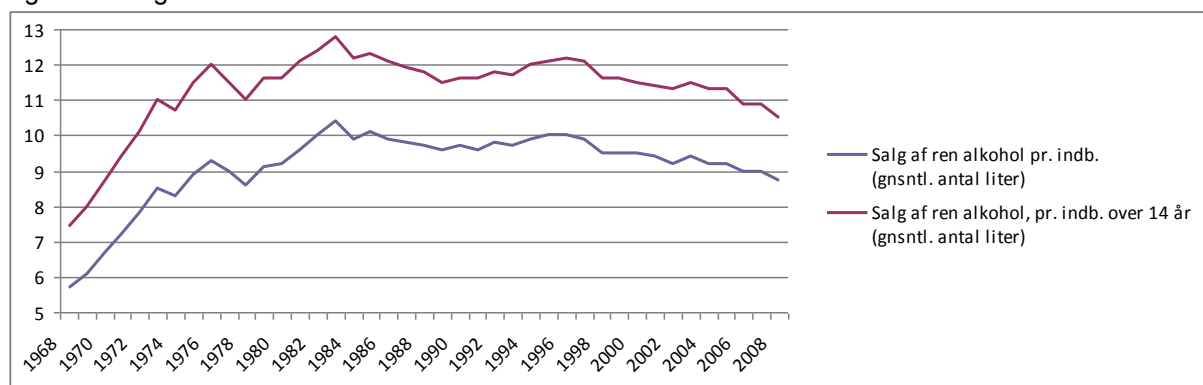
Der er endvidere kommet flere misbrugere af stofferne hash og kokain. For disse stoffer findes ikke noget der svarer til metadonbehandling for heroinmisbrugere. Derfor kræves der til behandling af disse former for misbrug en mere personaleintensiv indsats. Det øgede stofmisbrugsproblem vurderes også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

ALKOHOL OG TOBAK

Forbruget af alkohol og tobak har været faldende de senere år. Figur 26 og 28 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 stort problemerne med alkohol bliver.

Figur 26. Salg af alkohol i Danmark 1968-2008.



Kilde: Statistikbanken.

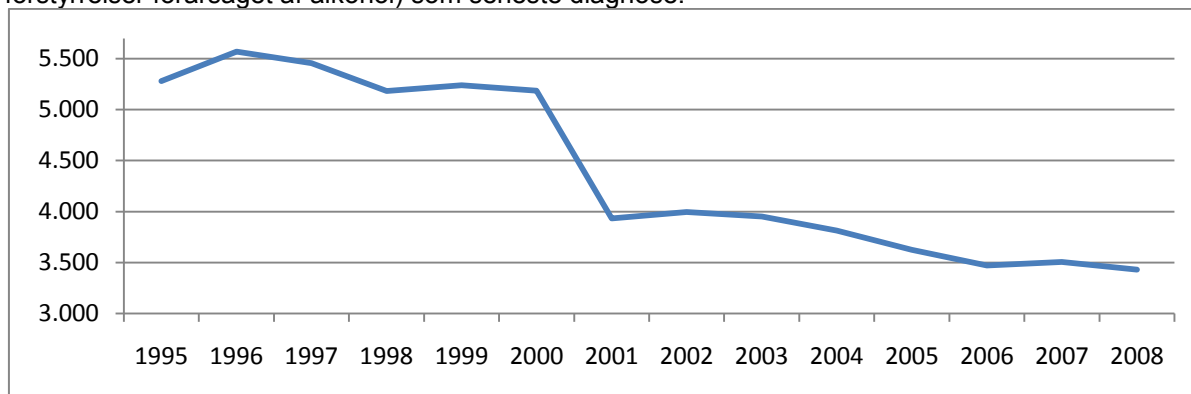
Sundhedsstyrelsen har tidligere opsat grænser for alkohol på 14 genstande om ugen for kvinder og 21 for mænd, svarende til 10,9 liter ren alkohol årligt for kvinder og 16,4 liter ren alkohol årligt for mænd. Den mener, at en halv million danskere drikker mere end det. Imidlertid har Sundhedsstyrelsen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

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 1994-2002¹¹ 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 der skal mange år til at opbygge et misbrug, vil det dog vare længe før man ser en eventuel nedgang her. Københavns Socialforvaltning vurderer, at der ikke er tale om nogen reduktion i øjeblikket.

Antallet af personer med psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af alkohol – DF10 – er faldet jævnt siden 1995 (figur 27). Der har dog samtidig været en ændring af definitionerne fra 2000-2001, som i sig selv reducerede antallet af patienter med over 1.000.

Figur 27. Antal heldøgnspatienter og ambulante kontakter med DF10 (psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af alkohol) som seneste diagnose.



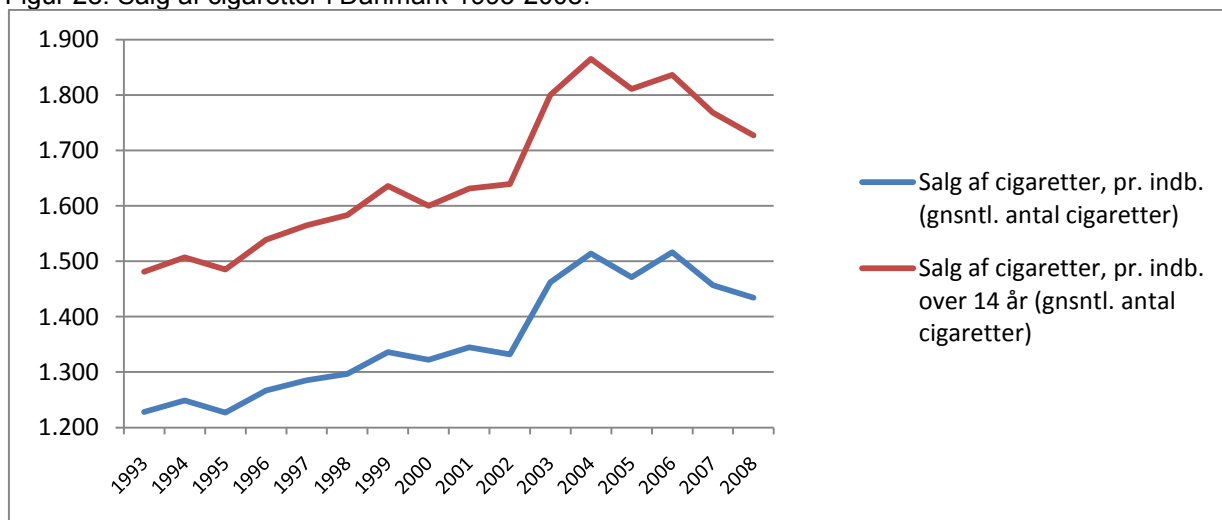
Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

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 stikken¹². Dermed skyldes ændringen måske ikke ændring i behovet for en alkoholrelateret indsats, men mere en behovsdefinitiv ændring.

Figur 28 viser, at salget af cigaretter har været stigende lige 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 behandlingsformer til, som virker forebyggende, hvilke kræver udgifter til området, eksempelvis rygestopkurser mv.

Figur 28. Salg af cigaretter i Danmark 1993-2008.



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.¹³. 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, og som ikke har de vilkår, der gør det muligt. Der er mange forudsætninger: børns og unges opvækstvilkår, hvordan de udvikler sig menneskeligt, og hvad de lærer om dagligliv og familieliv, pardannelse og familiedannelse, og de vilkår, man giver par med børn.

Undersøgelser af anbragte børn viser, at de overvejende kommer fra brudte familier, og at deres mødre ofte er meget unge. Forældrene har mindre uddannelse end gennemsnittet og mindre indtægt og bor ofte i yder- og landkommuner¹⁴. 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 13.

Tabel 13. Anbringelsesårsager for børn, født i 1995, der var anbragt som 11-årige.

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

Kilde: SFI - rapport 08:21.

De tre mest almindelige årsager er 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 andre¹⁵. 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 1960¹⁶ finder, at de der blev placeret i plejehjem klarede sig betydelig 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.

Alt i alt er det vurderingen, at anbringelse i sig selv ikke har nogen effekt, eller hvis noget, så har en svag negativ effekt. En kommende undersøgelse fra SFI viser lignende resultater. 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. Projekter indebærer tættere samarbejde med sundhedsplejerskerne og daginstitutionerne end man ellers har, og socialrådgivere 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 anbragt. Et andet eksempel er Den Korte Snor. Det er et intensivt kontaktpersontilbud, som rummer unge, der har været involveret i kriminalitet - også en målgruppe, der tidligere ofte ville være anbragt.

Københavns Kommune vil 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 baggrund heraf er det nærliggende at anbefale en systematisk vidensdeling mellem kommuner som en vej til at finde de mest effektive måder at gribe problematikken om anbringelser af børn an.

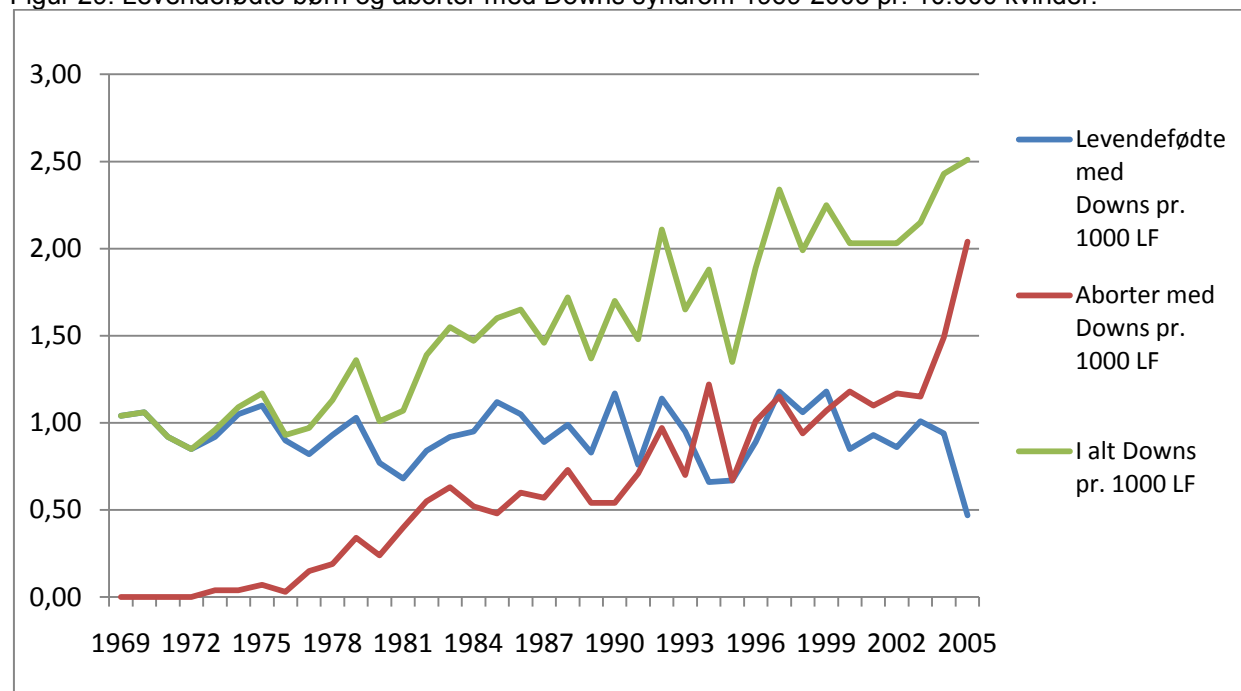
Konsekvenser af behandling og social indsats

DOWNS SYNDROM

Jeg tager Downs syndrom op under overskriften ”konsekvenser af behandling...” 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 deres børn i en ældre alder, hvad der gør at en større del af børnene får Downs. Som vi skal se har de to udviklinger længe ophævet hinanden, men siden den nyeste teknik kom i brug for seks år siden har andelen af Downs fødsler været 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 aborter af Downs fostre 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 29.

Figur 29. Levendefødte børn og aborter med Downs syndrom 1969-2005 pr. 10.000 kvinder.



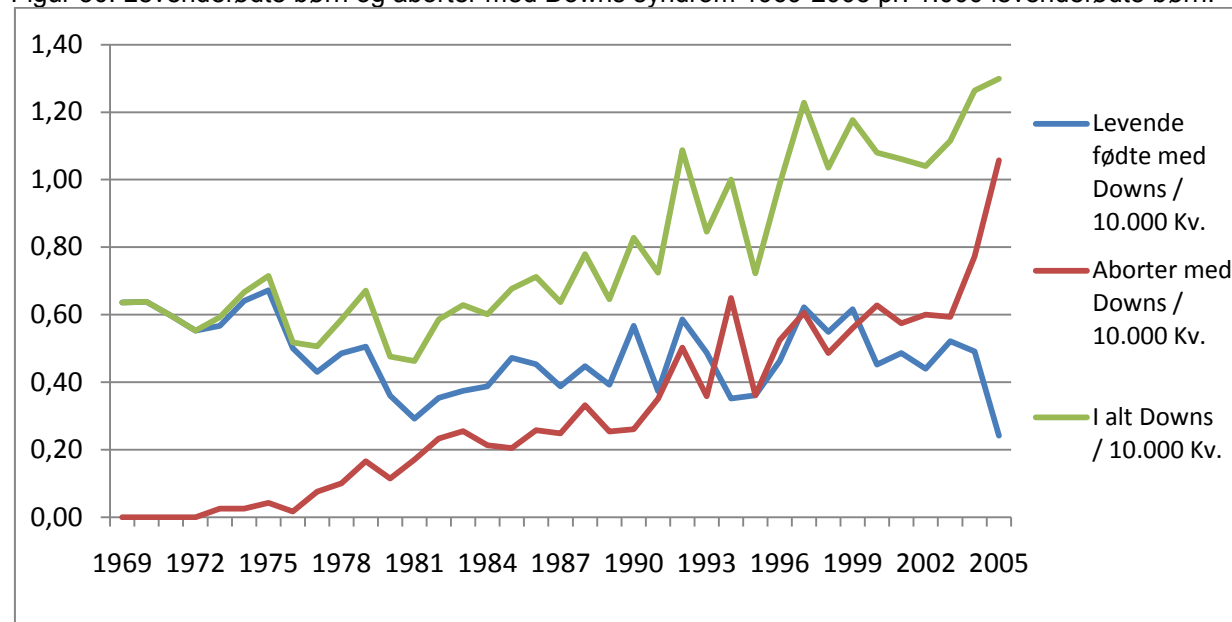
Kilde: Sundhedsstyrelsen.

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 30). Siden 2006 har antallet af levendefødte børn med Downs syndrom stabiliseret sig omkring 25-30.

Aborttallet er især steget fra 1995, efter at der blev tilbudt nakkefoldscreening 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.

Figur 30. Levendefødte børn og aborter med Downs syndrom 1969-2005 pr. 1.000 levendefødte børn.



Kilde: Sundhedsstyrelsen.

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 det ser i øjeblikket ikke ud til at falde mere, end det allerede er sket.

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 14). Det hænger sammen med, at mødrene er ældre, når de føder, end de tidligere var. Tabel 14 præsenterer de absolutte tal for udviklingen i levendefødte og aborter med Downs.

Tabel 14. Levendefødte børn med Downs, aborter med Downs, samt Downs i alt 1990 – 2009.

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.

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 det drejer sig ikke om noget stort antal.

Det skønnes, at 50 pct. af al udviklingshæmning hænger sammen med genetiske forhold¹⁷. 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 efter sociale ydelser for denne gruppe.

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 plejekrævende. Det er en udvikling som stadig i de kommende år vil sætte sig mere og mere igennem, og som sandsynligvis vil kræve flere udgifter.

En finsk undersøgelse fra 2000¹⁸ viser, at mennesker med mild grad af udviklingshæmning (dvs. IQ på 50-69) nu lever lige så længe som andre mennesker, og mennesker med moderat udviklingshæmning (IQ = 35-49) lever næsten lige så længe. Gruppen med alvorlig udviklingshæmning (IQ = 20-34) har også fået væsentlig længere forventet levealder, mens gruppen med dyb udviklingshæmning (IQ = 0-19) stadig har en forventet levealder der er 10-15 år kortere end andres, det gælder især for kvinderne.

I Australien finder man samme udvikling¹⁹. Der viser det sig, at mennesker med mild grad af udviklingshæmning omkring 2000 har en forventet levealder på 74,0 år, mennesker med moderat grad af udviklingshæmning 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 CP²⁰ 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 gastrokopi. 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 undersøgelse²¹ har fundet at udviklingshæmmede sjældent har normal vægt, men i de fleste tilfælde har enten en ekstrem undervægt eller (oftest) overvægt. Kun ganske få spiser en kost der indeholder de nødvendige elementer, og mindre end en femtedel får tilstrækkeligt med frugt og grønt. 80-90 pct. af de udviklingshæmmede er fysisk inaktive i en grad så det er sundhedsskadeligt.

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 institutionsbegrebet i 1998 er blevet afskaffet²².

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, hvilket øger udgifterne hertil.

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 31). Ligeledes overlever stadig flere børn efter graviditeter på 28 uger eller endog 24 uger.

Figur 31. Neonatal dødelighed (dvs. dødelighed 1-28 levedøgn) pr. 1.000 levendefødte for moderat for tidligt fødte (32-36 fulde svangerskabsuger) i Danmark 1981-2003.



Kilde: Statens Institut for Folkesundhed, Sarah Fredsted Villadsen.

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 herom²³.

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 førstegangsfødende²⁴. 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.

Ekstremt tidlig fødte børn og børn med ekstremt lav fødselsvægt i 1994-95 er blevet undersøgt nærmere i ETFOL-undersøgelsen²⁵. De 2 år blev der født 477 børn før 28 uger eller under 1.000 g. 269 af disse overlevede behandlingen på neonatalafdelingen, og 94 pct. af disse deltog i en undersøgelse, da de var 4-5 år. Tabel 15 viser forskellen mellem disse børn og en kontrolgruppe.

Tabel 15. Resultater fra ETFOL-undersøgelsen.

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

Kilde: ETFOL-undersøgelsen.

ETFOL-undersøgelsen vil formentlig give anledning til flere fund af oversygelighed og handicap, efterhånden som børnene bliver ældre. Tina Irene Hentze m.fl.²⁶ viser således i 2006, at 37 pct. af de overlevende børn, født før 28. svangerskabsuge, har kronisk lungesygdom.

Balling et al. finder i en anden undersøgelse i 2001, at 8 pct. har handicap i 4-års-alderen²⁷. Hanne Agerholms undersøgelse af børn, som vejede under 1.500 g ved fødslen i Nordjylland²⁸, viser, at der er kommet betydeligt flere handicap, når børnene er 9-10 år²⁹ (tabel 16). I den alder er der omkring halvanden gange så mange, der har problemer, som i 3-4-års-alderen.

Tabel 16. Resultater fra Nordjyllands-undersøgelsen.

	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.

En lang række undersøgelser dokumenterer cerebral synsnedsættelse 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 g. 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 børnehøvelalderen³³. 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, dvs. en særlig alvorlig udgave af ADHD, 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 g havde 90 pct. øget risiko for HKD i forhold til børn, som vejede over 3.000 g 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 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.

Alt i alt viser ovenstående, at nye behandlingsmuligheder i forbindelse med for tidlig fødsel og barnløshed kan medføre nye behov for sociale indsatser, hvilke kan påvirke udgifterne til det specialiserede sociale område. 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 vil vi nu kigge nærmere på.

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 1995 og 2006. Hvis man fx ser på, hvor mange personer der har alvorligt handicap med hensyn til gang i de to surveys, finder man en væsentlig forskel. Grænsen for alvorligt handicap i tabel 17 er sat ved et point på 10 i den benyttede skala. Et højere point kan fx svare til, 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 17. Personer med alvorligt ganghandicap pr. 1.000 i gruppen, 1995 og 2006.

	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
Der har altså været en vækst/år på	18,3 pct.	9,6 pct.	5,8 pct.	10 pct.
Og en vækst over de 11 år på	540 pct.	172 pct.	88 pct.	185 pct.

Kilde: Handicapsurveys 1995 og 2006.

Som det ses i tabel 17, 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.

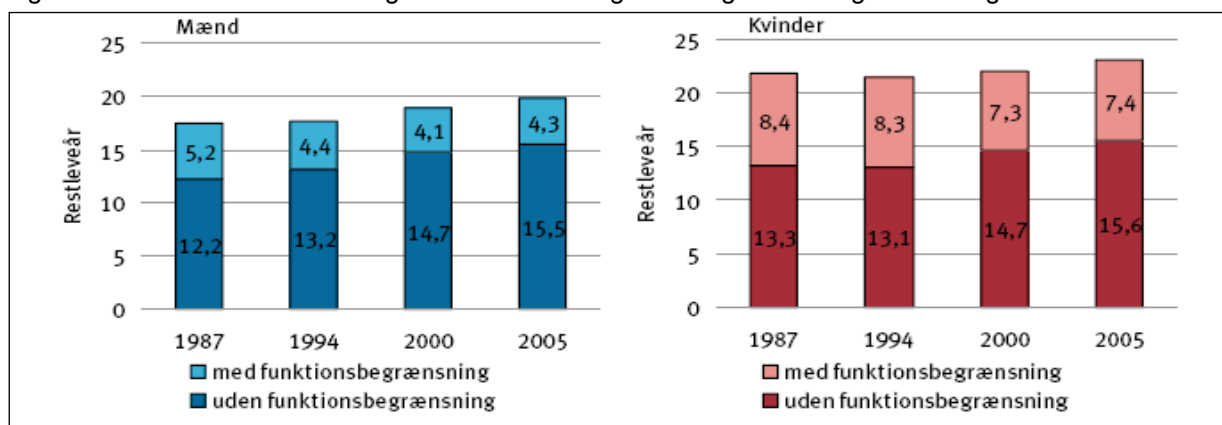
Antallet af personer under 65 år i forskellige aldersgrupper udvikler sig sådan i de kommende år, at gruppen 18-29 år vokser med 1,5 pct. årligt, gruppen 30-49 år mindskes med 1 pct. årligt, mens gruppen 50-66 år vil være af nogenlunde konstant størrelse de førstkomende 5 år.

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, hvilket betyder flere udgifter til området.

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 32, blevet en smule kortere, for kvinder 1,0 år kortere, for mænd 0,9 år kortere.

Figur 32. Antal restleveår med og uden funktionsbegrænsning for 60-årige mænd og kvinder.

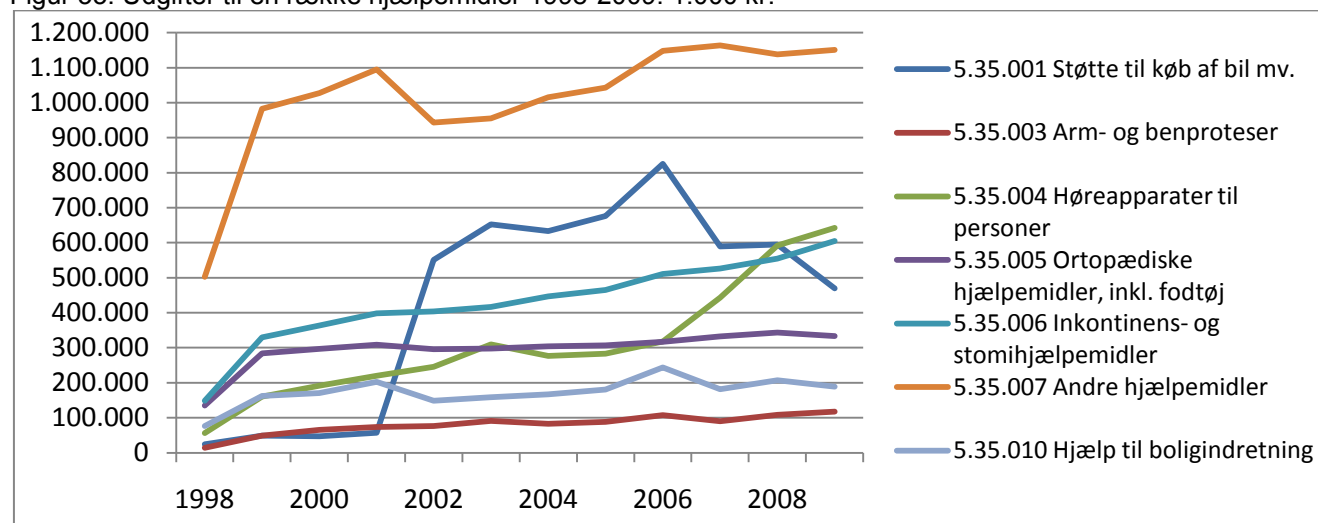


Kilde: O. Ekholm et al.: Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. SIF 2006.

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

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.

Figur 33. Udgifter til en række hjælpemidler 1998-2009. 1.000 kr.



Kilde: Statistikbanken.

Figur 33 giver et billede af udviklingen i de største poster af udgifterne til hjælpemidler siden 1999. (Figuren indeholder også 1998-tal, men de vedrører kun ½ år, idet de knytter sig til den sociallovgivning, der trådte i kraft 01.07 1998).

Den største post er det, der kaldes ”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 18.

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 – høreapparater, stomihjælpemidler, kørestole – er således alle vokset. Dette område er også genstand for erhvervspolitik³⁷.

Tabel 18: Udgifter til hjælpemidler mv., de største poster, 1999-2009.

	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 19). Det eneste, der bruges uforandret, 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 eller noget i den retning.

Tabel 19. Brugen af hjælpemidler blandt danskere mellem 20 og 60 år, 1995 og 2006.

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

Kilde: SFI Handicap surveys 1995 og 2006, SFI rapporter 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 33. Dette kan hænge sammen med, at hjælpemidlerne også er blevet billigere at producere og dermed indkøbe.

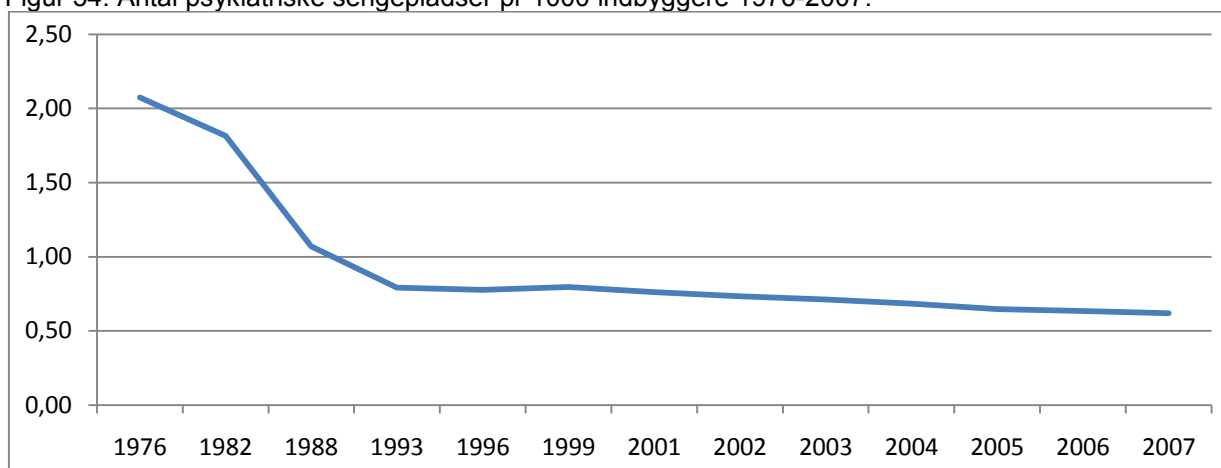
Alt i alt ses en stor stigning i brugen af hjælpemidler og en mindre stigning i udgifterne til hjælpemidler mv. Udviklingen skyldes sandsynligvis både stigende behov, men sandsynligvis også en højere grad af opfyldelse af behovet, sammenlignet med tidligere, hvor mennesker som måske havde brug for hjælpemidler, 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 totale institutioner, hvor man opbevarede patienterne i de perioder hvor de var for dårlige uden at kunne tilbyde megen behandling, og indlæggelserne derfor var månedlange eller ofte årelange, begyndte fra 1950'erne en udvikling af medicin der kunne påvirke psykoserne og få tilstanden under en vis kontrol.

Det var derfor naturligt at flytte statshospitalerne fra særforsoget og gøre dem til en del af sygehusvæsenet i 1976. Gennem de følgende 15 år skete en hastig afvikling af psykiatriske sengepladser, fra omkring 12.000 til omkring 4.000 (figur 34).

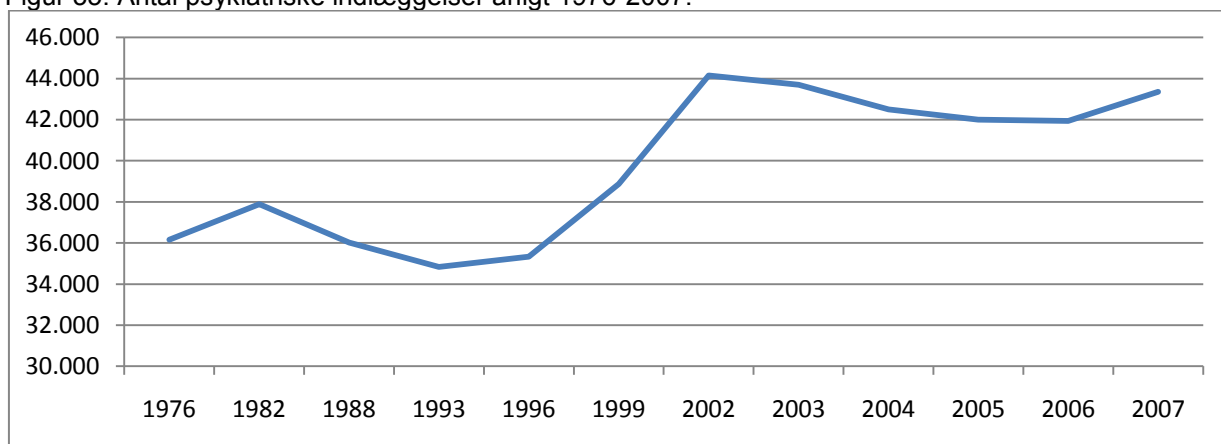
Figur 34. Antal psykiatriske sengepladser pr 1000 indbyggere 1976-2007.



Kilder: til 1990: Merete Bjerrum. Derefter: Udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud. www.regioner.dk.

Der blev stadig indlagt lige så mange hvert år som tidligere, 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 35).

Figur 35. Antal psykiatriske indlæggelser årligt 1976-2007.



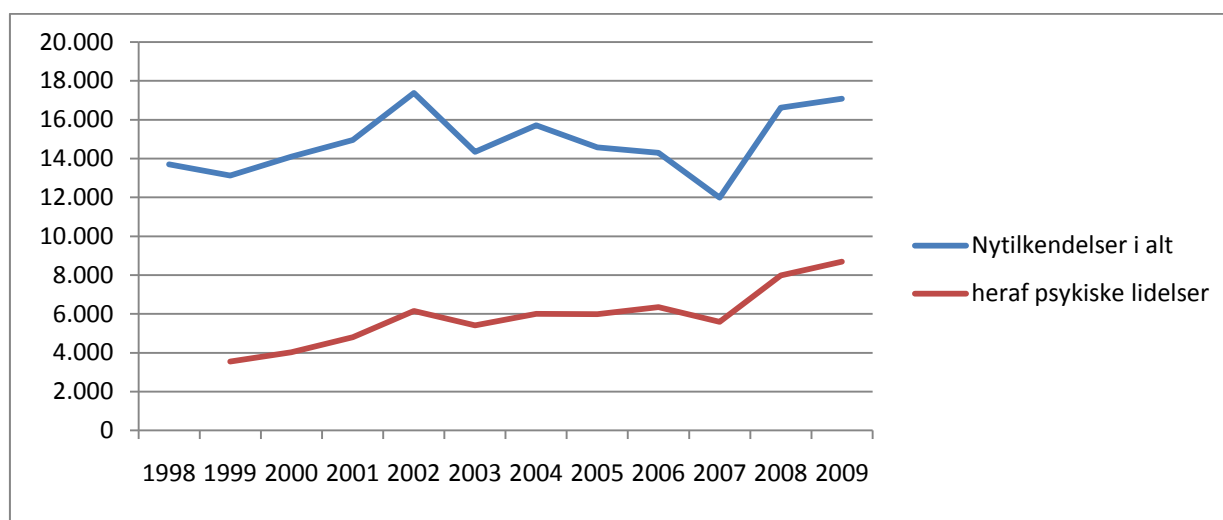
Kilder: til 1990: Merete Bjerrum. Derefter: Udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud. www.regioner.dk.

Behandlingen på sygehuset var efterhånden mest kontrol af symptomer, og der kom derfor et behov for en social indsats over for denne gruppe mennesker. Mens man i de fleste andre lande opfatter denne sociale indsats som en del af den psykiatriske behandling, opfandt man her i landet begrebet ”socialpsykiatri”. De fleste amter var i årene omkring 1990 meget langsomme til at sætte den nødvendige indsats ind på dette felt, og derfor begyndte kommunerne også at tage en rolle her.

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.

I den sidste del af 1990'erne kom tilkendelsen af førtidspension af somatiske grunde under kontrol, og antallet af nytilkendelser af førtidspension i alt faldt fra noget over 25.000 til omkring 15.000 årligt i de følgende år³⁸. Det ser imidlertid ud til, at der ikke er sket den samme reduktion i antallet af nytilkendelser på psykiske diagnoser. Man har tilsyneladende ikke været i stand til at omsætte den bedre behandling til mindre behov for pension.

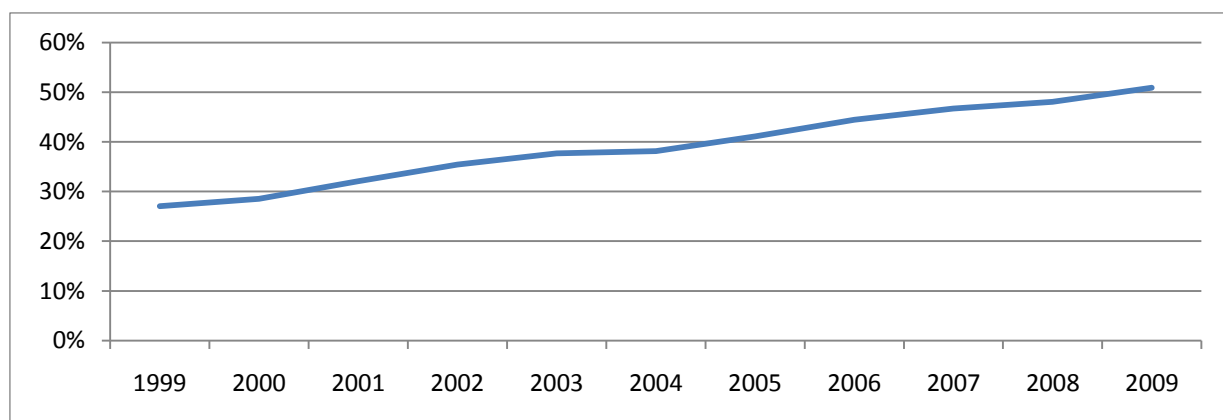
Figur 36. Tilkendelser af førtidspension 1998-2009.



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 36 en stigning i antallet af nytilkendelser med psykiatrisk baggrund fra under 4.000 til over 8.000 årligt, altså mere end en fordobling af antallet over 10 år³⁹. Hvis vi ser på andelen af tilkendelser med psykiatrisk baggrund (figur 37), får vi en næsten helt jævnt stigende kurve over perioden løbende fra 27 % til 51 %.

Figur 37. Andelen af nytilkendelser af førtidspension, hvor baggrunden er psykisk lidelse, 1999-2009.



Kilde: Førtidspensioner: Årsstatistik 2009. Ankestyrelsen.

En rapport fra Ankestyrelsen 2007⁴⁰ fandt, at 30 pct. af sagerne 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.

Samlet har man på det somatiske område 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.

Dette tyder således på, at det er den politisk/administrativt betinget definatoriske udvikling (konkret fastsættelsen af betingelserne for tildeling til førtidspension), som har spillet ind i forhold til, at udgifterne til førtidspensioner til folk med psykiske lidelser ikke har ændret sig i takt med at behandlingsmetoderne er blevet forbedret. Netop førtidspensionen fremstår ofte som en udgiftstung post blandt sociale ydelser.

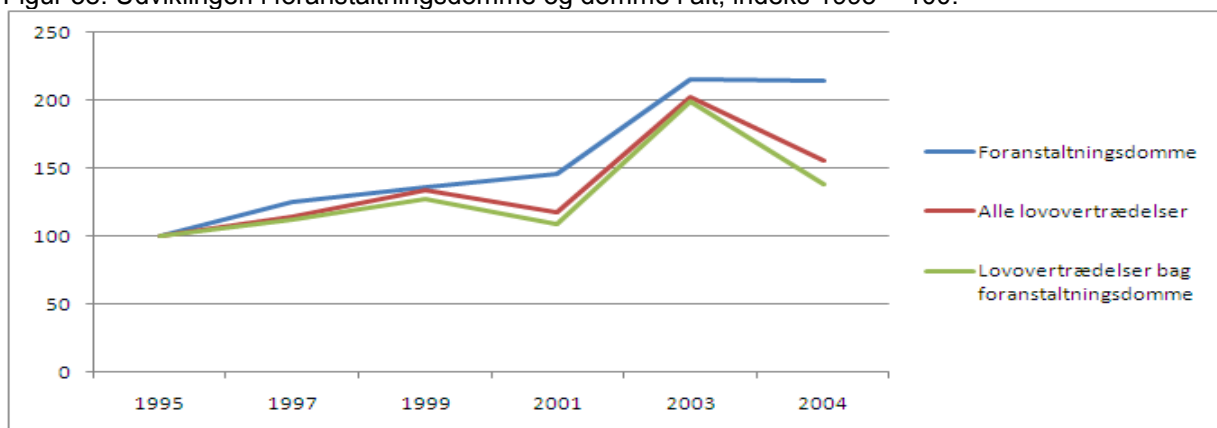
MERE KRIMINALITET BLANDT MENNESKER MED PSYKISK SYGDOM

Inden psykiatireformen kendte man kun til få psykisk syge kriminelle, men i løbet af 1980'erne løb det op i nogle hundrede. Fra 1995 til 2004 steg antallet fra 849 til 1427, siden er det steget til 2058 i 2008, og 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 2472 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.

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.

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 opsøgende teams, og psykiatrien har i det hele taget fået tilført betydelige ressourcer. Figur 38 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.

Figur 38. Udviklingen i foranstaltningsdomme og domme i alt, indeks 1995 = 100.



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

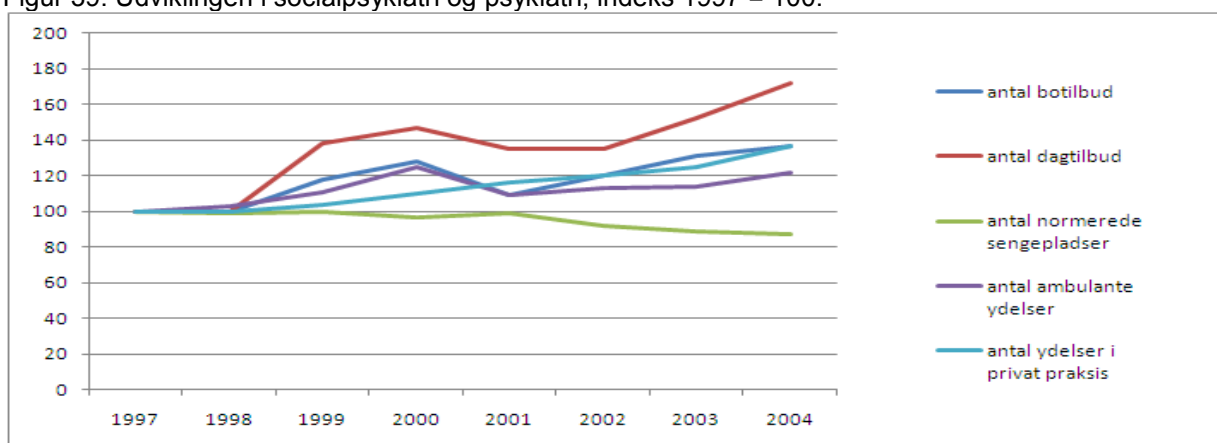
Antallet af behandlingsdømte udgjorde i 2004 0,8 pct. af kriminaliteten men 6 pct. af den personfarlige kriminalitet. Skønt tallet absolut set var stigende i det foregående tiår, holdt det sig på en nogenlunde konstant andel af kriminaliteten. Psykisk syge fik hver ottende dom for drab. Det kommer sikkert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

Der har givetvis manglet sociale tilbud til en stor gruppe sindslidende i firserne og halvfemserne. I årene omkring 2000 skete en udbygning af socialpsykiatrien. Figur 39 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.

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

Figur 39. Udviklingen i socialpsykiatri og psykiatri, indeks 1997 = 100.



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

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. Den netop udsendte medicinske teknologivurdering⁴³ anfører, at især patienterne med indlæggelsesforløb på 14 dage og derover har behov for efterfølgende rehabilitering. Tabel 20 viser hvordan indlæggelserne fordeler sig på kortere og længere forløb.

Tabel 20. Indlæggelser for apopleksi, hjerneskader mm. 2009 fordelt efter indlæggelsestid.

	< 7 dage	7-13 dage	14-27 dage	28+ dage
apopleksi	8295	2410	1291	765
traumatiske hjerneskader	1423	348	334	328
tilgrænsende lidelser	4164	1208	863	706

Kilde: Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen 2011.

Der er i alt 4287 forløb som er på 14 dage og mere, og deraf der de 1799 på 28 dage og mere. Det fremgår endvidere af teknologivurderingen, at 1649 af forløbene på 14 dage og mere er personer under 65 år, mens 2638 er personer på 65 eller mere. Der er således en klar overvægt af ældre mennesker.

Ser man på de rigtig lange indlæggelsesforløb, er forholdet mellem aldersgrupper imidlertid mere lige. Af de 1799 indlæggelsesforløb på 28 dage og mere er 806 personer under 65 år, mens 993 er personer på 65 år og mere.

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

Under denne overskrift 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 udgifterne til 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 halvfemserne 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. Kommunerne er jo også de myndigheder, der har mulighed for at åbne 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 faktorer's mulige betydning. Forskellene mellem kommunerne var dermed blot blevet endnu større. Udviklingen illustreres af tabel 21, som bygger på Den Sociale Ankestyrelses modelberegninger. Der er en tydelig sammenhæng, som er klart signifikant.

Tabel 21. De 275 gamle kommuner fordelt efter niveauet for tilkendelse af førtidspensioner i 1992 og udviklingen heri i perioden 1992-2000.

	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, side 116.

Alt tyder på, at der også i de nye kommuner er betydelig forskel på, hvor meget 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 udkants-Danmark), men i denne 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.

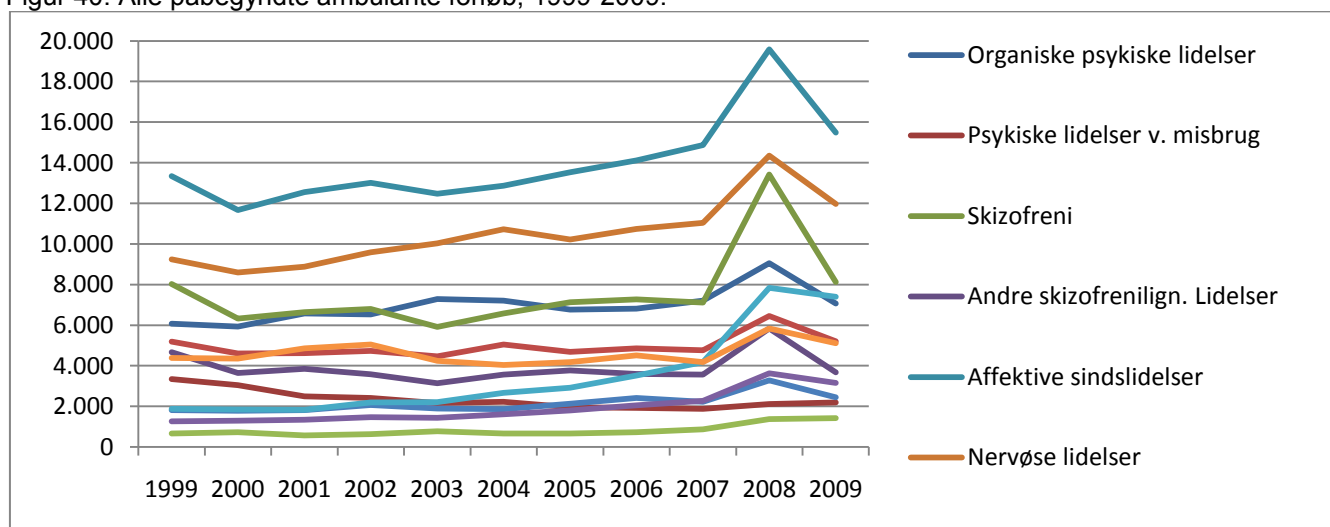
KOMMUNALREFORMEN 2007

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 denne del af det psykiatriske tilbud af en eller anden grund betegnelsen "socialpsykiatri" – et begreb, som ikke kendes uden for Danmark⁴⁴. Der har fra forskellig side været sat spørgsmålstegn ved, om den administrative opdeling mellem psykiatri og socialpsykiatri er hensigtsmæssig.

Der er noget, der tyder på, at denne opdeling i psykiatri og socialpsykiatri eller kommunalreformen i øvrigt har haft betydning for aktiviteten på området⁴⁵. Hvis man ser på antallet af påbegyndte ambulante forløb i regionerne, finder man, 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 40 viser alle påbegyndte ambulante forløb 1999-2009.

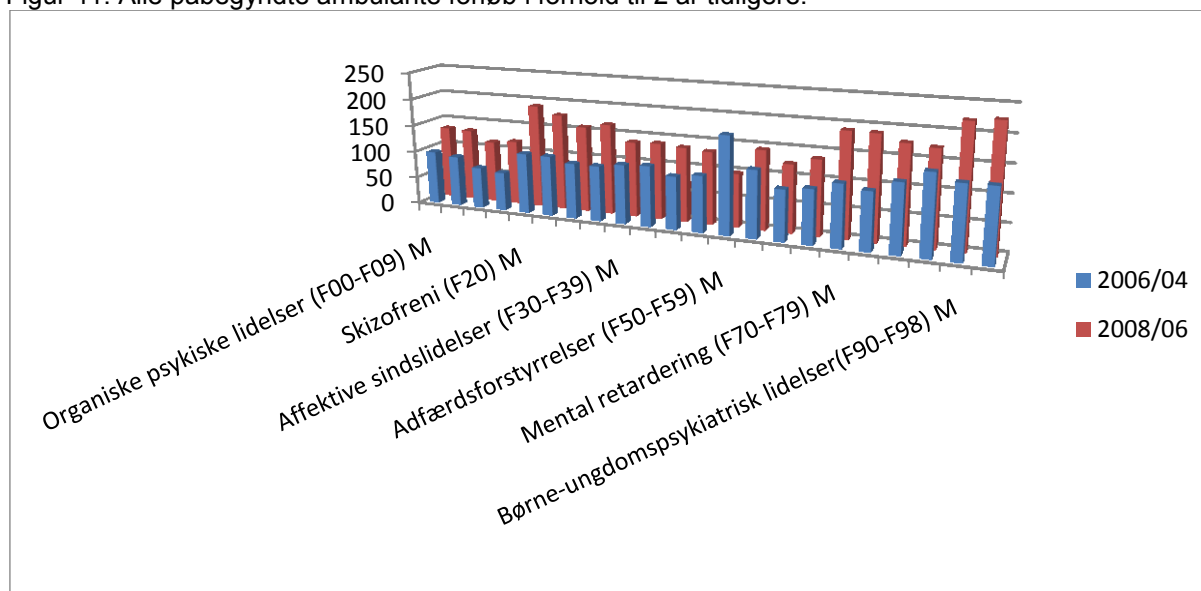
Figur 40. Alle påbegyndte ambulante forløb, 1999-2009.



Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

Den samlede vækst fra 2004 til 2006 er på 5 pct. Derimod er den samlede vækst fra 2006 til 2008 på hele 48 pct., og det meste heraf sker fra 2007-2008. Det er derfor åbenbart, at der er sket en markant ændring af aktiviteten efter kommunalreformen. Ændringerne 2004-06 og 2006-08 ses på søjlediagrammet, figur 35, som indekstal, dvs. 100 betyder uforandret:

Figur 41. Alle påbegyndte ambulante forløb i forhold til 2 år tidligere.



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 22, figur 42).

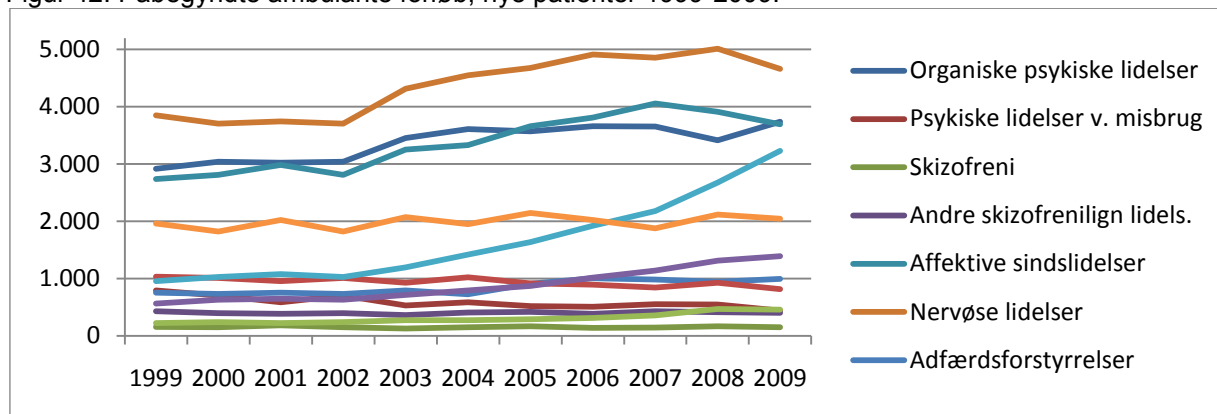
Tabel 22. Tilvækst i antal ambulante forløb i alt og antal førstegangsførløb, 2004-06 og 2006-08.

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

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 dem, 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..

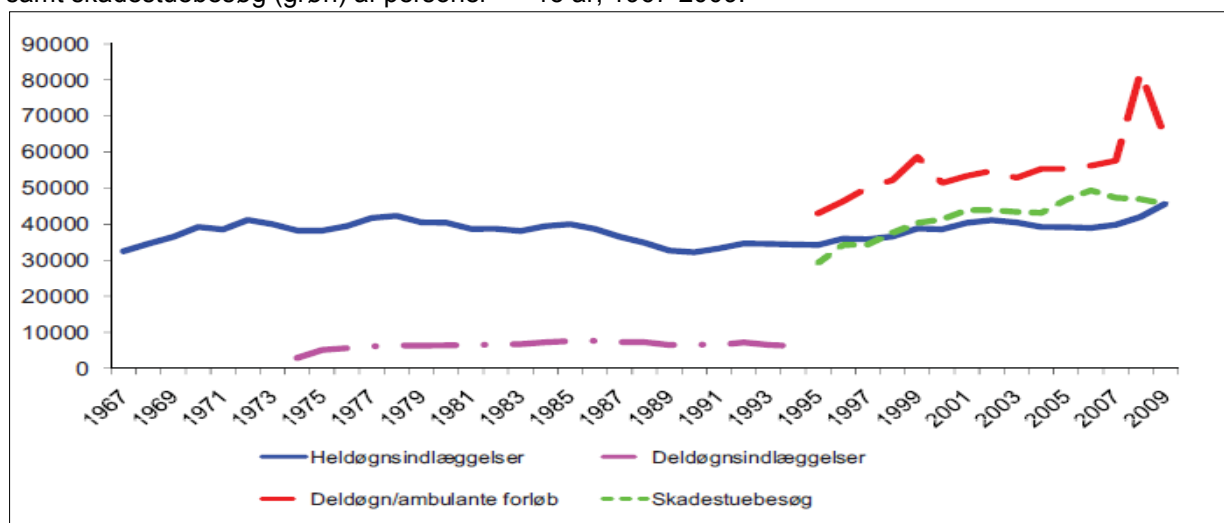
Figur 42. Påbegyndte ambulante forløb, nye patienter 1999-2009.



Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

Betragtes udviklingen på det psykiatriske område over en længere periode, ses det, at antallet af heldøgnsindlæggelser på et 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 først var langsom gennem 10 år og derefter ganske brat fra 2007 til 2008, figur 43.

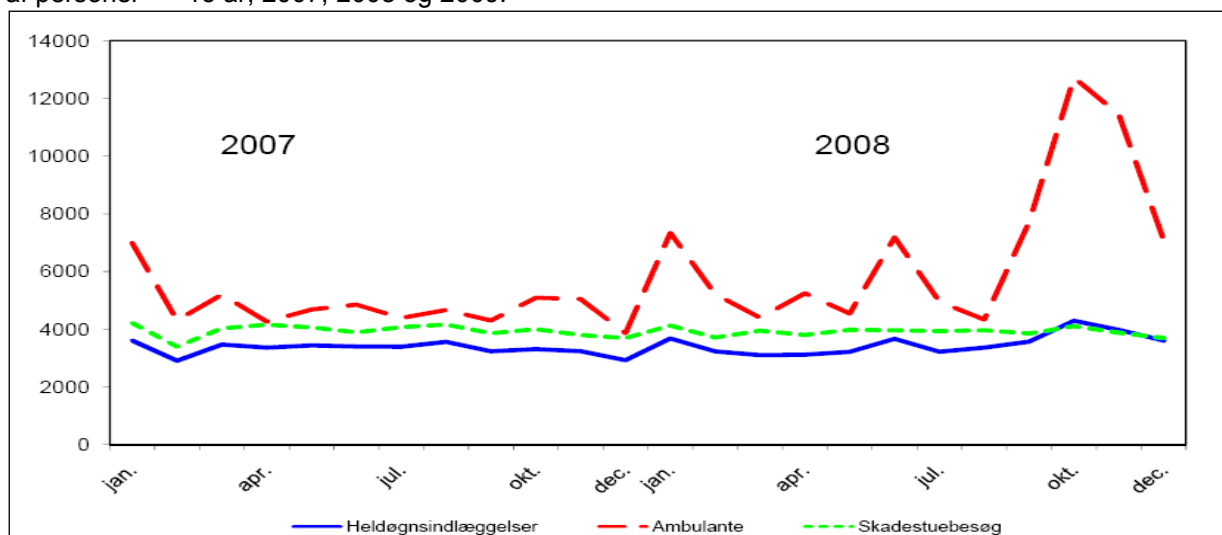
Figur 43. Heldøgnsindlæggelser (blå), deldøgnsindlæggelser (lilla), påbegyndte ambulante forløb (rød) samt skadestuebesøg (grøn) af personer >= 15 år, 1967-2009.



Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

Den konstaterede vækst i påbegyndte ambulante forløb er ikke startet, lige efter 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 44 viser, at man tidligere med mellemrum har startet en mindre "portion" ambulante forløb, men i slutningen af 2008 er det blevet til en rigtig stor portion. I 2009 er niveauet lidt højere end det var i 2007.

Figur 44. Heldøgnsindlæggelser (blå), påbegyndte ambulante forløb (rød) samt skadestuebesøg (grøn) af personer >= 15 år, 2007, 2008 og 2009.



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 23. Alle påbegyndte ambulante forløb og deldøgnsindlæggelser fordelt efter aktionsdiagnose. Hele landet.

	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 skizofrenilign. 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-ungd.psyk. 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 23 viser antallet af påbegyndte ambulante forløb og deldøgnsindlæggelser fordelt efter aktionsdiagnose, mens tabel 24 viser antallet af påbegyndte førstegangskontakter ved de ambulante forløb og deldøgnsindlæggelser, ligeledes fordelt efter aktionsdiagnose.

Tabel 24. Påbegyndte førstegangskontakter ved ambulante forløb og deldøgnsindlæggelse, fordelt efter aktionsdiagnose. Hele landet.

	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 lidels.	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-ungd.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

Samtidig med færdiggørelsen af dette papir kommer en undersøgelse fra DSI⁴⁶ om væksten på det psykiatriske område i perioden 2000-2008. Den nævner 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 de sociale forvaltninger, mens mindre alvorlige lidelser også betyder meget for jobcentrene, idet de modtager sygedagpenge og kontanthjælp.

Antallet af patienter med psykotiske lidelser er steget med 14 pct. i perioden 2000-2008, og 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 stærkere træk på socialpsykiatrien.

Den løbende omlægning af behandlingen fra sengeafdeling til ambulante og distriktspsykiatri betyder voksende behov for kommunal indsats. Det er imidlertid en udfordring for systemet, at en anden behandlingsform samtidig betyder en flytning af udgifterne 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 geniale måde at organisere behandlingssystemet. 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 betyde bedre behandling, men formentlig også større udgifter.

USTYRLIGHED OG STYRING

Siden den første kommunalreform har dansk forvaltning været præget af reformer. Forsøget med frikommuner og de Sociale Udviklings Midler i firserne satte gang i en projektkultur, som for alvor slog igennem i halvfemserne. Denne bottom-up tendens blev efterhånden modsvaret af en top-down reformbølge. Fælles sprog på ældreområdet, ældreråd, servicedeclarationer, 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 25. Tilfredshed og utilfredshed med sagsbehandling. 20-60-årige med handicap.

Kritik af kommunens sagsbehandling	1995 procent	2006 procent	Procent differens
Kommunen var ikke villig til at betale	56	33	- 23
Indsatsen var ikke koordineret	57	48	- 9
Tilfreds med sagsbehandlingen i alle sager	37	39	+2
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 handicap surveys 1995 og 2006.

Årene 1995-2006 var nogle af dem, hvor der skete flest af de tiltag, der skulle sikre borgerne en god og korrekt behandling. Tabel 25 viser, hvordan respondenterne på handicap surveys 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 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 gået op. Det er imidlertid kun marginalt, og så lidt at det ikke er signifikant.

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

Man oplever endvidere at der var for mange forskellige sagsbehandlere og at sagsbehandlings-tiden var 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 blev behandlet af det offentlige – blandt andet efter de ret negative resultater om sagsbehandlingen i 1995-surveyen.

Forhåbentlig er man blevet klogere i forbindelse med kommunalreformen 2007. Der er i hvert fald iværksat et arbejde om incitamentstrukturer og regler på det specialiserede socialområde, med en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra Finansministeriet, KL og Socialministeriet, som skal se på rammeaftaler, prisdannelse, takstfastsættelse samt køb og salg af pladser mellem kommuner, regioner og private leverandører. Dette arbejde har foreløbig affødt en analyse af en række konkrete tilbud⁴⁸.

En arbejdsgruppe med deltagelse af KL, Danske Regioner, Socialministeriet og Finansministeriet har analyseret takstudvikling og incitamentstrukturer på det specialiserede socialområde⁴⁹. Andre har også bidraget til at analysere de mange problemer, som dette område indeholder, som især har med den hastige udgiftsudvikling at gøre. Man kan nævne AKFs analyse af den specialiserede sociale indsats efter kommunalreformen⁵⁰, og Bogasons undersøgelse af tale, høre og synsinstitutionerne⁵¹.

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. Jeg skal derfor starte afsnittet med kort at pege på de traditioner, der har præget denne.

Hans Knudsens arbejde for at give fysisk handicappede mulighed for selvforsørgelse var verdenskendt i første del af 1900-tallet. K.K. Steincke fik gruppen ind under det, der dengang kaldtes ”værdig trængende”, og 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-Mikkelsens tanker om integration og sektoransvar. Det sidste er blevet hovedprincip for handicappolitikken med Det Centrale Handicapråd 1980 og handicapråd i kommunerne 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 Kallehauge⁵², at Danmark er godt med, hvad angår sociale ydelser. Derimod kan konventionen få væsentlig betydning på områderne tilgængelig-

hed, rehabilitering, integration på arbejdsmarkedet og forbud mod enhver form for diskrimination. Statens Byggeforskningsinstitut vurderer⁵³, at kravet om universel design vil få betydning, fordi det er langt mere end 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 (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, der 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", 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 forældre⁵⁴.

Artikel 25 handler om lighed med hensyn til sundhedsydelser. 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. Det gælder fx mennesker med udviklingshæmning og sindslidelse.

Artikel 26-27 handler om rehabilitering og beskæftigelse. SFI's undersøgelser siden 2002 viser det billede, at der er den lovgivning, der er brug for 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 ikke fungerer alt for godt⁵⁵.

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 i og med, at en ny kommune, som personen flytter til, vil tage stilling til ordningen og måske nå til en anden konklusion end fraflytningskommunen. Endvidere kan man spørge, om der i realiteten er fri bevægelighed for unge, når SFI's handicapundersøgelse 2006⁵⁶ viser, at boligændringer er meget sjældne i 20-30-års-alderen – en alder, hvor unge i almindelighed flytter mere end andre grupper.

Dette spørgsmål behandles af en igangværende EU støttet 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 handicap⁵⁷. 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 universel 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 ligget 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 afinstitutionisering. LEV ser det som en mulighed at det vil udvikle og styrke beboernes selvstændighed, og dermed deres evne til i højere grad at klare sig selv⁵⁸. Det lyder meget rigtigt. Man skal imidlertid være opmærksom på, at det ikke nødvendigvis omsættes automatisk i mindre udgifter. Hvis der ikke er en klar styring over det, kan en sådan gevinst næsten umærkeligt opsuges i andre aktiviteter.

Gruppen af sindslidende ændrer med handicapkonventionen i forvaltningssammenhæng status fra at have været en gruppe blandt andre "udsatte" – stofmisbrugere, hjemløse – til at blive en gruppe handicappede. Det er så nyt at man endnu ikke har set nogle konsekvenser 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, hvilket kan resultere i flere udgifter til at opfylde de krav, som konventionen indebærer. Konventionens artikler 27 og 28 danner således udgangspunkt for et notat om økonomiske levevilkår fra Det Centrale Handicapråd⁵⁹.

Uforklarede faktorer

Endelig er der 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. fra, at det er fænomener, som altid har præget mennesker, men hvor tolerancen er blevet mindre, over, at det er *potentia-aler*, 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 de seneste tiår, 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.

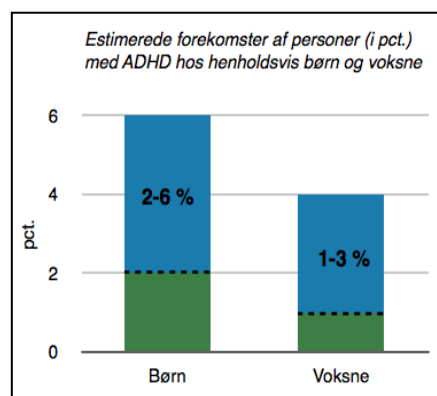
ADHD

Omkring 25.000 personer modtager medicinsk behandling for ADHD⁶⁰, men det reelle tal for, 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 symptomer⁶¹. ADHD rammer, ifølge flere forskere, drenge tre gange så hyppigt som piger⁶², dog med det forbehold, at denne forskning har haft fokus på netop de symptomer, som især drenge udvikler.

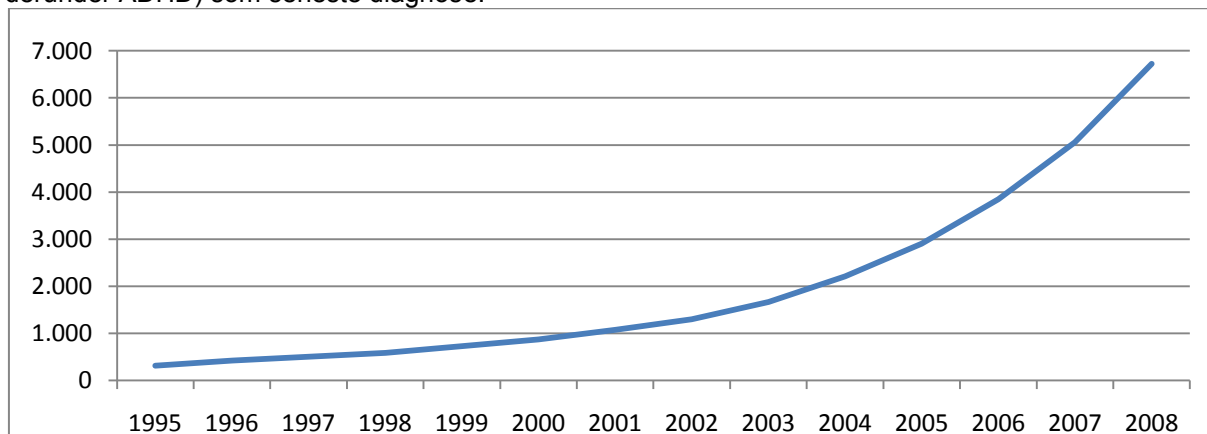
ADHD (opmærksomheds- og hyperaktivitetsforstyrrelse) er en medfødt udviklingsforstyrrelse, som bl.a. fører til koncentrationsbesvær og ukontrolleret impulsivitet. ADHD behøver dog ikke kun at omfatte hyperaktivitet, men også *hypoaktivitet*, hvor uopmærksomhed og en udbredt indelukkethed er særlige karakteristika. 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 diagnosen⁶³. Dette 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 de kommende år vil opleve et stigende antal personer med ADHD i Danmark, hvilke 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 om 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 voksenlivet⁶⁴.

Der stilles stadig flere diagnoser inden for gruppen DF90, hvor ADHD er placeret (figur 45). En beregning viser, at væksten på over 2.000 pct. er *mere end* eksponentiel! Det vides dog ikke, om den er fortsat siden 2008.



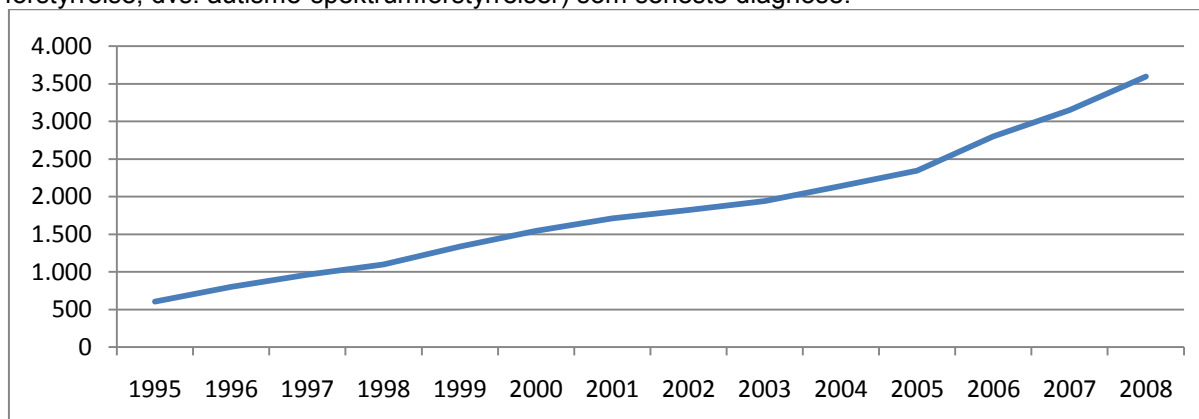
Figur 45: Antal heldøgnspatienter og ambulante kontakter med DF90 (hyperkinetiske forstyrrelser, derunder ADHD) som seneste diagnose.



Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

Der stilles ligeledes flere og flere diagnoser inden for Autisme-spekret, DF84 (figur 46). Her er væksten mere jævn, men som vist på figur 46 alt i alt på 800 pct. gennem perioden.

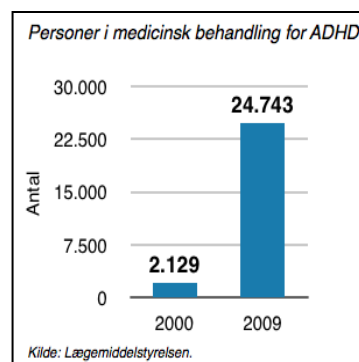
Figur 46: Antal heldøgnspatienter og ambulante kontakter med DF84 (gennemgribende udviklingsforstyrrelse, dvs. autisme-spektrumforstyrrelser) som seneste diagnose.



Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

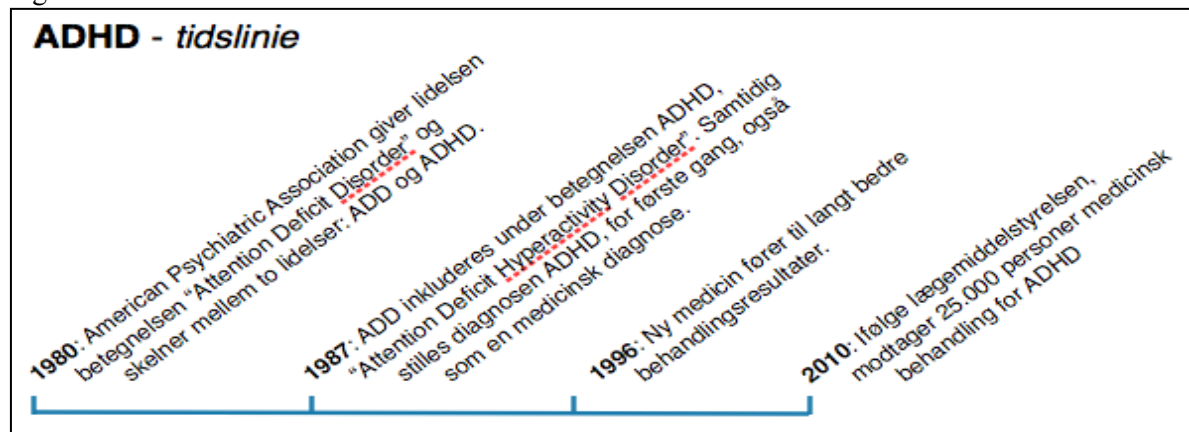
Stor stigning i antallet af personer i medicinsk behandling

Ifølge en rapport fra Lægemiddelstyrelsen er antallet af personer i medicinsk behandling mod ADHD steget fra 2.129 personer i 2000 til 24.743 personer i 2009, hvilket er en stigning på 1.162 pct.⁶⁵. 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 mod ADHD vidner om den enorme efterspørgsel og det stigende behov, der er for tilbud på området.



Ifølge *ADHD-foreningen*⁶⁶ 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 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 opdages⁶⁷.

Figur 47.



Kommunerne griber ADHD meget forskelligt an. SFI har netop foretaget en kortlægning af ADHD-indsatsen⁶⁸. 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 Servicestyrelsen, som skal starte næste år. Den skal fokusere på ADHD-indsatsen bl.a. i kommunerne, beskrive *good practice* og i det hele taget skabe bevidsthed om problematikken.

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, så garantien skal blot ses som et instrument til at få denne sat i gang.

Henvisningsprojektet om børne- og ungdomspsykiatrien⁶⁹ 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, også i andre lande, på at antallet af børn og unge med psykiske problemer overstiger de 0,9 pct. som børne- og ungdomspsykiatrien tager sig af i dag. For det andet stilles der større krav til børns sociale kompetence 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 mere almindelig 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 1989⁷⁰ 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 gråt område. Tilgangen til dette grå område vil betyde meget for det behov for behandling, man vil have på det børne- og ungdomspsykiatriske felt.

En mere lægefaglig undersøgelse ti år senere af 316 børn på 8-9 år, hvor der indgik diagnostiske interview⁷¹, 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 udvalgt. Men selv hvis næsten alle de børn, der ikke kom, 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 tolv år gammelt engelsksproget review opgør gennemsnittet af de fundne prævalenser til 8 pct. for førskolebørn, 12 pct. for skolebørn, og 15 pct. for teenagere⁷².

Opsamling

Dette notat afdækker nogle faktorer, som påvirker udgifterne til det specialiserede sociale område. Eksemplerne inden for dette område viser, hvordan forskellige faktorer kan påvirke udgifterne til området, og understreger at både behovsbetinget udvikling, faglig-teknologisk udvikling og politisk-administrativ udvikling kan påvirke udviklingen i udgifterne på området.

Den demografiske udvikling 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 – 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 sociale område, og dermed også udgifterne hertil. 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 udgiftsniveauet. Her spiller især den faglig-teknologiske udvikling ind. (fx kan nye behandlingsmuligheder i forbindelse med for tidlig fødsel og barnløshed, fordre nye behov for sociale indsatser, men reducere andre). Ligeledes kan udviklingen af behandlingsmetoder og indsatser påvirke udgiftsniveauet. Her spiller også både definatoriske afgrænsninger og nye eller andre behov en rolle.

Udviklinger i det administrative system, eksemplificeret via to reformer, viser sig også at kunne påvirke udgiftsniveauet til det specialiserede sociale område. Førtidspensionsreformen, som indebærer en ændring af tilkendelseskompetencen, peger i retning af en ændring i antallet af tildelte førtidspensioner. Også kommunalreformen indebærer påvirkede udbudte 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 blev det illustreret hvordan lovmæssige ændringer kan påvirke udgifterne til det specialiserede sociale område. Dette blev eksemplificeret med handicapkonventionen, som specificerer specifikke forhold for borgere med handicap, som sandsynligvis påvirker praksis i forhold til udbud af ydelser inden for det specialiserede sociale område.

Liste over SFI materialer på området

Igangværende projekter:

ADHD-kortlægning (Mogens Christoffersen)

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

ADHD-kortlægning (Steen Bengtsson)

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.

Stigmatisering af sindslidende (Charlotte Bredahl og Steen Bengtsson)

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.

Blindes levevilkår (Nuri Cayuelas)

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.

Børn med handicap (Steen Bengtsson)

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

Handicapydelse 2007 og 2008 (Steen Bengtsson)

Forskelle mellem kommuner i brug af handicapydelse. Ikke analyseret materiale.

Psykiatrireformer i Norden (Steen Bengtsson)

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.

Afsluttede projekter:

Sammenbrud i anbringelser af unge. (Tine Egelund et al.) SFI 10:06.

Cirka hver tredje anbringelsesforløb afbrydes uplanlagt. Årsagerne skal ofte findes i institutionernes håndtering af de unge. Mange anbringelsessteder afbryder forløbet pga. 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 Bengtsson, 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 skabe udgifter for kommunen.

Særlige dagtilbud til børn efter § 32 (Steen Bengtsson et al.). 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 et al.) 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 survey-undersøgelser 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 dag. 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 og 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 social problematik.

Udsatte børnefamilier i Danmark. (Mette Lausten, Helle Hansen og Alva Albæk Nielsen). SFI 10:14.

Psykisk handicappedes beskæftigelse (Helle Holt et al.) Rummelighedens rammer, 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, som sammenlignes med:

Handicap survey 2006 (Steen Bengtsson)

Folk hører bedre nu, 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.

Noter

¹ www.statistikbanken.dk

² Steen Bengtsson: *Handicap og funktionshæmning i halvfemserne*. SFI rapport 97:1

³ Steen Bengtsson: *Handicap og samfundsdeltagelse 2006*. SFI rapport 08:18.

⁴ *Helse*, 10. september 2003.

⁵ Marie Henriette Madsen, Anne Hvenegaard og Eskild Klausen Fredslund: *Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger*. Dansk Sundhedsinstitut Januar 2011, side 7.

⁶ Materiale fremskaffet fra Center for Psykiatrisk Grundforskning, Risskov.

⁷ *Stofmisbrugere i Danmark 1996-2005*. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2006:23.

⁸ Mads Uffe Pedersen: *Stoffri døgntilrettelæggelse 1997 til 2007*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet 2009.

⁹ Marie Henriette Madsen, Anne Hvenegaard og Eskild Klausen Fredslund: *Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger*. Dansk Sundhedsinstitut Januar 2011, side 47-49.

¹⁰ Nævnt i e-mail.

¹¹ Lau Laursen, Knud-Erik Sabroe og Sven Sabroe: *Alkoholbrug og alkoholpolitik*. Center for Rusmiddelforskning, Århus Universitet 2004.

¹² Marianne Freds Geoffroy, Finn Zierau og Ulrik Becker: *Alkoholafhængighed*. *Ugeskrift for Læger* 2005;167(40):3808.

¹³ Signe Hald Andersen (red.): *Når man anbringer et barn. Baggrund, stabilitet i anbringelsen og det videre liv*. Rockwool Fonden 2010.

¹⁴ Mette Lausten, Helle Hansen og Alva Albæk Nielsen: *Udsatte børnefamilier i Danmark*. SFI 10:14. 2010.

¹⁵ Mogens Nygaard Christoffersen: *Anbragte børns livsforløb*. SFI rapport 93:11.

¹⁶ Bo Vinnerljung: *Fosterbarn som vuxna*, Lund 1996.

¹⁷ Emery, A.E.H. & Rimoim, D.L. 1990. *Principles and Practice of Medical Genetics*, Second Edition. New York, Churchill Livingstone.

¹⁸ K. Patja, 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* Vol 44, 5, pp 591-599.

¹⁹ A.H.Bittles, 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*. Vol 57, 7, pp M470-M472.

²⁰ David Strauss, Robert Shavelle, Robert Reynolds, Lewis Rosenbloom, Steven Day: Survival in cerebral palsy in the last 20 years: sings of improvement? *Developmental Medicine & Child Neurology* 2007, 49: 86-92.

²¹ J: Robertson et al.: Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 21, (2000), pp 469-486.

²² Marie Louise Knigge: *Mad til forhandling*. UFC Handicap 2005.

²³ John Erik Stig Hansen, side 101 i Poul Storgaard Mikkelsen: *Den optimale behandling – om medicinsk etik*. Systime 2008.

²⁴ Danmarks Radio <http://www.dr.dk/Nyheder/Indland/2007/01/15/073540.htm>

²⁵ ETFOL-undersøgelsen, papir af læge Bo Mølholm Hansen, www.rigshospitalet.dk

²⁶ *Ugeskrift for læger* 2006:168(23). 2243.

²⁷ Balling, Eschen & Verder: Neonatal mortalitet ved svangerskabslængde mindre en 30 fulde uger for børn behandlet primært på et centralsygehus. *Ugeskrift for læger* 2001;163(8):1058.

²⁸ Hanne Agerholm: Efterundersøgelse af børn i 9-10-års-alderen født i Nordjyllands Amt i 1988 og 1989 med en fødselsvægt <= 1500 gram. *Nyt om Forskning* nr. 2, 1999, side 10-17.

²⁹ Agerholm, *Danske Fysioterapeuter* n. 2/1999, 10-17.

³⁰ Bendt Nygaard Jensen og Kaj Otto Jensen: *Svagsynede børn i skole og fritid – En artikelsamling*. Videnscenter for Synshandicap 2005, Kap. 10.

³¹ Se www.sundhedsplejersken.info/7752 og *Livsbladet*, Marts 2004, 5. årgang- nr.1.

-
- ³² Catherine Limperopoulos et al.: Positive Screening for Autism in Ex-Preterm Infants: Prevalence and Risk Factors. *Pediatrics* 2008; 121;758-765.
- ³³ S.B. Morse et al.: Early school-age outcomes of late preterm infants. *Pediatrics* 2009 April;123(4):e622-9.
- ³⁴ K.M. Linnet et al.: Gestational age, birthweight and the risk of hyperkinetic disorder. *Archives of Disease in Childhood*, juni 5; 2006.
- ³⁵ Sun, Y., Vestergaard, M., Christensen, J., Zhu, J.L., Bech, B.H. & Olsen, J.: Epilepsy and febrile seizures in children of treated and untreated subfertile couples. *Human Reproduction*, 22 (1) 215-220, 2007.
- ³⁶ Barbara Hoff Esbjørn et al.: Ekstremt tidligt fødte børn og forældrenes behov for støtte. *Ugeskrift for Læger* 170/42, s. 3331.
- ³⁷ Erhvervs- og Byggestyrelsen: *Et portræt af den danske hjælpemiddelbranche. Erhvervspotentialet i branchen for hjælpemidler og tilknyttede serviceydelser*. 2009.
- ³⁸ Steen Bengtsson: *Bestemmer forvaltningen om du får førtidspension – kommunens forvaltningspraksis og tilkendelse af førtidspension*. SFI rapport 02:15.
- ³⁹ Førtidspensioner: *Årsstatistik 2009*. Ankestyrelsen.
- ⁴⁰ Ankestyrelsens praksisundersøgelser: *Førtidspension til personer med en psykisk lidelse*. 2007.
- ⁴¹ Kilde: Førtidspensioner: *Psykisk sygdom og kriminalitet*. Socialministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Justitsministeriet. 2006.
- ⁴² Marie Henriette Madsen, Anne Hvenegaard og Eskild Klausen Fredslund: *Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger*. Dansk Sundhedsinstitut Januar 2011, side 51-55.
- ⁴³ *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*. Sundhedsstyrelsen 2011.
- ⁴⁴ Steen Bengtsson: Danmark venter stadig på sin psykiatireform. SFI rapport 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 tekst blev skrevet er emnet blevet behandlet langt mere udførligt i Marie Henriette Madsen, Anne Hvenegaard og Eskild Klausen Fredslund: *Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger*. Dansk Sundhedsinstitut Januar 2011.
- ⁴⁶ Marie Henriette Madsen, Anne Hvenegaard og Eskild Klausen Fredslund: *Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger*. Dansk Sundhedsinstitut Januar 2011.
- ⁴⁷ Steen Bengtsson: *Danmark venter stadig på sin psykiatireform*. SFI rapport 11:30.
- ⁴⁸ Deloitte: *Analyse af udvalgte tilbud på det specialiserede socialområde*. Finansministeriet, Socialministeriet, KL og Danske Regioner 2010.
- ⁴⁹ *Analyse af takstudviklingen og incitamentsstrukturer på det specialiserede socialområde*. Finansministeriet 2010.
- ⁵⁰ Inge Storgaard Bonfils og Nicholas Permin Berger (2010): *Kommunalreformen og specialiserede tilbud på handicapområdet år 2009*. AKF Working paper
- ⁵¹ Peter Bogason: *Strukturreformen og kommunikationscentre*. Bogason Consulting 2009.
- ⁵² Holger Kallehauge: En FN-konvention om handicaprettigheder, *Hjernesagen* nr. 4, 2005.
- ⁵³ Pressemeldelse 13.10.2009, www.sbi.dk.
- ⁵⁴ Forældre med funktionsnedsættelse – og deres børn. *Lighedstegn* nr. 3, 2009.
- ⁵⁵ *Uddannelsesresultater og -mønstre for børn og unge med handicap*. Capacent 2009.
- ⁵⁶ Steen Bengtsson: *Handicap og samfundsdeltagelse 2006*. SFI rapport 08:18.
- ⁵⁷ Lise Bjerre & Maria Lincke Jørgensen: *Vold mod kvinder med handicap*. Formidlingscenter Øst, 2002.
- ⁵⁸ Mail fra Thomas Gruber, LEV, den 12.10.2010.
- ⁵⁹ Økonomiske levevilkår for personer med funktionsnedsættelse. Baggrundsnotat – bilag til DCH møde 3/2010. Center for Ligebehandling af Handicappede 2010.
- ⁶⁰ Lægemiddelstyrelsen (2010): "Mere end ti-dobling i antallet af personer i behandling med medicin mod ADHD på ti år." Offentliggjort d. 29.3.2010.
- ⁶¹ ADHD-foreningen (2006): "*Voksne med ADHD*". [<http://adhd.dk/fileadmin/dokumenter/voksne/Pjece-voksnemedADHD.pdf>].
- ⁶² Sundhedsstyrelsen (2007): "*Referenceprogram for angstlidelser hos voksne*". [http://www.sst.dk/publ/Publ2007/PLAN/SfR/SST_Angstrapport_web.pdf]. Side 13.

-
- ⁶³ Sundhedsstyrelsen (2007): “*Referenceprogram for angstlidelser hos voksne*”. [http://www.sst.dk/publ/Publ2007/PLAN/SfR/SST_Angstrapport_web.pdf]. Side 103.
- ⁶⁴ Sundhedsstyrelsen (2007): “*Referenceprogram for angstlidelser hos voksne*”. [http://www.sst.dk/publ/Publ2007/PLAN/SfR/SST_Angstrapport_web.pdf]. Side 13.
- ⁶⁵ Lægemiddelstyrelsen (2010): “Mere end ti-dobling i antallet af personer i behandling med medicin mod ADHD på ti år.” Offentliggjort d. 29.3.2010. [http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/db/filarkiv/7849/ADHD_notat.pdf]
- ⁶⁶ Sundhedsstyrelsen (2007): “*Referenceprogram for angstlidelser hos voksne*.” [http://www.sst.dk/publ/Publ2007/PLAN/SfR/SST_Angstrapport_web.pdf]. Side 103.
- ⁶⁷ Sundhedsstyrelsen (2007): “*Referenceprogram for angstlidelser hos voksne*.” [http://www.sst.dk/publ/Publ2007/PLAN/SfR/SST_Angstrapport_web.pdf]. Side 103.
- ⁶⁸ Bengtsson, Steen; Alim, Winnie; Holmskov, Henriette; Lund, Andreas (2011): *Den sociale indsats til mennesker med ADHD. En kortlægning*. Kbh.: SFI 11:17.
- ⁶⁹ *Henvisningsprojektet i børne- og ungdomspsykiatrien*. Rambøll Management i samarbejde med Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland. Rapport februar 2008.
- ⁷⁰ M Madsen, A Lindahl, P Bjerregaard et al.: *Børns sundhed ved skolestart 1988/89*. København, Dike 1991.
- ⁷¹ Dorthe Janne Petersen & Nils Billenbergh: Forekomsten af børnepsykiatriske sygdomme hos danske 8-9-årige børn. *Ugeskrift for Læger* 165/40, 2003.
- ⁷² Roberts et al.: Prevalence og Psychopathology Among Children and Adolescents. *American Journal of Psychiatry* 155:6, juni 1998.