

Antalet utvecklingsstörda — en följd av samhälleliga insatser?

Teut Wallner

Enligt socialstyrelsens statistik (Meddelandeblad 21/83) har åldersstrukturen bland psykiskt utvecklingsstörda ändrats markant sedan 1973, under det att antalet och andelen utvecklingsstörda i hela populationen inte har ändrats. Det finns färre barn och ungdomar och fler vuxna.

Som orsaker till förändringarna under åren 1973–1982 kan tillsvidare hypotetiskt anföras ökad prenatal diagnostik, förbättrad förlossningsteknik, införandet av antibiotika 1948 samt ytterligare påtagliga förbättringar i den medicinska och sociala omvårdnaden för psykiskt utvecklingsstörda vid i övrigt oförändrade förhållanden. Utöver den prenatala diagnostiken var de nämnda åtgärderna i det enskilda fallet inte avsedda att få just denna verkan. Men om hypoteserna — helt eller delvis — är sanna betyder detta att antalet utvecklingsstörda i samhället i framtiden är styrbart hävdar artikelförfattaren Teut Wallner, som är psykolog vid socialstyrelsens byrå för handikappfrågor.

År 1973 genomförde socialstyrelsen den första inventeringen av åldersfördelningen bland enligt omsorgslagen förtecknade psykiskt utvecklingsstörda i Sverige. En motsvarande inventering genomfördes 1982. Resultaten av dessa två inventeringar redovisas i *tabell 1*.

Av tabell 1 framgår följande.

- Både populationen utvecklingsstörda och totalbefolkningen har ökat något från 1973–1982. Relationen mellan de två populationerna i sin helhet är oförändrad.

- Relativt stora förändringar finns däremot i de båda populationernas åldersgrupper: Andelen barn och ungdomar är nu mindre än för tio år sedan, andelen av vuxna däremot har ökat. Den mest iögonfallande skillnaden mellan totalbefolkningen och psykiskt utvecklingsstörda är att dessa förändringar är större bland de utvecklingsstörda.

Eftersom förändringarna inte kan förklaras med slumpen, ska dessa i det följande närmare analyseras och tänkbara orsakssammanhang påvisas och diskuteras.

Förändringar bland barn upp till sex års ålder

Födelseantalet har sjunkit kraftigt sedan 1966 (högsta antalet födda under de senaste 30 åren) från 120 000 till 110 500 år 1973 och vidare till 93 100 år 1982 (SCB, Statistiska meddelanden, HS 1983:9). Förändringen uttryckt i indextal (1973 = 100) framgår av tabell 1. Jämförelse mellan totalbefolkningens och de psykiskt utvecklingsstördas indextal visar att minskningen av antalet psykiskt utvecklingsstörda är större än minskningen hos totalbefolkningen. Hade utvecklingen bland de utvecklingsstörda följt totalbefolkningens, borde det — trots den allmänna minskningen — ha funnits ca 500 barn i åldern 0–3 år i stället för endast 403. Och i stället för endast 806 barn i åldern 4–6 år borde det finnas minst 900. Minskningen kan sålunda inte förklaras

Andelen utvecklingsstörda barn och ungdomar i befolkningen har minskat signifikant, under det att andelen vuxna, över 25 år, ökat.

Tabell 1. Åldersfördelning hos psykiskt utvecklingsstörda i relation till totalbefolkningen i Sverige 1973 och 1982

Population

Ålder	1973			1982			Förändringar 1973/1982	
	Totalt	utvecklingsst.		Totalt	utvecklingsst.		1973 Index = 100	
		n	%		n	%	Totalt	utvecklingsstörda
0-3	442 027	576	0,13	381 279	403	0,11	86	70
4-6	342 393	1 060	0,31	290 038	806	0,28	85	76
7-16	1 116 599	7 898	0,71	1 130 146	6 823	0,60	101	86
17-21	548 742	4 611	0,84	581 477	4 488	0,77	106	97
22-64	4 498 685	19 292	0,43	4 612 356	21 273	0,46	103	110
65-	1 195 982	1 745	0,15	1 332 188	2 000	0,15	111	115
Totalt	8 144 428	35 182	0,43	8 327 484	35 793	0,43	102	102

enbart med stigande antalet legala aborter och andra fenomen, som anförs för befolkningsminskningen. Det måste finnas ytterligare faktorer, som dessutom endast gäller för utvecklingsstörda.

Närmast till hands ligger här antagandet, att inskrivningsnormer för utvecklingsstörda har blivit mera restriktiva. Så är dock uppenbarligen inte fallet. (För övrigt förtecknas i denna åldersgrupp i stort endast barn med Downs syndrom (ca 50%) och gravt utvecklingsstörda, ofta med tillkommande handikapp.) Inte heller har andra administrativa, ekonomiska, psykologiska eller pedagogiska åtgärder vidtagits, som kan antas ha nämnda konsekvenser. På det medicinska området däremot har den sk fosterdiagnostiken gjort stora framsteg under det gångna decenniet både vad beträffar diagnostiska möjligheter och praktisk tillämpning. Antal utförda prov har ökat.

Genom fosterdiagnostiken kan en rad skador, missbildningar och sjukdomar fastställas på ett tidigt stadium av graviditeten. Detta möjliggör *målinriktad prenatal selektion*. I socialstyrelsens PM 27/82 har fosterdiagnostiken behandlats utförligt. Här skall endast några relevanta data meddelas.

En av de identifierbara skadorna är trisomi 21 (Morbus Down). Risken att få ett barn med Downs syndrom är

- mindre än 1: 1000 hos kvinnor i 20-29 års ålder
- 1: 300 för 35 åriga kvinnor och inte mindre än
- 1:50 för kvinnor över 40 år

Andelen barnaföderskor 35 år eller äldre är för närvarande drygt sju procent i Sverige. Andelen

kvinnor över 35 år som genomgått provtagning är omkring 30 procent.

Det särskilda bortfallet av ca 100 utvecklingsstörda barn i åldern 0-3 år vore förklarad, om bara

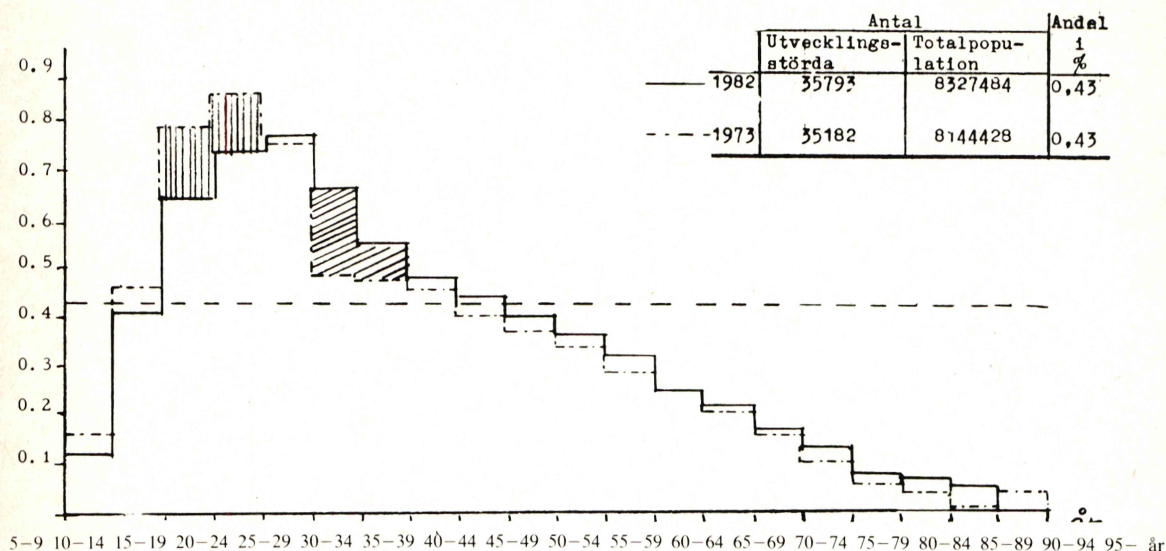
Tabell 2. Legala aborter på grund av konstaterad fosterskada i Sverige 1970-1982

År	Antal aborter på grund av fosterskada efter 18:e veckan*			Totalantalet kända på grund av trisomi 21 aborterade fall**
	totalt	därav med kromo-somavvikelse	därav med trisomi 21	
1970				0
1971				1
1972				1
1973				1
1974				2
1975				5
1976				8
1977	30	20	13	22
1978	36	17	9	9
1979	53	19	8	15
1980	60	47	25	26
1981	67	43	25	30
1982	81	47	22	39

* Data 1977-1982: Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga sociala och medicinska frågor (delvis opublicerade).

** Källa för data 1970-1977: Jan Lindsten: Incidence of Down's Syndrome in Sweden During the Years 1968-1977. I: Trisomy 21, An International Symposium, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York, 1981. 1978-1982: Socialstyrelsens byrå FAP 3.

Diagram 1. De psykiskt utvecklingsstördas andel av folkmängden 1973 och 1982 i femårsintervaller



25–30 foster med Downs syndrom aborterades årligen efter positiv prenatal diagnostik. Och detta är åtminstone sedan 1980 fallet (se tabell 2). Därutöver finns enligt tabell 2 samtidigt ett antal aborterade foster med kromosomavvikelse som i regel likaledes medför psykisk utvecklingsstörning. Det resterande särskilda bortfallet bland 4–6-åriga utvecklingsstörda barn kan täckas av dessa fall.

Förändringar bland skolpliktiga barn och ungdomar

Även i ålderskategorin barn och ungdomar 7–16 år är minskningen bland utvecklingsstörda större än i den övriga befolkningen (se tabell 1). Det "fattas" ca 1200 fall. I stället för 6823 personer borde det finnas ca 8000 i denna åldersgrupp. Ännu mer iögonfallande blir minskningen i stapeldiagram 1 (lodrätt streckat fält) som har en indelning i femårsintervaller. De bakomliggande siffrvärdena för årsgruppen mellan 10–19 år framgår av tabell 3. En enkel förklaring för denna minskning med hjälp av en enda faktor finns tills vidare inte. Antagligen är det flera faktorer som samverkar med olika vikter och även vid olika tider.

Några officiella ändringar i inskrivningsrutiner eller bedömningen av utvecklingsstörning har inte heller för denna åldersgrupp förekommit under tids-

perioden 1973–1982. Detta utesluter inte att en smygande attitydförändring vid inskrivning i särskolan kan ha fått märkbara följder. Med ledning av tabell 3 kan uträknas, att det 1982 fanns 695 färre barn och ungdomar än 1972. En uppdelning av bortfallet efter kön visar att det var 533 färre pojkar mot endast 162 färre flickor. Visserligen är män överrepresenterade bland utvecklingsstörda (56%) men minskningen är ändå helt oproportionellt. Förmodligen bedöms svagbegåvade och framför allt "störande" manliga elever något annorlunda än förr.

Inte alla förlossningar förlöper utan komplikationer. Något över 1% av alla förlösta barn i Sverige drabbas av grav asfyxi (syrebrist under fem minuter eller längre tid). Det rör sig sålunda om ca 900–1000 barn årligen. Syrebristen kan resultera i psykisk utvecklingsstörning. Sedan mitten av 1960-talet har det skett en märkbar förbättring av förlossningstekniken:

- 1965 utfördes tex ca 1850 kejsarsnitt i landet.
- Det är 1,5 procent av totalantalet förlossningar (123 000) detta år.
- 1968 var det ca 2800
- 1970 ca 3800 och
- 1973 redan 6000.

Antar man att endast 5% av de sedan 1965 tillkommande antalet genom kejsarsnitt förlösta bar-

Tabell 3 Åldersfördelning efter kön i åldersgrupperna 10–19 år hos psykiskt utvecklingsstörda 1973 och 1982 i Sverige

Ålder	Folkmängd					
	1973			1982		
	totalt	därav p u		totalt	därav p u	
		totalt	%		totalt	%
Män						
10–14	274 874	2 479	0,92	285 848	2 041	0,71
15–19	275 133	2 684	0,96	311 774	2 589	0,83
S:a	500 007	5 163	0,94	597 622	4 630	0,77
Kvinnor						
10–14	260 355	1 671	0,65	272 381	1 512	0,56
15–19	262 073	1 863	0,70	296 313	1 860	0,63
S:a	522 428	3 534	0,68	568 694	3 372	0,59
Män och kvinnor						
10–19	1 072 435	8 697	0,81	1 166 316	8 002	0,69

nen undgick prenatal asfyxi, rör det sig om ca 800 barn. I dag ligger andelen kejsarsnitt vid ca 12 % av födslarna per år. Utgår man från att det i framtiden utförs 10000 kejsarsnitt per år och andelen därigenom förhindrade utvecklingsstörningar på grund av prenatal asfyxi är 5 %, sjunker antalet utvecklingsstörda med ca 20–25 % per årgång bland skolpliktiga barn. Dessa två förklaringar tillsammans täcker i stort sett minskningen av antalet och andelen bland utvecklingsstörda skolpliktiga.

Därutöver finns några marginella förändringar. Under de senare åren har en förskjutning skett i åldersfördelningen bland barnaföderskor mot yngre åldrar. Därmed minskade även risken för Morbus Down. Samtidigt ökar emellertid förekomsten av Morbus Down hos yngre barnaföderskor. Hur stort inflytande dessa förändringar har på antalet utvecklingsstörda är svårt att uppskatta. För övrigt förbättrades diagnos- och behandlingstekniker för ämnesomsättnings-rubbningar. 1965 infördes tex PKU-screening (PKU = fenylketonuri). Inga barn

har sedan dess blivit utvecklingsstörda på grund av PKU. Även om antalet är mycket litet i förhållande till totalantalet utvecklingsstörda i en årgång (ca 4–5 fall), inverkar alla förbättringar på slutsumman.

Förändringar hos vuxna

Som redan nämnts ökar antalet och andelen vuxna utvecklingsstörda. Men denna ökning fördelar sig mycket ojämnt på yngre (upp till 35 års ålder) och äldre, varför dessa två kategorier ska behandlas var för sig. Hur olika fördelningarna är framgår av diagram 1, där den årgångsvisa andelen utvecklingsstörda i totalbefolkningen för 1973 och 1982 redovisas: Den procentuella andelen 25–34-åringar i totalbefolkningen är mycket större 1982 än 1973 (det snedstreckade fältet i diagram 1).

1973 var andelen 20–24-åringar (alltså födda efter 1948) 0,76 procent av den jämnåriga befolkningen, i gruppen 25–29-åringar (födda 1948 eller tidigare) endast 0,49 procent.

1982 däremot var andelen numera 20–24-åringar nästan oförändrat 0,75 procent, andelen bland 25–29-åringar 0,65 procent och andelen 30–34-åringar 0,55 procent. Samtliga i dessa åldersgrupper föddes 1948 och senare.

Denna mycket kraftiga ökning kan förklaras med följande hypotes: 1948 registrerades i Sverige antibiotika som läkemedel. Även om inga data därom

En märkbar ökning av andelen psykiskt utvecklingsstörda finns över nästan samtliga årgångar över 25 år.

föreligger kan antas att många utvecklingsstörda barn har överlevt för dem livsfarliga infektioner endast tack vare antibiotika. Men gruppen "överlevande" är med stor sannolikhet ännu större än här redovisad. Många psykiskt utvecklingsstörda ungdomar har nämligen efter intensiv träning och undervisning kunnat tas ut ur förteckningen, vilket 1973 officiellt inte var möjligt.

En mindre kraftig men ändå märkbar ökning av andelen psykiskt utvecklingsstörda i befolkningen finns över nästan samtliga årgångar som idag är äldre än 35 år mot motsvarande årgångar 1973 (diagram 1).

Visserligen kan man inte helt utesluta nytillkommande, men om sådana finns rör det sig med sannolikhet om personer, som tidigare har skrivits ut ur omsorgerna och nu åter är i behov av dessa. Förklaringen för denna minskning av överdödligheten är med sannolikhet den under det gångna decenniet märkbart förbättrade medicinska vården för psykiskt utvecklingsstörda i förening med de många psyko-socialt betingade förbättringar av de utvecklingsstördas levnadsförhållanden.

.....
Om hypoteserna om orsaker till förändringarna i åldersstrukturen är riktiga har det stora konsekvenser för hälso- och sjukvårdsplaneringen.
.....

Konsekvenser

Förändringarna i åldersstrukturen bland psykiskt utvecklingsstörda under enbart ett enda decennium är stora och genomgripande. (Forskare och andra intresserade, som vill göra egna beräkningar, kan få ett mera differentierat siffermaterial från socialstyrelsens byrå för handikappfrågor eller författaren.)

För dessa förändringar har förklaringar lämnats i form av hypoteser. Om dessa hypoteser – helt eller delvis – är riktiga, medför kännedomen om de bakomliggande faktorerna stora konsekvenser i första hand för den framtida hälso- och sjukvårdsplaneringen. Begränsning eller utökning av antalet kejsarsnitt, metodiska förbättringar av den prenatala diagnostiken m m kan inte vidtas utan tanke på konsekvenserna för ökning respektive minskning av antalet psykiskt utvecklingsstörda vid oförändrade diagnostiska kriterier, inskrivningsrutiner etc.