

Notat

## Anbragte unge med psykiske vanskeligheder



Mette Lausten

*Anbragte unge med psykiske vanskeligheder*

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-93626-83-6

Forsidefoto: Pexels

Projekt: 100562

**VIVE – Viden til Velfærd**

**Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd**

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

# Indhold

Sammenfatning .....	4
1 Indledning.....	5
2 Datagrundlag.....	6
2.1 Opdeling på type af anbringelsesforløb .....	6
3 Udbredelsen af psykisk mistrivsel.....	8
3.1 Lavt selvværd og følelsen af ensomhed og at være udenfor .....	8
3.2 Symptomer på ADHD og depression.....	9
3.3 Brug af rusmidler.....	10
4 Udbredelsen af psykiske lidelser .....	12
4.1 Psykiatriske diagnoser samlet .....	12
4.2 Prævalensen af ADHD-diagnoser .....	13
4.3 Prævalensen af depression blandt børn og unge.....	14
4.4 Prævalensen af tilknytningsforstyrrelser .....	15
5 mistrivsel blandt anbragte med psykiske lidelser .....	17
5.1 Sandsynligheden for at have en psykisk diagnose.....	17
5.2 Sandsynligheden for psykisk diagnose blandt anbragte .....	19
Litteratur .....	21

# Sammenfatning

En ikke ubetydelig andel af danske unge udviser tegn på psykisk mistrivsel (se Due m.fl., 2014; Holstein m.fl., 2011, KL; 2018; Ottosen & de Montgomery, 2016; Ottosen, 2012; Ottosen m.fl., 2014, for at nævne et par undersøgelser). Samtidig er anbragte børn ofte udsat på flere forskellige arenaer end børn og unge generelt (Ottosen m.fl., 2015; Lausten & Jørgensen, 2017). Adskillige internationale studier og enkelte danske peger endvidere på, at anbragte børn og unge er uforholdsmæssigt ofte ramt af psykiske vanskeligheder sammenlignet med børn og unge generelt (se ex. Egelund & Lausten, 2009; Pecora m.fl., 2009). Anbragte børn og unge med behov for psykiatrisk behandling eller særlig omsorg i forbindelse med psykiske vanskeligheder udfordrer derfor i høj grad det sociale arbejde med udsatte børn og unge og stiller høje krav til de specifikke anbringelsessteder, der skal tage hånd om børnene og de unge.

Formålet med dette notat er at undersøge niveauet af psykisk sårbarhed blandt anbragte unge nærmere, både i forhold til psykisk trivsel/mistrivsel, så som følelsen af at være ensom eller være udenfor, have lavt selvværd og bruge rusmidler til at slippe for tanker og følelser eller bruge rusmidler, når man er alene, men også psykisk sårbarhed i forhold til psykiske lidelser og diagnosticering, og sammenligne resultaterne med psykisk sårbarhed blandt unge generelt.

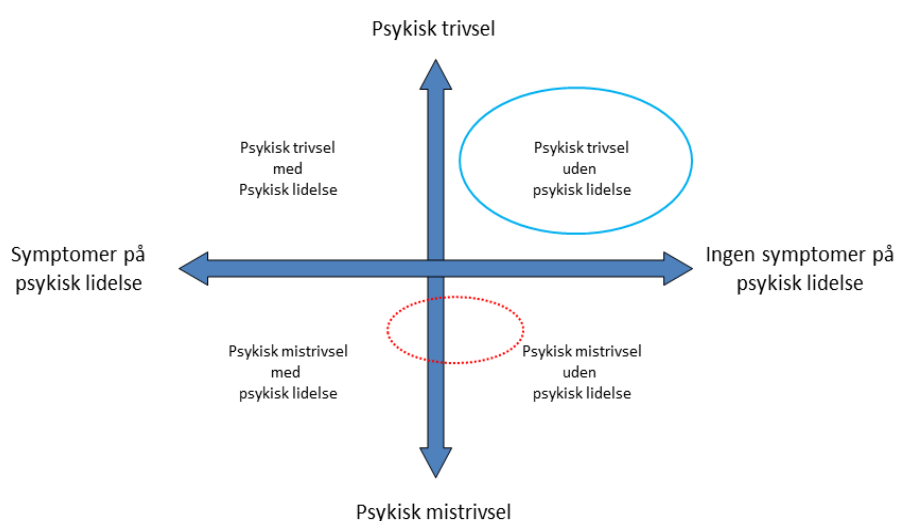
Udsatte unge, defineret i dette notat som unge, der er eller har været anbragt, og unge, der modtager forebyggende foranstaltninger, er på alle måder mere udsat for psykisk sårbarhed end unge generelt. Resultaterne fra dette notat viser, at der ofte er en faktor 2 eller mere til forskel, uanset om vi ser på ensomhed, 16 pct. af alle unge anbragte føler sig ofte ensomme mod 6 pct. af alle unge generelt, eller om vi ser på psykiatriske diagnoser, hvor 44 pct. af alle unge anbragte har fået en diagnose som 19-årig, mod 7 pct. af alle unge generelt. Når vi i analyserne tager højde for de unges baggrundsforhold og opvækst, finder vi, at anbragte unge har 13 gange så stor sandsynlighed for at have en psykiatrisk diagnose som 19-årig, sammenlignet med unge generelt.

Anbragte unge er altså på mange måder meget mere udsat for psykisk mistrivsel og psykiske lidelser end de unge, vi ofte – og måske uretmæssigt – sammenligner dem med. Vi har også påvist en signifikant sammenhæng mellem psykiske lidelser og manglende afslutning af folkeskolen, og at de unge ikke er i gang med en ungdomsuddannelse, uden dog at kunne sige noget om, hvad der fører til hvad. Det er dog sandsynligt, at udsatte unge i psykisk mistrivsel eller med en eller flere psykiske lidelser er svære at fastholde i uddannelsessystemet, og at der skal gøres en ekstra indsats, både for at de unge trives bedre, men også, for at de unge fastholdes og gennemfører en uddannelse, så de har større mulighed for at være selvforsørgende som voksne.

# 1 Indledning

”Psykisk mistrivsel” eller ”mentale helbredsproblemer” dækker i almindelighed over et bredere område end psykiske lidelser, hvor personer har fået stillet en egentlig klinisk psykiatrisk diagnose. Psykisk mistrivsel kan derfor omfatte lav livstilfredshed, psykiske og psykosomatiske symptomer på mistrivsel, oplevet stress, ensomhed og søvnproblemer, uden at det udløser en egentlig diagnose. Jeg vil i denne analyse se på niveauet af psykisk trivsel og psykiske lidelser blandt anbragte unge i 18-årsalderen. Og for at kunne sige noget om niveauet blandt anbragte unge, sammenligner jeg hele vejen igennem med unge generelt. De fleste unge lever et liv i psykisk trivsel og uden en psykisk lidelse (svarende til et liv inden for den blå cirkel i Figur 1.1).

**Figur 1.1** Mulige sammenhænge mellem psykisk trivsel/mistrivsel og egentlig psykisk lidelse



Det kendetegner bl.a. de fleste unge i forløbsundersøgelsen blandt unge født i 1995 (se Thomsen, 2016). Der er dog en mindre del, der mistrives psykisk – enten med eller uden en psykiatrisk diagnose – (svarende til inden for den røde cirkel i Figur 1.1), for hvem livet er sværere at håndtere. Det samme gør sig gældende for unge, der er eller har været anbragt uden for hjemmet.

Overgangen fra ungdomsårene til voksenlivet giver typisk nye friheder og muligheder, men overgangen indeholder også mange udfordringer, der kan forværre allerede eksisterende problemer og afspore den enkelte fra de gængse udviklingsmæssige baner. Unge, der starter denne overgang med mentale helbredsproblemer, er generelt mere udsatte for at opleve negative resultater i voksenalderen (Davis & Vander Stoep, 1997; Vander Stoep m.fl., 2000). Psykisk mistrivsel kan være en hindring for den enkeltes muligheder i forhold til at gennemføre en uddannelse, deltagelse på arbejdsmarkedet, at indgå i sociale relationer og generelt at have en god livskvalitet. Vi ved fra andre studier, at anbragte børn og unge i forvejen har svært ved at opnå uddannelse og selvforsørgelse, selv uden psykiske vanskeligheder. Man kan derfor frygte, at psykisk mistrivsel får tidligere anbragte unge til at sakke længere bagud.

I dette notat viser jeg først udbredelsen af psykisk mistrivsel baseret på forløbsundersøgelserne blandt unge født i 1995, dvs. jeg benytter spørgeskemabesvareelserne for både 18-årige anbragte og 18-årige unge generelt, hvor unge, der modtager forebyggende foranstaltninger, men aldrig har været anbragt, er trukket ud som en anden udsat gruppe ud over unge anbragte. Dernæst ser jeg på udbredelsen af psykiske lidelser via registerdata, ligesom jeg vil dykke ned i sammenhængen mellem diagnosticeret psykisk mistrivsel og psykisk lidelse.

## 2 Datagrundlag

Grundlaget for analyserne er det tidligere SFI's (nu VIVE) forløbsundersøgelse af anbragte født i 1995. Forløbsundersøgelsen inkluderer nogle af de allermest udsatte børn og unge i samfundet og belyser deres familievilkår og den indsats, der ydes. Der er tale om børn og unge, hvor samfundet opfatter deres opvækst i familien som så problematisk, at de ikke kan forblive i hjemmet, men anbringes uden for hjemmet – igennem hele eller dele af deres barndom – med henblik på at sikre dem en opvækst på lige vilkår med andre børn og unge. Lige fra den første dataindsamling har hensigten været at følge alle de børn fra 1995-årgangen, der i løbet af barndommen anbringes uden for hjemmet, gennem barndom, ungdom og ind i voksenlivet. Der er derfor gennemført dataindsamlinger, hvor børnene var 7, 11, 15 år og senest, da de var 18 år gamle.

Datagrundlaget for forløbsundersøgelse af anbragte født i 1995 er vokset fra 607 7-årige børn, der i 2003 var eller havde været anbragt uden for hjemmet, til 2.920 18-årige, der alle har oplevet at være anbragt uden for hjemmet i kortere eller længere tid gennem deres barndom/ungdom og indtil det fyldte 18. år. De har alle fået tilbuddet om at deltage i det tidligere SFI's (nu VIVE) forløbsundersøgelse af anbragte børn født i 1995, og 42 pct. af dem har besvaret spørgeskemaet som 18-årige.

Suppleret med registerdata fra Danmarks Statistik er det er de unge tidligere anbragtes besvarelser, sammen med besvarelserne fra SFI's (nu VIVE) forløbsundersøgelse af børn født i 1995 (se Thomsen, 2016, for yderligere beskrivelse af data), der ligger til grund for dette notat. Unge, der modtager forebyggende foranstaltninger, men aldrig har været anbragt, er trukket ud som en specialgruppe af sidstnævnte forløbsundersøgelse og de definerer derved en anden gruppe udsatte unge ud over gruppen af unge anbragte. I nogle af analyserne er der suppleret med registerdata i forhold til de unges psykiatriske diagnoser, men det vil fremgå af de pågældende tabeller og figurer. Analysesultaterne baserer sig både på krydstabuleringer og sammenligninger af gennemsnit mellem grupper (chi<sup>2</sup>-test og t-test).

Her skal bemærkes, at udfaldet for en udsat gruppe, som tidligere anbragte er, ikke nødvendigvis kan sammenlignes direkte med udfald for en gruppe af unge, der er repræsentativt udvalgt blandt den danske befolkning af 18-årige. Udsatte unge har haft en meget anderledes opvækst end repræsentativt udvalgte unge. Vi vil derfor ikke kunne forvente, at udsatte og anbragte unge, selv med den rette indsats og støtte, vil have samme udfaldsmål som unge generelt. Sammenligningerne i dette notat med BFU, som er repræsentativt for alle danske 18-årige, skal derfor kun bruges som en meget grov beskrivelse af de tidligere anbragtes udsathed.

### 2.1 Opdeling på type af anbringelsesforløb

En anden sammenligning inden for gruppen af anbragte er mellem forskellige anbringelsesforløb, som de anbragte unge har været igennem. Baseret på de unges veje gennem anbringelsessystemet, dvs. hvor og hvornår de har været anbragt og alder ved første anbringelse, har vi ved hjælp af sekvensanalyse konstrueret otte typer af anbringelsesforløb, som vi inddeler de 18-årige tidligere anbragte i. De otte typer af forløb, skabt ved hjælp af klyngeanalyse, der beskriver grupper af unges veje gennem anbringelsessystemet, er kort beskrevet i boks 2.1. Metode, fremgangsmåde og typer af forløb vil nærmere blive beskrevet i en kommende rapport om de 18-årige tidligere anbragte fra det tidligere SFI's (nu VIVE) forløbsundersøgelse af anbragt børn født i 1995.

**Boks 2.1 Nøglekarakteristika for de otte typer af anbringelsesforløb for tidligere anbragte unge, født i 1995**

	Andel	Alder ved første anbringelse, år	Anbringelsesvarighed, år	Beskrivelse
1. Little'n'Late	41,3 %	13,3	1,9	Anbragt kortvarigt eller meget sent
2. "Lidt af det hele"	14,6 %	12,5	2,5	Meget ustabil forløb, mange skift
3. Socialpædagogisk opholdssted	9,8 %	10,7	6,2	Hovedsageligt soc.pæd. opholdssted
4. Døgninstitution	7,6 %	8,5	7,3	Hovedsagelig døgninstitution
5. Hovedsagelig forebyggelse	3,5 %	10,7	1,9	Kortvarigt anbragt, ellers forebyggende tiltag
6. Tidlig indsats, intet senere	5,1 %	6,5	5,5	Anbragt indtil 11-års alderen
7. Sen familiepleje	7,4 %	9,0	7,6	Først institution, derefter familiepleje
8. Tidlig familiepleje	10,8 %	2,6	14,1	Familiepleje stort set hele barndommen

### 3 Udbredelsen af psykisk mistrivsel

Mentale helbredsproblemer udgør en væsentlig del af sygdomsbyrden hos børn og unge. Det påvirker ikke kun deres velbefindende i hverdagen nu og her. Psykisk mistrivsel i barndom og ungdom er forbundet med en øget risiko for mentale helbredsproblemer eller deciderede psykiske lidelser hos de unge, når de går ind i voksenalderen (Pine m.fl., 1998; Due m.fl., 2011, 2014).

I dette afsnit vil vi undersøge udbredelsen af den subjektive psykiske mistrivsel blandt 18-årige, som har været anbragt, og sammenligne dem med 18-årige generelt. Vi vil måle mistrivsel på følgende parametre:

- Følelsen af ensomhed
- Følelsen af at være udenfor
- Selvværd (baseret på Rosenbergs Self-Esteem skalaen)
- Depressive symptomer (sektion H i DAWBA-spørgeskemaet)
- Skala for ADHD-symptomer
- Brug af rusmidler til at slippe for tanker og følelser
- Brug af rusmidler, når man er alene.

Til vurdering af de unges oplevede selvværd har vi brugt Rosenbergs selvværdsskala (Rosenberg, 1986). Rosenbergs selvværdsskala er det mest benyttede instrument til måling af selvværd generelt og vurderes som værende af høj kvalitet (Blascovich & Tomaka, 1991; Lindgaard, 2002). Rosenbergs skala er udviklet ud fra den betragtning, at mennesket er i stand til at vurdere og bedømme sig selv med en vis objektivitet og på samme måde, som det vurderer og bedømmer andre mennesker (Rosenberg, 1986). Selvværdsskalaen formes af ti items, blandt andet om, hvorvidt personen føler sig mislykket, nytteløs, eller om personen har gode egenskaber, noget at være stolt af, føler sig værdifuld og har respekt for sig selv. De ti items skal besvares på en fire-punkts Likert-skala, som går fra "meget enig" til "meget uenig" (med værdierne 0 til 3). Når disse spørgsmål er summeret, får vi en score på en skala fra 0 til 30, hvor en højere score indikerer højere grad af selvværd. Scorer mellem 15 og 25 anses for at være inden for normalområdet, mens en score lavere end 15 anses for at være lavt selvværd.

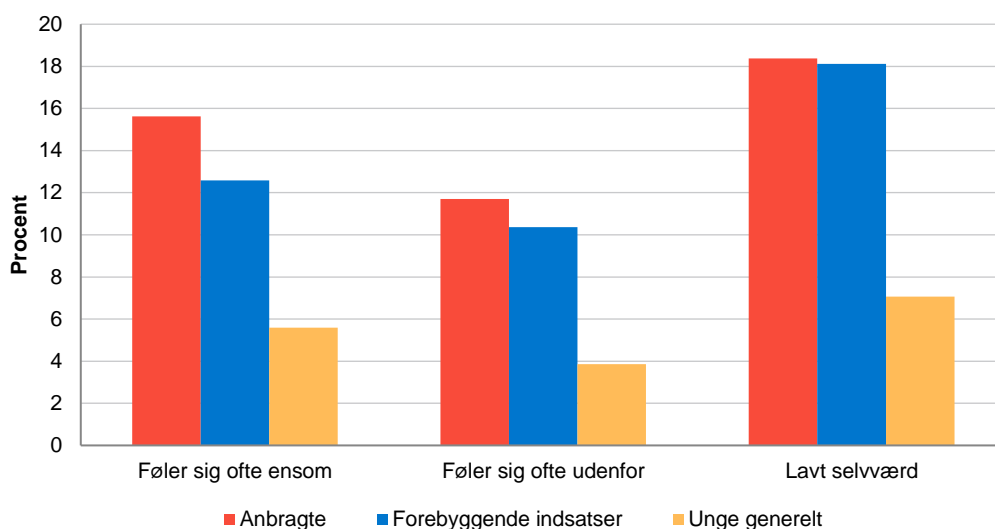
#### 3.1 Lavt selvværd og følelsen af ensomhed og at være udenfor

Oplevelsen af ensomhed, af at være udenfor og følelsen af lavt selvværd kan være risikofaktorer for unge i flere henseender i livet, eksempelvis i forhold til udvikling af psykiske lidelser og selvskadende adfærd, men også i forhold til mere gængse ting som gennemførelse af uddannelse og tilknytning til arbejdsmarkedet (Nielsen, Sørensen & Osmec, 2010).

Vi har spurgt de 18-årige, om de føler sig ensomme, hvorvidt de føler sig udenfor, og vi har spurgt ind til de unges opfattelse af eget selvværd baseret på Rosenbergs Self-Esteem skala (Figur 3.1). Knap hver sjette af de anbragte (16 pct.) og næsten lige så mange unge med forebyggende foranstaltninger (13 pct.) føler sig ofte eller altid ensomme, sammenlignet med 6 pct. af unge generelt. Vi ser samtidig, at 12 pct. af de anbragte og 10 pct. af de unge med forebyggende foranstaltninger ofte føler sig udenfor, sammenlignet med 4 pct. af unge generelt. Der er altså mere end dobbelt så mange unge anbragte, der føler sig ensomme og udenfor, end blandt unge generelt.



**Figur 3.1** Andelen af 18-årige født i 1995, der ofte føler sig ensomme, ofte føler sig udenfor og har lavt selvværd. Særligt for anbragte unge, unge med tidligere forebyggende indsatser og unge generelt. Procent



Anm.: Der er statistisk signifikant forskel på et 1-procents niveau mellem unge generelt og anbragte unge, og unge generelt og unge med forebyggende indsatser.

Analyse af ensomhed: "anbragte": N=1.199, "forebyggende indsatser": N=139, "unge generelt": N=3.999

Analyse af selvværd: "anbragte": N=1.137, "forebyggende indsatser": N=138, "unge generelt": N=3.976

Kilde: SFI's forløbsundersøgelse af anbragte børn født i 1995 (AFU) og SFI's forløbsundersøgelse af børn født i 1995 (BFU). Egne beregninger.

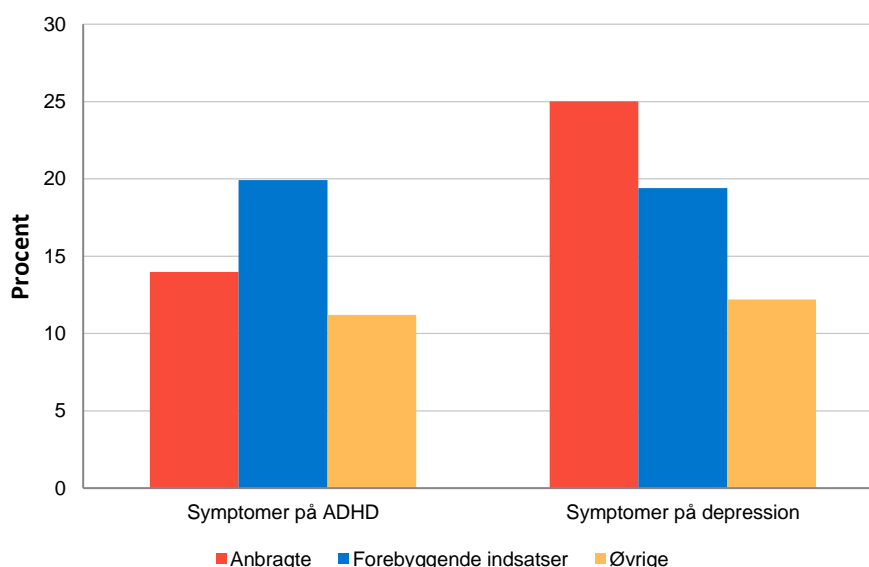
Det kræver gode sociale kompetencer og ressourcer at gennemgå en gnidningsfri udvikling af en selvstændig identitet. Mentalt sårbare unge har øget risiko for at opleve ensomhed og social eksklusion (Viner m.fl., 2015), og som det er vist her, er anbragte mere udsatte på den konto end unge med tidligere forebyggende foranstaltninger og unge generelt.

Lige knap hver femte af de anbragte unge og unge i forebyggende foranstaltning (18 pct.) scorer lavt på selvværdsskalaen, sammenlignet med 7 pct. af unge generelt. Mange udsatte unge er altså også her ekstra udsat som følge af et lavt selvværd.

## 3.2 Symptomer på ADHD og depression

For at undersøge, om de unge har ADHD-symptomer, har vi brugt en ADHD selvrapporteringskala, som afdækker de mest prædikterende symptomer for ADHD (Barkley, 2006). Selvrapporteringskalaen er valideret i en dansk kontekst af Szomlajski m.fl. (2008). Indekset er ikke diagnosticerende, men indikerer symptomer på ADHD, og om der er behov for yderligere udredning. Udbredelse af selvvurderede depressive symptomer baseres på en enkelt sektion af spørgsmål fra det mere omfattende screeningsredskab i forhold til psykiske lidelser, the Development And Wellbeing Assessment (DAWBA). Spørgsmålene peger ikke direkte på depression, men viser, om de unge har depressive symptomer, der på flere måder kan have indflydelse på de unges hverdag og trivsel. Figur 3.2 indeholder således en indikation af depressive symptomer samt et indeks, der måler symptomer på ADHD.

**Figur 3.2** Andelen af 18-årige født i 1995, der har symptomer på ADHD og depression. Særskilt for anbragte unge, unge med tidligere forebyggende indsatser og unge generelt. Procent



Anm.: Analyse af ADHD: Der er statistisk signifikant forskel på et 5-procents niveau mellem unge anbragte og unge i forebyggende foranstaltninger, og på 1 pct. niveau mellem unge generelt og anbragte unge og unge generelt og unge med forebyggende indsatser. Antal unge: "anbragte": N=1.135, "forebyggende indsatser": N=134, "unge generelt": N=3.965.

Analyse af depression: Der er ikke statistisk signifikant forskel mellem unge anbragte og unge i forebyggende foranstaltninger. Der er statistisk signifikant forskel på et 1-procents niveau mellem unge anbragte og unge i forebyggende foranstaltninger, og på 5 pct. niveau mellem unge generelt og unge med forebyggende indsatser. Antal: "anbragte": N=1217, "forebyggende indsatser": N=140, "unge generelt": N=4.029

Kilde: SFI's forløbsundersøgelse af anbragte børn født i 1995 (AFU) og SFI's forløbsundersøgelse af børn født i 1995 (BFU). Egne beregninger.

Der er flere blandt unge med forebyggende foranstaltninger, der har symptomer på ADHD (20 pct.) end blandt unge anbragte (14 pct.). Til sammenligning har 11 pct. af unge generelt symptomer på ADHD. Hver fjerde af de unge anbragte (25 pct.) udviser depressive symptomer, sammenlignet med ca. hver femte blandt unge med forebyggende foranstaltninger (19 pct.) og 12 pct. af unge generelt.

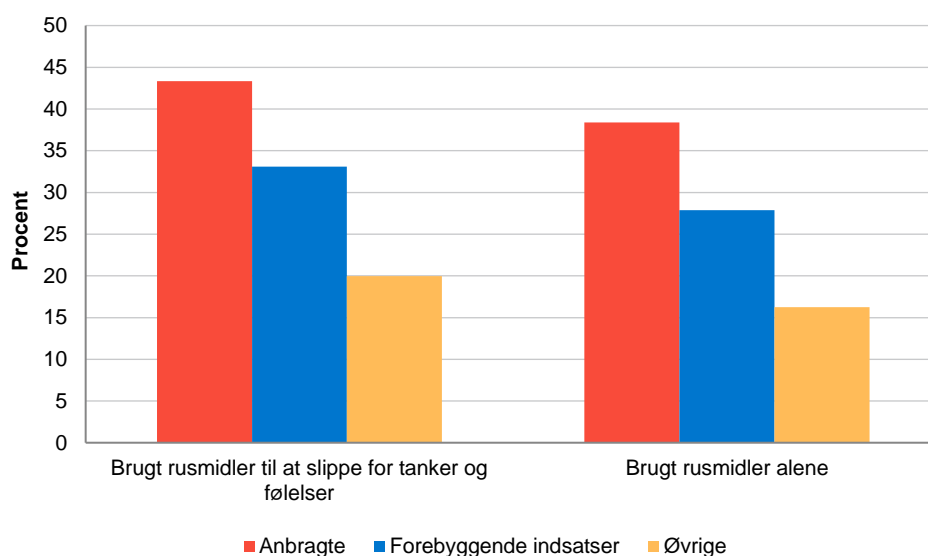
Udsatte unge har altså en høj grad af psykisk mistrivsel, der giver sig udslag i symptomer på ADHD og depression, sammenlignet med unge generelt. Det er en mistrivsel, der er værd at være opmærksom på og samtidig arbejde for at undgå, at det udvikler sig til egentlige støttekrævende psykiske lidelser i voksenlivet eller det sene ungdomsliv.

### 3.3 Brug af rusmidler

Brug af rusmidler er en del af den sociale sammenhængskraft i mange unges fritids- og festliv (se fx Østergaard & Andersen, 2012). For unge generelt er det hovedsageligt et stort alkoholforbrug, selvom der også er et relativt højt forbrug af hash. En undersøgelse fra 2012 om unges misbrug af rusmidler konkluderer, at op mod 9 pct. af alle 18-24-årige har et behandlingskrævende alkohol- eller stofmisbrug (Pedersen & Frederiksen, 2012), som betyder, at de unge ikke kan fastholdes i uddannelsessystemet eller på arbejdsmarkedet. Flere undersøgelser peger samtidig på, at anbragte unge ofte har et større forbrug end unge generelt og dermed en større risiko for at ende i misbrug (fx Berlin, Vinnerljung & Hjern, 2011; Lausten m.fl., 2013).

I dette afsnit ser vi på, hvor mange der svarer, at de bruger rusmidler (hvor rusmidler ikke er nærmere defineret) til at slippe af og slippe for deres tanker (Figur 3.3), samt hvor mange der bruger rusmidler, mens de er alene. Mere end 40 pct. af de unge anbragte svarer, at de mindst én gang har brugt rusmidler til at slippe for tanker og følelser, mens det samme kun er gældende for 33 pct. af unge med forebyggende foranstaltninger og 20 pct. af de unge generelt. Samtidig svarer 38 pct. af de anbragte, at de har brugt rusmidler alene, mens det kun gør sig gældende for 28 pct. af unge med forebyggende foranstaltninger og 16 pct. af unge generelt.

**Figur 3.3** Andelen af 18-årige født i 1995, der har brugt rusmidler for at slippe for deres tanker eller er alene. Særskilt for anbragte unge, unge med tidligere forebyggende indsatser og unge generelt. Procent



Anm.: Analyse af brug af rusmidler for at slippe for tanker: Der er statistisk signifikant forskel på et 5-procents niveau mellem unge anbragte og unge i forebyggende foranstaltninger, og på 1 pct. niveau mellem unge generelt og anbragte unge og unge generelt og unge med forebyggende indsatser. Antal unge: "anbragte": N=1.209, "forebyggende indsatser": N=139, "unge generelt": N=4.012.

Analyse af depression: Der er ikke statistisk signifikant forskel mellem unge anbragte og unge i forebyggende foranstaltninger. Der er statistisk signifikant forskel på et 1-procents niveau mellem unge anbragte og unge i forebyggende foranstaltninger, og på 5 pct. niveau mellem unge generelt og unge med forebyggende indsatser. Antal: "anbragte": N=1.212, forebyggende indsatser: N=139, "unge generelt": N=4.022

Kilde: SFI's forløbsundersøgelse af anbragte børn født i 1995 (AFU) og SFI's forløbsundersøgelse af børn født i 1995 (BFU). Egne beregninger.

Unge anbragte bruger altså i større udstrækning rusmidler til at slippe væk fra hverdagen og bruger rusmidler, når de er alene, uagtet at rusmidler hovedsagelig benyttes i sociale sammenhænge, og det i en langt højere grad end unge med forebyggende foranstaltninger og unge generelt. Det er en bekymrende adfærd, og denne måde at bruge rusmidler tyder lige så meget på psykisk mistrivsel som depressive symptomer og selvskadende adfærd gør. Man bør derfor også have øje for denne form for rusmiddelbrug i arbejdet med psykisk sårbare unge.

## 4 Udbredelsen af psykiske lidelser

Psykiske lidelser er langt mere udbredte blandt udsatte børn og unge end blandt børn og unge generelt. Wolkind & Rushton (1994) dokumenterer stor udbredelse af psykiske lidelser og senere psykosociale vanskeligheder blandt anbragte børn. Tal fra både Danmark og Sverige viser ligeledes, at anbragte børn og unge har langt flere registreringer i det psykiatriske system end børn og unge generelt (Lausten m.fl., 2013; Egelund & Lausten, 2009; Socialstyrelsen 2013). Analyserammen for dette afsnit er derfor udsatte unges ekstra udsathed på grund af psykiske lidelser set i forhold til unge generelt.

Vi undersøger her udbredelsen af psykiske lidelser blandt anbragte 18-årige, defineret ved psykiatriske diagnoser stillet inden for hospitalsverdenen (Landspatientregistret), og sammenligner med udbredelsen af psykiske lidelser blandt unge i forebyggende indsatser og unge generelt. Da det ikke er alle unge med tegn på en psykisk lidelse, der søger læge, betyder dette, at andelen af unge, der er diagnosticeret, kan være lavere end den faktiske andel af unge med en psykisk lidelse. Dette er værd at holde sig for øje i forhold til forrige afsnit, hvor vi undersøgte andelen af unge med psykisk mistro baseret på de unges egne besvarelser i forløbsundersøgelsen.

Antallet af patienter i det psykiatriske sygehusvæsen er inden for de seneste år steget markant (Statens Serum Institut, 2015). Antallet af voksne patienter er steget med 23 pct. i perioden 2009-2014, mens antallet af patienter under 19 år er steget med 54 pct. Der var således 31.927 patienter under 19 år i det psykiatriske sygehusvæsen i 2014. Da der samlet set kun er ca. 200 sengepladser i Danmark til indlæggelse af børn og unge på en psykiatrisk afdeling, bliver de fleste børn og unge hovedsageligt diagnosticeret og behandlet ved ambulante besøg.

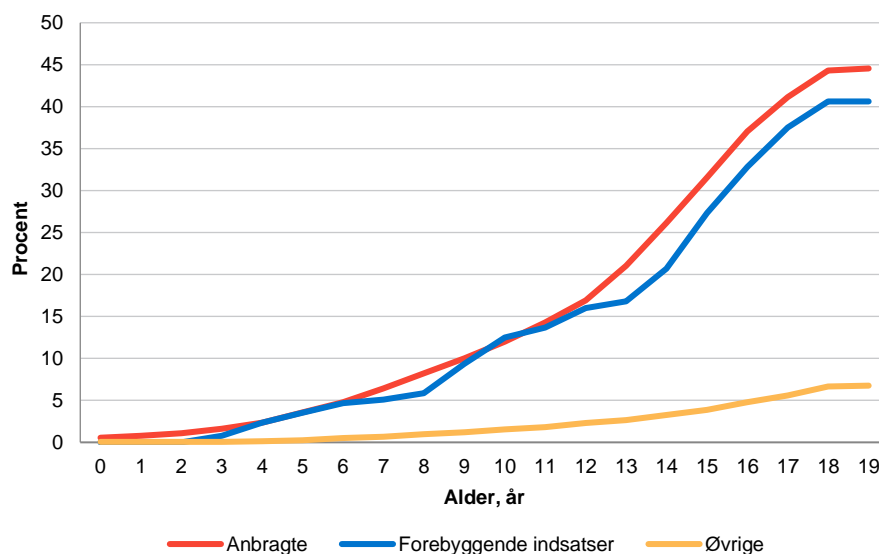
Vi undersøger i dette afsnit først udbredelsen af psykiatriske diagnoser helt overordnet og dernæst udbredelsen af udvalgte specifikke diagnoser: ADHD, depression og tilknytningsforstyrrelser. Vi benytter de diagnoser, der er registreret i Landspatientregistret, hvor alle diagnoser er klassificeret ifølge WHO's ICD-10 klassifikation, som er den officielle klassifikation af diagnoser i Danmark. Psykiatriske diagnoser er i ICD-10 markeret med "DF". Når vi ser på udbredelsen af psykiatriske diagnoser, ser vi altså på alle personer, der har fået en "DF"-diagnose.

### 4.1 Psykiatriske diagnoser samlet

Vi analyserer først udbredelsen af psykiatriske diagnoser blandt de unge til de er fyldt 19 år (Figur 4.1). Der er meget stor forskel på udbredelsen af psykiske lidelser blandt anbragte unge og unge generelt. Mens det "kun" er 7 pct. af alle unge generelt, der har fået en psykiatrisk diagnose, når de fylder 19 år, har 44 pct. af de anbragte unge og 41 pct. af de unge, der har modtaget forebyggende foranstaltninger, fået en diagnose. Kurven for andelen af anbragte børn og unge med en psykiatrisk diagnose er jævnt stigende over alder, fra fødsel til 19-årsalderen, hvilket indikerer, at diagnosticering af anbragte ikke ligger på et bestemt tidspunkt i barndommen. Til sammenligning er kurven for unge med forebyggende foranstaltninger mere ujævn, med ændret stigningsgrad ved 8-års- og 13-årsalderen.

Unge anbragte er altså i langt højere grad end unge generelt ramt af psykiske lidelser, der højst sandsynligt kræver behandling. Kurverne har et knæk ved 18-årsalderen, der kan indikere et fald i tildelingen af diagnoser. Det er dog mere sandsynligt, at det er et udslag af overgangen fra børnepsykiatri til voksenpsykiatri, hvor de unge først skal ind i det voksne system, før de bliver diagnosticeret.

**Figur 4.1** Andelen af børn og unge fra årgang 1995, der har fået en psykiatrisk diagnose til og med 19-årsalderen. Særskilt for anbragte unge, unge med forebyggende indsatser og unge generelt. Årgang 1995. Procent



Anm.: Dummy for, om personen har fået en psykiatrisk diagnose, er defineret vha. variabelen "ADIAG" fra Landspatientregistret, hvor alle ICD-10 diagnoser, der starter med "DF", er inkluderet.

Antal observationer: "anbragte": N=2.902; "forebyggende indsatser": N=256; "unge generelt": N=5.520.

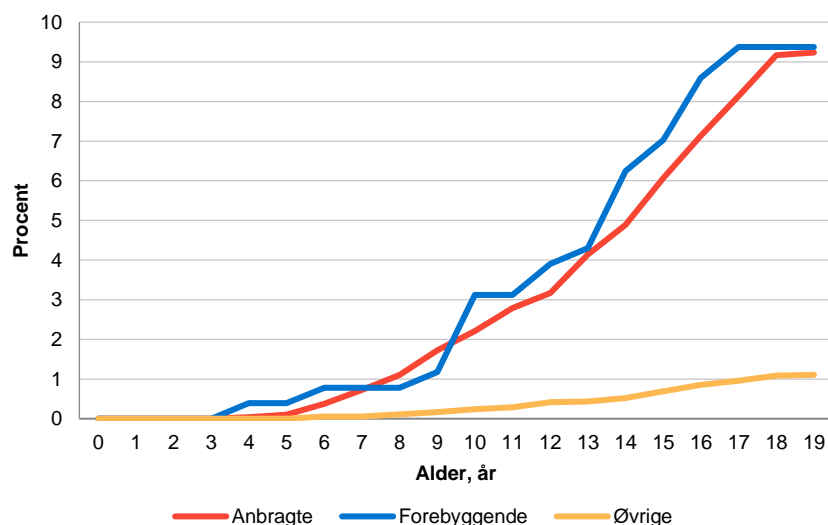
Kilde: Egne beregninger på Landspatientregistret, Danmarks Statistik.

Der er sket en kraftig stigning i udbredelsen af psykiatriske diagnoser til børn (og voksne for den sags skyld) inden for de seneste 10-15 år. Samtidig tales der både blandt eksperter og lægfolk om mulig overdiagnosticering på flere fronter (se fx Kjeldsen, Jensen & Munk-Jørgensen, 2012; Biederman, 2012). Derfor er det nærliggende at tænke, at anbragte unge og unge med forebyggende foranstaltninger måske er diagnosticeret i større omfang end nødvendigt, for at det har været muligt at få hjælp til eventuelle problemer. Det er ikke muligt med udgangspunkt i datamaterialet at undersøge den slags hypoteser. Vi kan blot konstatere (ikke vist i nogen tabeller eller figurer), at der ikke er forskel på psykisk trivsel/mistrivsel blandt unge, der blev anbragt, før de blev diagnosticeret, og unge, der blev anbragt, efter de blev diagnosticeret.

## 4.2 Prævalensen af ADHD-diagnoser

ADHD står for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. ADHD er en diagnose i DSM-IV-kodesystemet, der bl.a. anvendes i USA, mens den ikke er en selvstændig diagnose i ICD-10 systemet. I ICD-10 er den relevante diagnosegruppe hyperkinetiske forstyrrelser, som er en snævrere diagnose end den amerikanske ADHD.

**Figur 4.2** Andelen af børn og unge fra årgang 1995, der har fået diagnosen ADHD til og med 19-årsalderen. Særskilt for anbragte unge, unge med forebyggende indsatser og unge generelt. Årgang 1995. Procent



Anm.: Gruppen af personer med diagnosen ADHD er i denne undersøgelse afgrænset til personer med diagnosen "DF900".

Antal observationer: "anbragte": N=2.902; "forebyggende indsatser": N=256; "unge generelt": N=5.520

Kilde: Egne beregninger på Landspatientregisteret, Danmarks Statistik.

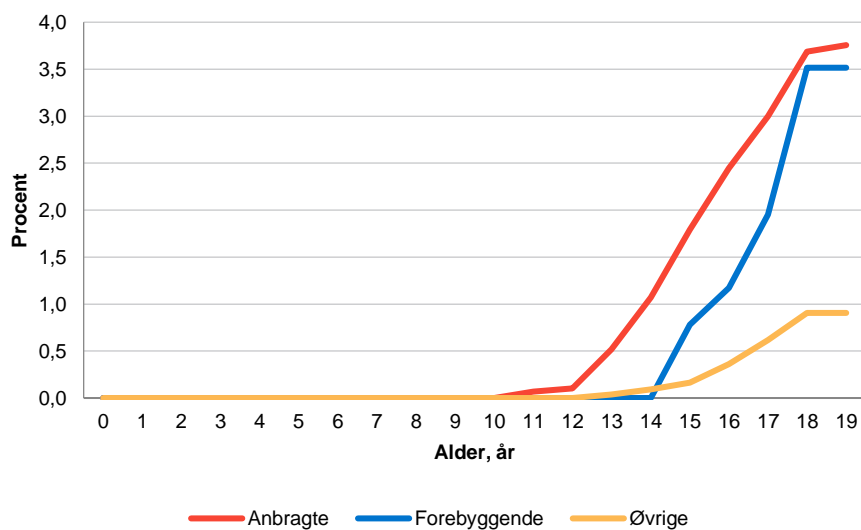
Kernesymptomerne er hyperaktivitet, opmærksomhedsforstyrrelse og impulsivitet. Diagnosen forudsætter, at andre tilstande såsom angst og depression, gennemgribende udviklingsforstyrrelse (autisme spektrum tilstande) eller skizofreni er udelukket. Figur 4.2 viser udbredelsen af ADHD-diagnoser blandt unge i årgang 1995. Cirka 1 pct. af alle unge generelt har en ADHD-diagnose, mens det samme gælder for ca. 9 pct. af alle anbragte unge og unge med forebyggende foranstaltninger.

ADHD er den diagnose, der omtales allermest, når talen falder på overdiagnosticering af børn. Kjeldsen, Jensen & Munk-Jørgensen (2012) diskuterer den store stigning i antallet af diagnosticerede i Skandinavien, hvor de tildeler medicinalindustrien noget af skylden, bl.a. på baggrund af udbredelsen af kendskab til medicinering. Andre mulige årsager til overdiagnosticering kan være tidspunktet for diagnosticeringen (diagnosticeret for tidligt) og forskel i diagnosticering mellem drenge og piger (drenge er mere udadreagerende end piger), men også at normalitetsbegrebet har ændret sig, hvor det at have det svært eller være udadreagerende måske oftere nu end tidligere resulterer i en diagnose.

### 4.3 Prævalensen af depression blandt børn og unge

Depression er den hyppigst forekommende lidelse i det affektive spektrum (Sundhedsministeriet, 2013). Symptomerne strækker sig fra lettere nedtrykthed til svære symptomer, der hindrer et almindeligt hverdagsliv. En depression kan klassificeres som mild, moderat eller svær alt efter antal og intensitet af symptomer. Da børn udtrykker tristhed på en anden måde end voksne, kan diagnosen depression være vanskelig at stille før voksenalderen. Vi kan da også af Figur 4.3 se, at udbredelsen af depression som diagnose er meget lille for årgang 1995.

**Figur 4.3** Andelen af børn og unge fra årgang 1995, der har fået diagnosen depression til og med 19-årsalderen. Særskilt for anbragte unge, unge med forebyggende indsatser og unge generelt. Årgang 1995. Procent



Anm.: Gruppen af personer, der er diagnosticeret med depression, er afgrænset til diagnoserne "DF32", "DF33" og "DF381". Bipolare lidelser er ikke inddraget.

"Anbragte unge": N=2.902, "unge med forebyggende indsatser": N=256, "unge generelt": N=5.520.

Kilde: Egne beregninger på Landspatientregisteret, Danmarks Statistik.

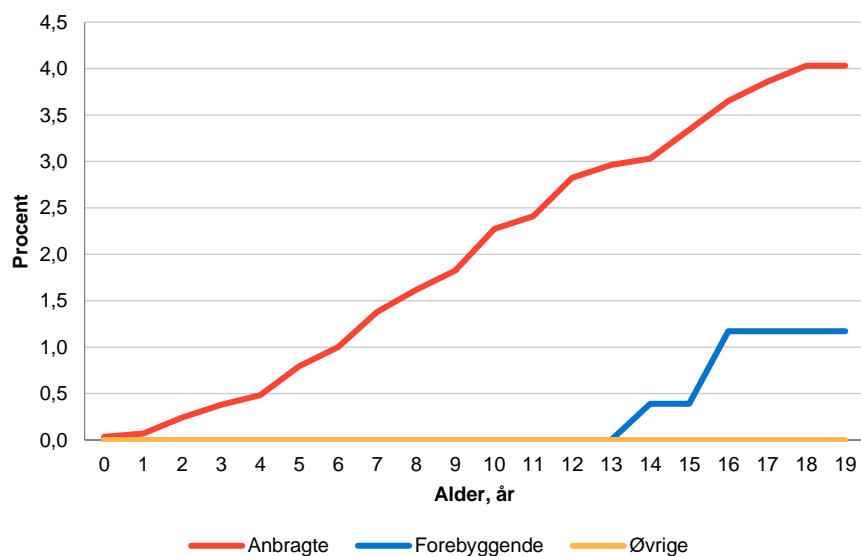
Knap 1 pct. af unge ikke-udsatte har diagnosen depression som 19-årige, hvorimod 3,5-4 pct. af anbragte unge og unge med forebyggende foranstaltninger har diagnosen depression. Samtidig er det tydeligt af alle tre grafer, at depression ikke diagnosticeres på børn, før de er fyldt ti år.

På landsplan er antallet af børn og unge med en diagnose for depression næsten tredoblet over en tiårig periode 2001-2010 jf. Sundhedsministeriet (2013), der samtidig pointerer, at livstidsprævalensen (dvs. den andel af befolkningen, der mindst én gang i deres livstid har haft en depression) er på 17-18 pct.

#### 4.4 Prævalensen af tilknytningsforstyrrelser

Børn, der udviser betydelig afvigelse i sociale funktionsevner og vedvarende afvigelser i sociale relationsmønstre før femårsalderen, har udviklet en social tilknytningsforstyrrelse. Tidligt omsorgssvigt er den helt dominerende årsag til tilknytningsforstyrrelser. Diagnosen tilknytningsforstyrrelser bruges til børn og unge, hvis deres kontakt til andre er overfladisk og præget af mange forsvarsmekanismer, eller hvis de har en ukritisk kontakt til fremmede og en mangelfuld tilknytning til moren og andre omsorgspersoner (Rygaard, 2006).

**Figur 4.4** Andelen af børn og unge fra årgang 1995, der har fået diagnosen tilknytningsforstyrrelse til og med 19-årsalderen. Særskilt for anbragte unge, unge med forebyggende indsatser og unge generelt. Årgang 1995. Procent



Anm.: Gruppen af personer med tilknytningsforstyrrelser er afgrænset til personer med diagnoserne "DF941" og "DF942".

Antal observationer: "anbragte": N=2.902; "forebyggende indsatser": N=256; "unge generelt": N=5.520

Kilde: Egne beregninger på Landspatientregisteret, Danmarks Statistik.

Omsorgssvigt er langt fra normalt blandt ikke-udsatte grupper. Derfor giver det god mening, at Figur 4.4 stort set kun viser prævalens for anbragte. Udbredelsen er dog ikke stor, 4 pct. af alle anbragte er diagnosticeret med en tilknytningsforstyrrelse, mens det gør sig gældende for 1 pct. af alle unge med forebyggende foranstaltning og ingen blandt unge generelt.



## 5 Mistrivsel blandt anbragte med psykiske lidelser

Der er nærliggende at forvente, at trivselen blandt unge, der er diagnosticeret med en psykiatrisk diagnose, generelt er lavere end trivselen blandt unge, der ikke er diagnosticeret. Vi sammenligner derfor i dette afsnit trivsel på tværs af diagnose, både for anbragte unge og for unge generelt.

**Tabel 5.1** Andelen af unge født i 1995 med selv vurderet dårlig trivsel, målt på forskellige parametre af mistrivsel. Særskilt for anbragte unge og unge generelt og opdelt for unge med og unge uden psykiatrisk diagnose. Procent

Trivselsparametre:	Anbragte unge		Unge generelt	
	Ingen diagnose	Psykiatrisk diagnose	Ingen diagnose	Psykiatrisk diagnose
Føler sig udenfor	37	50	31	44
Føler sig ensom	43	58	38	52
Har lavt selvværd	13	26	7	18
Har selvskadende adfærd	38	56	15	38
Bruger rusmidler til at slippe for tanker og følelser	35	55	19	33
Bruger rusmidler, når jeg er alene	31	49	14	25
Antal observationer	692	521	3750	272

Anm.: Der er signifikant forskel på 5 procents niveau på de to gruppers selv vurderede trivsel på alle parametre.

Kilde: SFI's forløbsundersøgelse af anbragte børn født i 1995 (AFU) og SFI's forløbsundersøgelse af børn født i 1995 (BFU). Egne beregninger.

Vi har sammenlignet de unge i forhold til, om de føler sig ensomme og udenfor, om de har lavt selvværd ud fra deres score på Rosenberg Self-Esteem-skalaen, om de har selvskadende adfærd, og om de bruger rusmidler til at slippe for tanker og følelser eller bruger rusmidler, når de er alene (Tabel 5.1). Anbragte unge med en psykiatrisk diagnose er i signifikant højere grad ramt af lavt selvværd, og de føler sig signifikant mere ensomme og udenfor end anbragte unge uden en diagnose (sammenligning af 1. og 2. kolonne i Tabel 5.1). De udviser også i signifikant højere grad selvskadende adfærd og benytter i langt større grad rusmidler for at slippe for tanker og følelser og rusmidler, når de er alene. Brugen af rusmidler er en interessant viden, da unge, der er kommet inden for det psykiatriske system, burde få hjælp til medicinering, således at den såkaldte "selvmedicinering" med rusmidler, for at slippe for tanker og følelser, ikke burde finde sted.

Hvis vi sammenligner diagnosticerede unge, der har været anbragt, med diagnosticerede unge, der aldrig har været anbragt (3. og 4. kolonne i Tabel 5.1), er anbragte unge på alle trivselsparametre mere udsatte og sårbare i forhold til trivsel end unge generelt. Dette er endnu et bevis på, at unge anbragte med psykiske lidelser i langt højere grad end andre unge udviser mistrivsel.

### 5.1 Sandsynligheden for at have en psykisk diagnose

Selvom vi i dette notat har påvist en signifikant forskel mellem unge med og uden en psykiatrisk diagnose, kan der være andre faktorer, der spiller ind på, om den unge har fået en diagnose eller ej. Det kan vi teste ved hjælp af en logistisk regression af sandsynligheden for at have en psykiatrisk diagnose som 19-årig. Her inkluderer vi alle fra årgang 1995, udsatte eller ej.

I Tabel 5.2 rapporterer vi odds ratio, som er et udtryk for forholdet mellem to sandsynligheder, når vi ændrer på en uafhængig variabel i modellen (fx om den unge er anbragt eller ej), givet at de øvrige faktorer i modellen er konstante (Hosmer & Lemeshow, 1989). En odds ratio på 1 udtrykker, at der ikke er nogen forskel mellem de grupper, vi sammenligner. En odds ratio større end 1, fx 13,2 som i Tabel 5.2, udtrykker, at unge, der er anbragt, har 13 gange så stor sandsynlighed for at have en psykiatrisk diagnose, som unge, der ikke er anbragt.

Der er en kraftig sammenhæng mellem unges niveau af uddannelse og psykiatrisk diagnose. Unge, der ikke har færdiggjort folkeskolen med en eksamen, og unge, der ikke er påbegyndt en ungdomsuddannelse eller er droppet ud, har større risiko for at være diagnosticeret med en psykiatrisk diagnose (Tabel 5.2 på hhv. 1,5 og 2,1). Dette resultat siger dog ikke noget om kausalitet, og hvad der skyldes hvad. Det vil sige, at vi ikke kan sige noget om, hvorvidt at manglende kontakt til uddannelsessystemet fører til psykiske lidelser, eller at psykiske lidelser fører til, at de unge ikke er i uddannelsessystemet. Resultatet peger blot på, at der er en tydelig sammenhæng (korrelation) mellem disse to ting.

**Tabel 5.2** Sandsynligheden for, at de unge har en psykiatrisk diagnose som 19-årig (odds ratio). Logistisk regressionsmodel

	Odds ratio		Konfidensinterval
Variable relateret til de unge			
Unge, der ikke er udsat (unge generelt)	Reference		
Unge, der er anbragt	13,2	***	[11,0; 15,8]
Unge, der modtager forebyggende foranstaltninger	8,6	***	[6,4; 11,7]
Køn (dreng)	n.s.		
Unge, der blev født med lav fødselsvægt (< 2500 g)	0,7	*	[0,6; 0,9]
Variable relateret til uddannelse			
Unge, der ikke har færdiggjort folkeskolen	1,5	**	[1,1; 2,1]
Unge, der ikke er påbegyndt en ungdomsuddannelse eller er droppet ud uden at påbegynde en ny	2,1	***	[1,7; 2,6]
Variable relateret til mødre			
Enlig	1,2	*	[1,0; 1,4]
Teenager ved fødslen	n.s.		
Har grundskole som højeste uddannelse	0,7	***	[0,6; 0,8]
Er på overførselsindkomst (kontanthjælp eller førtidspension)	0,7	**	[0,6; 0,9]
Indkomst er blandt de 25 pct. laveste	Reference		
Indkomst er blandt de 26-50 pct. laveste	1,3	**	[1,1; 1,6]
Indkomst er blandt de 51-75 pct. højeste	1,3	*	[1,0; 1,7]
Indkomst er blandt de 25 pct. højeste	n.s.		
Variable relateret til psykiske lidelser i familien			
Mor har psykiatrisk diagnose	n.s.		
Far har psykiatrisk diagnose	1,2	*	[1,0; 1,5]
Antal observationer			
	7.397		

Anm.: \* =  $p < 0,05$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \*\*\* =  $p < 0,001$ . "n.s." betyder i denne sammenhæng "ikke signifikant".

Kilde: Egne beregninger baseret på Danmarks Statistiks registerdata.

Samtidig viser alle de medtagne faktorer for mødre, at unge med mere ressourcetsvage mødre, dvs. hvor mor ikke har en uddannelse ud over grundskolen, eller mor er på overførselsindkomst, har en lavere sandsynlighed for en diagnose. Disse resultater tyder derfor på, at forældre, der selv har ressourcer, er mere tilbøjelige til at søge hjælp til deres børn og dermed få dem diagnosticeret, hvis de føler, at de har brug for hjælp.

## 5.2 Sandsynligheden for psykisk diagnose blandt anbragte

Vi kan også teste, hvilke faktorer der giver udslag i sandsynligheden for at have en psykiatrisk diagnose som 19-årig, på gruppen af anbragte alene. I denne analyse har vi inkluderet de otte typologier fra klyngeanalysen, jf. beskrivelsen af datamaterialet i afsnit 2.1. Det gør vi for at undersøge, om psykiske lidelser er mere markant i nogle grupper end i andre. Selvom anbragte unge markant oftere er diagnosticeret end unge generelt, forventer vi, at der også inden for gruppen er markante forskelle. Odds ratio af den analyse er vist i Tabel 5.3.

De forklarende faktorer, ud over typologierne, er de samme som i Tabel 5.2, og i det omfang de er signifikante, har de samme betydning for sandsynligheden for at have en diagnose. Det vil sige, at unge, der ikke har færdiggjort folkeskolen, og unge, der ikke er i gang med en ungdomsuddannelse, har større sandsynlighed for at have en diagnose, mens unge, hvis forældre ikke har ressourcer, har mindre sandsynlighed for at have en diagnose. Til gengæld spiller forældres egne psykiatriske diagnoser ikke ind på sandsynligheden for at have en diagnose selv.

**Tabel 5.3** Sandsynligheden for at have en psykiatrisk diagnose som 19-årig blandt anbragte unge (odds ratio). Logistisk regressionsmodel

	Odds ratio		Konfidensinterval
<b>Anbringelsesforløb</b>			
Little'n'Late	2,0	***	[1,4; 2,8]
"Lidt af det hele"	1,7	*	[1,1; 2,5]
Socialpædagogisk opholdssted	2,1	***	[1,4; 3,2]
Døgninstitution	n.s.		
Hovedsagelig forebyggelse	n.s.		
Tidlig indsats, intet senere	n.s.		
Sen familiepleje	n.s.		
Tidlig familiepleje	Reference		
<b>Variable relateret til de unge</b>			
Køn (dreng)	1,3	*	[1,0; 1,5]
Unge, der blev født med lav fødselsvægt (< 2500 g)	n.s.		
<b>Variable relateret til uddannelse</b>			
Unge, der ikke har færdiggjort folkeskolen	1,8	**	[1,2; 2,5]
Unge, der ikke er påbegyndt en ungdomsuddannelse eller er droppet ud uden at påbegynde en ny	1,8	***	[1,3; 2,3]
<b>Variable relateret til mødre</b>			
Enlig	n.s.		
Teenager ved fødslen	n.s.		
Har grundskole som højeste uddannelse	0,6	***	[0,4; 0,7]
Er på overførselsindkomst (Kontanthjælp eller førtidspension)	n.s.		
Indkomst er blandt de 25 pct. laveste	Reference		
Indkomst er blandt de 26-50 pct. laveste	1,3	*	[1,0; 1,6]
Indkomst er blandt de 51-75 pct. højeste	1,5	*	[1,1; 2,2]
Indkomst er blandt de 25 pct. højeste	n.s.		
<b>Variable relateret til psykiske lidelser i familien</b>			
Mor har psykiatrisk diagnose	n.s.		
Far har psykiatrisk diagnose	n.s.		
<b>Antal observationer</b>			
	1.771		

Anm.: \* =  $p < 0,05$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \*\*\* =  $p < 0,001$ . "n.s." betyder i denne sammenhæng "ikke signifikant".

Kilde: Egne beregninger baseret på Danmarks Statistiks registerdata.

Ser vi nu på de forskellige typer af anbringelsesforløb, hvor vi bruger gruppen "Tidlig familiepleje" som referencegruppe, er det tydeligt, at der for de fleste gruppers vedkommende ikke er signifikant forskel i andelen, der har en diagnose. Men når det gælder grupperne "Little'n'Late", "Lidt af det hele" og gruppen af unge, der hovedsagelig har været på "Socialpædagogisk opholdssted", er det tydeligt, at disse grupper har en langt større risiko for at have en psykiatrisk diagnose. Unge fra socialpædagogiske opholdssteder har dobbelt så stor sandsynlighed for at have en diagnose end unge, der er anbragt tidligt i familiepleje.

Der er sandsynligvis forskellige forklaringer på, hvorfor lige disse tre grupper slår ud med større risiko for psykiske lidelser. Mange socialpædagogiske opholdssteder er specialiserede til at tage sig af unge med specifikke psykiske lidelser, og derfor har de helt naturligt en højere forekomst af unge med psykiske lidelser. Den høje sandsynlighed blandt unge i "Little'n'Late"-gruppen – og "Lidt af det hele"-gruppen for den sags skyld – har ikke samme forklaring. Mange af de unge i "Little'n'Late" gruppen er først sent kommet i kontakt med det sociale system. Det betyder, at den tidlige indsats muligvis ikke er sat ind, før det reelt er for sent, og anbringelse og diagnosticering derfor sker inden for en meget kort tidsperiode. Mange af de unge, der er anbragt tæt på deres 18-års fødselsdag, er anbragt på eget værelse. "Lidt af det hele"-gruppen har været i det sociale system i noget længere tid end "Little'n'Late"-gruppen og har i den periode fået "lidt af det hele". Det er derfor sandsynligt, at de er mærket af de mange skift, hvilket også kan være medvirkende til, at gruppen har så høj en andel af unge med psykiske lidelser.

# Litteratur

- Barkley, R.A. (2006): "Primary symptoms, diagnostic criteria, prevalence, and gender differences". In R.A. Barkley (red.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment* (3. ed., s. 76-121). New York: Guilford Press.
- Berlin, M., B. Vinnerljung & A. Hjern (2011): "School Performance in Primary School and Psycho-social Problems in Young Adulthood Among Care Leavers from Long Term Foster Care". *Children & Youth Services Review*, 33(12), s. 2489-2497.
- Biederman, J. (2012): "Is ADHD Overdiagnosed in Scandinavia?". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(2), s. 85-86.
- Blascovich J. & J. Tomaka (1991): "Measures of Self-Esteem". I: J.P. Robinson, P.R. Shaver & L.S. Wrightsman (red.): *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. San Diego, California: Academic Press, Inc., s. 115-160.
- Davis, M. & A. Vander Stoep (1997): "The transition to adulthood for youth who have serious emotional disturbance: Developmental transition and young adult outcomes". *Journal of Mental Health Administration*, 24, s. 400-427.
- Due P., F. Diderichsen, C. Meilstrup, M. Nordentoft, C. Obel & A. Sandbæk (2014): *Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser*. København: Vidensråd for Forebyggelse.
- Due, P., R. Krølner, M. Rasmussen, A. Andersen, M.T. Damsgaard, H. Graham & B.E. Holstein (2011): "Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities". *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6 suppl.), s. 62-78.
- Egelund, T. & M. Lausten (2009): Prevalence of Mental Health Problems among Children Placed in Out-of-home Care in Denmark. *Child and Family Social Work*, 14(2), s. 156-165.
- Holstein, B.E., M.T. Damsgaard, P.W. Henriksen, C. Kjær, C. Meilstrup M.K. Nelausen, L. Nielsen, S.B. Rayce & P. Due (2011): *Psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Hosmer, D.W., Jr. & S. Lemeshow (1989): *Applied Logistic Regressions*. New York: John Wiley & Sons.
- Kjeldsen, B.V., S.O.W. Jensen & P. Munk-Jørgensen (2012): "Increasing number of incident ADHD cases in psychiatric treatment". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(2), s. 151-152.
- KL (2018): *Andelen af børn og unge med en psykiatrisk diagnose fordoblet på få år*. København: Momentum nr. 7.
- Lausten, M., D. Andersen, P.R. Skov & A.A. Nielsen (2013): *Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 13:07.
- Lausten, M. & T. Jørgensen (2017): *Anbragte børn og unges trivsel 2016*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 17:01.

- Lindgaard, H. (2002): Voksne børn fra familier med alkoholproblemer – mestring og modstandsdygtighed. Ph.d.-afhandling, Aarhus Universitet, Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Center for Rusmiddelforskning.
- Nielsen, J.C., N.U. Sørensen & M.N. Osmec (2010): Når det er svært at være ung i DK – unges trivsel og mistrivsel i tal. København: Center for Ungdomsforskning.
- Ottosen, M.H. & C.J. de Montgomery (2016): "Psykisk sårbare unge". Kapitel 5 i: J.P. Thomsen (red.): Unge i Danmark – 18 år og på vej til voksenlivet. Årgang 95 – forløbsundersøgelsen af børn født i 1995, København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 16:18, s. 93-119.
- Ottosen, M.H. (red.) (2012): 15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra femte dataindsamling af forløbsundersøgelsen af børn født i 1995. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 20:12.
- Ottosen, M.H., D. Andersen, K.M. Dahl, A.T. Hansen, M. Lausten & S.V. Østergaard (2014): Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2014. København, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 14:30.
- Ottosen, M. H., M. Lausten, S. Frederiksen & D. Andersen (2015): Anbragte børn og unges trivsel 2014. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 15:01.
- Pecora, P.J., P.S. Jensen, L.H. Romanelli, L. J. Jackson & A. Ortiz (2009): Mental health services for children placed in foster care: an overview of current challenges. *Child welfare*, 88(1), s. 5-26.
- Pedersen, M.U. & K. Frederiksen (2012): Unge der misbruger rusmidler – hvor mange, behov, behandling, stofforbrug efter behandling. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning.
- Pine, D.S., P. Cohen, D. Gurley, J. Brook & Y. Ma (1998): "The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders". *Archives of general psychiatry*, 55(1), s. 56-64.
- Rosenberg, M. (1986): *Conceiving the Self*. Florida: Krieger.
- Rygaard, N.P. (2006): Børn og unge med tilknytningsforstyrrelse. Tidlig frustration. Håndbog i det praktiske arbejde. Svendborg: Forfatterforlaget.
- Socialstyrelsen (2013): Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar. Stockholm: Socialstyrelsen og Skolverket, artikelnr 2013-1-2.
- Statens Serum Institut (2015): Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2014. København: Statens Serum Institut.
- Sundhedsministeriet (2013): *Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2*. København: Sundhedsministeriet.
- Szomlajski, N., J. Dyrborg, H. Rasmussen, T. Schumann, S.V. Kock & N. Bilenberg (2008): "Validity and clinical feasibility of the ADHD rating scale (ADHD-RS) A Danish Nationwide Multi-center Study" *Acta Pædiatrica*, 98, s. 397-402.
- Thomsen, J.P. (red.) (2016): Unge i Danmark – 18 år og på vej til voksenlivet. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 16:18.

- Vander Stoep, A., S.A. Beresford, N.S. Weiss, B. McKnight, A.M. Cauce & P. Cohen (2000): "Community-based study of the transition to adulthood for adolescents with psychiatric disorder". *American Journal of Epidemiology*, 152(4), s. 352-362.
- Viner, R.M., D. Ross, R. Hardy, D. Kuh, C. Power, A. Johnson, K. Wellings, J. McCambridge, T.J.Cole, Y. Kelly & G.D. Batty (2015): "Life course epidemiology: recognising the importance of adolescence". *Journal of epidemiology and community health* 69(8), s. 719-720.
- Wolkind, S. & A. Rushton (1994): "Residential and foster family care". I: M. Rutter, E. Taylor & L. Herskov (red.): *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 3. udg., s. 252-266.
- Østergaard, J. & L.K. Andersen (2012): "Unge brug af rusmidler – en nutidig hedonisme." I: M.H. Ottosen (red.). "15-åriges hverdagsliv og udfordringer." København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 12:30.

**VIDEN I  
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD