



Psyisk helbred blandt asylbørn i Danmark

Ugeskrift for Læger | 22.10.2007 | Side | 2770 ord | Artikel-id: e0bb59c6

af Forskningsassistent Signe Smith Nielsen, læge Marie Nørredam, psykosocialkonsulent Karen Louise Christiansen, lektor Carsten Obel & professor Allan Krasnik Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning

Resume

I takt med asylbørns længere opholdstid i asylsystemet og større behov for psykosociale foranstaltninger er der fra flere sider udtrykt bekymring for børnenes psykiske helbred. Formålet med undersøgelsen var derfor at kortlægge asylbørns psykiske helbred i Danmark.**Introduktion:**

Undersøgelsen omfattede samtlige asylbørn, der var 4-16 år og bosiddende på Dansk Røde Kors' asylcentre. Til vurdering af børnenes psykiske helbred blev der anvendt Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) samt fire spørgsmål fra Health Behaviour in School-aged Children-spørgeskemaet (HBSC). Respondenterne var pædagoger og lærere til de 4-16-årige børn og de 11-16-årige selv. Dataindsamlingen foregik fra oktober til december 2006. Vi modtog besvarelser for i alt 246 børn svarende til 95% af studiepopulationen.**Materiale og metoder:**

I analyserne af SDQ viste 35% af de 4-16-årige asylbørn tegn på psykisk lidelse. De fundne resultater fra SDQ understøttes af resultaterne fra HBSC, som viste, at asylbørnene havde adskillige fysiske og psykiske symptomer, ringe selv vurderet livskvalitet og skrøbeligt socialt netværk.**Resultater:**

Adfærdsproblemer og emotionelle problemer var særdeles udbredt blandt asylbørn - også i forhold til børn i baggrundsbefolkningen. Dette stemmer overens med resultaterne af tidligere nationale og internationale undersøgelser. Det er væsentligt, at årsagerne til børnenes tilstand undersøges samtidig med, at børnene sikres relevant psykologisk og psykiatrisk behandling. Der er brug for yderligere forskning i, hvilke konsekvenser asylbørnenes dårlige psykiske helbred har på længere sigt.

Konklusion:

I de seneste år har der været stigende fokus på asylansøgende børns psykiske tilstand såvel i Danmark som i andre vestlige lande. I internationale undersøgelser har man påvist stor divergens i forhold til problemets omfang, og man har fundet, at 7-94% af asylansøgende børn har psykiske lidelser af forskellig sværhedsgrad [1-5].

De fleste asylbørn har været udsat for traumatiserende hændelser; f.eks. været vidne til vold og tortur, oplevet luftangreb og mistet familiemedlemmer [3-7]. Antallet af traumatiserede hændelser er påvist at være en risikofaktor for psykisk sygdom hos asylbarnet, og derudover er andre individrelaterede faktorer (f.eks. højere alder), forældre relaterede faktorer (f.eks. depression) og miljømæssige faktorer (f.eks. opholdstid) ligeledes påvist at have negativ betydning for barnets psykiske helbred [1, 3, 4, 7].

I Danmark indkvarteres asylansøgere på et af landets otte asylcentre, hvoraf seks er drevet af Dansk Røde Kors. I de danske asylcentre er den gennemsnitlige opholdstid tredoblet fra 2001 til 2005 (fra 313 dage til 927 dage) [8]. Blandt de asylansøgende børn er der et stigende antal, der henvises til psykologisk behandling, ligesom kommunerne modtager flere underretninger om børn, som har behov for foranstaltninger efter lov om social service [8]. Imidlertid er det ikke kendt, hvordan det psykiske helbred er blandt de nuværende asylansøgende børn i Danmark. Foreliggende undersøgelse er iværksat på foranledning af Dansk Røde Kors Asylafdelingen, og formålet er at kortlægge ledsagede asylansøgende børns belastning i Danmark i form af adfærdsproblemer og emotionelle problemer.

Materiale og metoder

Materiale

Populationen bestod af alle forældreledsagede 4-16-årige asylansøgende børn, der var bosiddende på Dansk Røde Kors' asylcentre på tidspunktet for dataindsamlingen: oktober-december 2006. Ud af 260 børn modtog vi besvarelser for 246 børn (95% af studiepopulationen): 239 pædagog- og lærerbesvarede spørgeskemaer (92%) suppleret af selvrapportering fra 88 11-16-årige (79%).

Metoder

Undersøgelsen var et tværsnitstudie. Til vurdering af psykisk helbred anvendtes Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) [9]. Med spørgeskemaet kan man opspore børn med psykiatrisk lidelse med god specificitet og sensitivitet såvel i baggrundspopulationer [10] som blandt sårbare grupper [11]. SDQ har været anvendt i både udviklings- og industrilande [12], hvilket vidner om spørgeskemaets tværkulturelle robusthed. Respondenterne kan være forældre og lærere til 4-16-årige samt 11-16-årige børn selv, og en kombination af forskellige respondenter for det enkelte barn forbedrer spørgeskemaets prædiktionskraft af psykiatriske lidelser [10]. Som udtryk for børnenes psykiske helbred anvendtes de opstillede SDQ-udfaldsmål: totalproblemscore, overordnet belastning og psykiatrisk sygdom [13, 14]. Målene er indikatorer for tilstedeværelsen af psykisk lidelse i henhold til International Classification of Diseases (ICD-10 klassifikationen) [10, 15]. SDQ består af 25 udsagn om barnets adfærd, og totalproblemscoren er konstrueret på baggrund af summen af 20 af disse, der hver kan scores med 0, 1 eller 2 point, ud fra i hvilken grad de passer på barnet. Disse items kan samtidig opdeles på fire skalaer bestående af fem items hver: emotionelle symptomer, adfærdsproblemer, hyperaktivitet og problemer i forholdet til jævnaldrende [15]. Overordnet belastning er estimeret ud fra tillægsspørgsmålene i SDQ om, i hvilken grad og på hvilken måde respondenterne synes, at barnet er belastet af sine vanskeligheder [13, 14]. Udfaldsmålet psykiatrisk sygdom er dannet ved en algoritme baseret på totalproblemscoren og overordnet belastning [10, 15]. For hvert af de opstillede udfaldsmål placeres børnene i tre forskellige kategorier: Psykisk lidelse usandsynlig, mulig (skæringsværdi ved 80-90 percentilen) og sandsynlig (skæringsværdi ved 90 percentilen) ud fra SDQ-manualen [15]. SDQ samt de statistiske metoder for beregning af udfaldsmålene er beskrevet andetsteds [9, 13-15].

Idet SDQ primært er udviklet til at opspore psykiatriske symptomer med [10, 15], valgte vi som supplement til dette spørgeskema yderligere fire spørgsmål fra det internationalt anvendte spørgeskema Health Behaviour in School-Aged Children 2002 (HBSC) [16] for at afdække asylbørnenes generelle trivsel.

Som SDQ-respondenter valgte vi pædagoger til de 4-6-årige børn, lærere til de 7-16-årige børn og de 11-16-årige selv, som desuden blev bedt om at besvare HBSC-spørgsmålene. Forældrene blev fravalgt som respondenter, fordi de som asylansøgere kunne tænkes at overvurdere børnenes symptomer for at fremme egen asylsag.

Dataindsamling

Efter samtykke fra forældrene udfyldte de 11-16-årige børn SDQ og HBSC enkeltvist på skolen, hvor førsteforfatteren var til stede for at informere om undersøgelsen og for at assistere ved forståelsesproblemer. Børnene kunne vælge at besvare SDQ på dansk eller på deres modersmål, og otte børn havde derudover behov for en modersmålstolk. De børn, som ikke var i skole på dataindsamlingsdagen, eller som gik på en almindelig folke- eller privatskole, blev besøgt i hjemmet.

Af de 23 11-16-årige børn, der ikke selv deltog i undersøgelsen, var grunden: forsvundet, flyttet eller udrejst (n = 10), forældrenes afslag (n = 5), sjældent hjemme på asylcentre (n = 5) og eget afslag (n = 4).

Herefter blev data sammenkædet med udvalgte baggrundsvariable (). Disse variable blev fundet ved søgning i Dansk Røde Kors' interne database og i Udlændingesservices Udlændingeinformationsportal. Data er behandlet i SPSS, version 12.0. Pearsons χ^2 -test blev anvendt som test af nulhypotesen i analyse af kønsforskellen i antallet af venner.

Tabel 1

Etiske forholdsregler

Alle forældre blev skriftligt informeret om undersøgelsen på deres modersmål eller et andet for dem forståeligt sprog. Samtykkeerklæringer for de 11-16-årige børns deltagelse i undersøgelsen blev ligeledes oversat. Data blev indsat i en anonymiseret database. Undersøgelsen er anmeldt til Datatilsynet.

Resultater

Baggrundskaraktistika for de 246 asylbørn fremgår af Tabel 1. Det ses, at der var en lille overvægt af drenge (58%). Børn fra Eksjugoslavien udgjorde 48% af populationen, børn fra Irak udgjorde 27%, mens børn fra alle andre lande udgjorde de sidste 25%. Majoriteten var ledsaget af begge forældre og flere søskende. 78% af børnene havde været asylansøgende i mere end to år, og den gennemsnitlige tid i asyl var fire år. Ca. to tredjedele af børnene befandt sig i asylfase 3, og børnene havde gennemsnitligt boet på knap seks asylcentre i Danmark.

Ved udfaldsmålet totalproblemscore indikerede pædagogernes og lærernes besvarelser, at 31% af børnene viste tegn på psykiske lidelser (). Tilsvarende viste de 11-16-årige børns egne besvarelser, at 26% med stor sandsynlighed havde en psykisk lidelse. Pædagogernes og lærernes vurdering af andelen af børn med psykisk lidelse blev genfundet i den overordnede belastning, hvor også 31% af børnene vurderedes af pædagogerne og lærerne til at kunne kategoriseres som værende belastet af deres psykiske vanskeligheder. Ved disse udfaldsmål var der ingen forskel mellem de 4-10-årige og de 11-16-årige ud fra pædagogernes og lærernes rapportering. Der var dog tendens til flere emotionelle symptomer blandt de ældre børn og flere hyperaktivitetsproblemer (ADHD) samt ringe sociale styrker blandt de yngre. Ser man på børnenes egen rapportering, havde halvdelen af de 11-16-årige emotionelle problemer, hvilket var dobbelt så mange, som lærerne havde rapporteret om. De 11-16-årige rapporterede også

om væsentlig højere grad af overordnet belastning, end deres lærere gjorde. **Tabel 2** attention deficit and hyperkinetic disorder

Det fremgår af , at 35% af alle børnene på baggrund af pædagogernes og lærernes vurderinger alene havde tegn på psykisk lidelse. Kombineres lærernes besvarelser med de 11-16-åriges egne besvarelser, var der tegn på psykisk lidelse hos 58% af de 11-16-årige. **Tabel 3**

Med udgangspunkt i HBSC rapporterede en betragtelig del af børnene, omkring dobbelt så mange som danske børn, om symptomer på fysisk og psykisk mistrivsel (). Majoriteten af børnene var ligeledes plaget af flere symptomer samtidig, idet 87% havde et eller flere symptomer mere end en gang om ugen (data ikke vist). Tilsvarende rapporterede kun 22% af danske børn om et eller flere symptomer mere end en gang om ugen [16]. Ved vurdering af egen livskvalitet angav 13% af børnene, at deres liv var det værst mulige. Ved sammenlægnings af svarkategorierne vurderede 44% af børnene deres liv som dårligt (0-3 point), 28% vurderede deres liv som middelhøjt (4-6 point), og 28% angav deres liv til at være godt (7-10 point), af disse mente 7%, at de havde det bedst mulige liv. Til sammenligning angav danske børn på samme skala over livskvalitet følgende: 0-3 point = 3%, 4-6 point = 17% og 7-10 point = 80% [16]. **Tabel 4**

Med hensyn til sociale relationer berettede henholdsvis 37% og 30% om, at de havde svært eller virkelig svært ved at tale med respektive deres mor og far. Tilsvarende rapporterede ca. 23% og 44% af danske børn om problemer med at tale med henholdsvis deres mor og far [16]. I forhold til venner angav 81% af de 11-16-årige børn, at de havde tre eller flere venner, mens kun 6% angav, at de ikke havde nogen venner. Der ses en tydelig kønsforskel, idet piger generelt havde færre venner ($p < 0,01$), og flere piger (13%) end drenge var venneløse ($p < 0,05$). Til sammenligning oplyste 2% af danske drenge og 1% af danske piger, at de ikke havde nogen venner [16].

Diskussion

Ud fra resultaterne kan man estimere, at 35% af 4-16-årige asylbørn i Danmark har psykisk lidelse. Det er klart flere end blandt skandinaviske børn [17, 18]. De fundne SDQ-resultater understøttes af resultaterne fra HBSC, som viser, at asylbørnene har adskillige fysiske og psykiske symptomer, ringe selv vurderet livskvalitet og skrøbeligt socialt netværk.

Resultatet kan være påvirket af en række usikkerheder. Først og fremmest er resultatet ikke fundet ved, at børnene var underlagt en individuel psykiatrisk udredning. På den anden side er SDQ internationalt valideret med en sensitivitet på 63-85% og en specificitet på 80-95% samt positive og negative prædiktive værdier på henholdsvis 53-74% og 89-96% [10, 11]. Vi kan på baggrund af denne undersøgelse derfor ikke estimere forekomsten af psykisk sygdom med sikkerhed, men formode, at mindst halvdelen af de børn, som vi fandt som havende en afvigende SDQ-score, faktisk havde en psykiatrisk diagnose. Estimerne (Tabel 2 og Tabel 3) bygger imidlertid på en scoringsalgoritme, der er baseret på britiske data (baggrundspopulation og klinisk børnepsykiatrisk materiale), som ikke nødvendigvis kan overføres til danske forhold. Da der endnu ikke findes danske standarder for SDQ, kan effekten på vore resultater af eventuelle forskelle mellem Danmark og Storbritannien ikke vurderes nærmere.

Medvirken af en forsker kan påvirke børnenes besvarelser i retning af både under- og overrapportering på grund af f.eks. manglende lyst til at udstille sårbarhed eller interesse i at få medlidenhed. Ved børnenes besvarelse kan der endvidere være forekommet sproglige misforståelser, men dette problem synes at være væsentligt reduceret ved, at en forsker ved dialog og eksemplificering af de mere abstrakte spørgsmål har sikret sig, at børnene har forstået

hvert spørgsmål og svarkategori, samt ved anvendelse af tolk. Problemet er desuden reduceret ved, at der indgik forskellige informanter i undersøgelsen og ved, at hovedparten af udsagnene fra de forskellige informanter stemte overens. Ved rapportering af emotionelle symptomer, sociale styrker og overordnet belastning ses der dog store forskelle mellem besvarelserne for samme aldersgruppe fra henholdsvis lærerne og børnene selv. Børnenes høje selvrapportering af emotionelle symptomer og overordnet belastning kan tænkes at være udtryk for en reel overrapportering som følge af et ønske om at styrke egen asylsag ved at fremstå som værende psykisk dårlig, men den kan også afspejle, at de 11-16-årige har det reelt psykisk dårligt - og psykisk dårligere end lærerne har kendskab til. Samme mønster er set i tidligere undersøgelser af børn i den generelle befolkning [17]. Forskellen i rapporteringen af sociale styrker skyldes muligvis, at børnene har mangelfuld selvindsigt i social væremåde og ringe kendskab til normale sociale normer.

Eftersom den overordnede svarprocent var høj, er risiko for manglende repræsentativitet lille. Ydermere viser en frafaldsanalyse af de 11-16-årige ingen tegn på forskelle i baggrundsvARIABLE mellem deltagerne og ikkedeltagerne. Populationen må antages at være repræsentativ for de nuværende asylansøgende børn i Danmark, hvis vilkår blandt andet er karakteriseret ved lang opholdstid og mange flytninger mellem asylcentre.

Resultaterne fra SDQ kan sammenlignes med eksisterende internationale SDQ-normtal. I England viser 8-10% af 5-15-årige tegn på psykisk lidelse på baggrund af lærerbesvarelser [15], og i Norge viser 9% af 11-16-årige tegn på psykisk lidelse ved selvrapportering [18]. Blandt sårbare grupper er der fundet symptomer på psykisk lidelse hos 45% af anbragte børn [11]. Asylbørn i Danmark har således et markant ringere psykisk helbred end en baggrundspopulation, hvilket ligeledes er fundet i tidligere studier med asyl- og flygtningebørn [19, 20]. Ved sammenligning af SDQ-resultaterne med HBSC-resultaterne ses der et betydeligt sammenfald. Asylbørnenes dårlige livsvilkår og psykiske sårbarhed understreges af danske børns besvarelse af HBSC, da de ved alle spørgsmål rapporterer om højere grad af trivsel, færre fysiske og psykiske symptomer samt større og tættere socialt netværk [16].

Konklusion

Undersøgelsens resultater viser, at asylbørn har en estimeret høj forekomst af psykiatrisk diagnose og betydeligt højere end blandt børn i den generelle befolkning. Det er væsentligt at se på årsagerne til børnenes tilstand samtidig med, at de sikres relevante tilbud i form af psykologisk og psykiatrisk behandling samt individuelt tilpasset social/pædagogisk indsats. Endvidere er det centralt at undersøge, hvilke konsekvenser asylbørnenes dårlige psykiske helbred har på længere sigt.

Summary

Signe Smith Nielsen, Marie Norredam, Karen Louise Christiansen, Carsten Obel & Allan Krasnik: The mental health of asylum-seeking children in Denmark: Ugeskr Læger 2007;169 (43):3660-3665

There is growing concern for the mental health of asylum-seeking children due to protracted periods of stay at asylum centres and an increasing need for psycho-social measures. The objective of this study is to survey asylum-seeking children's mental health in Denmark. **Introduction:**

The population comprised all asylum-seeking children aged 4-16 years living at asylum centres run by the Danish Red Cross. In order to assess their mental health the Strengths and

Difficulties Questionnaire (SDQ) was employed along with four questions from the Health Behaviour in School-Aged Children questionnaire (HBSC). The respondents were teachers of the 4-16 year-old and the 11-16 year old children. The data collection took place from October to December 2006. We received responses for 246 children, equivalent to 95% of the study population.**Materials and methods:**

Based on SDQ, 35% of asylum-seeking children showed evidence of having a psychiatric disorder. The results from the SDQ were supported by the results from the HBSC which showed that asylum-seeking children had numerous physical and psychological symptoms, poor self-perceived quality of life and a fragile social network.**Results:**

Emotional and behavioural problems were highly prevalent among asylum-seeking children - also in comparison to children in the general population. This is in accordance with former studies. The causes of the children's condition should be reviewed and relevant psychological and psychiatric treatment should be secured. Furthermore, the long-term consequences of asylum-seeking children's poor mental health need to be clarified.

Conclusion:

Korrespondance: , Øster Farimagsgade 5, DK-1014 København K. E-mail: s.smith.nielsen@pubhealth.ku.dk Signe Smith Nielsen

Antaget: 25. september 2007

Interessekonflikter: er ansat ved Dansk Røde Kors Asylafdelingen, som driver asylcentre i Danmark. Karen Louise Christiansen

Taksigelser: Forskergruppen takker de asylansøgende børn samt pædagoger og lærere ved Dansk Røde Kors Asylafdelingen og de almindelige danske folke- og privatskoler for deres deltagelse i undersøgelsen. Undersøgelsen er finansieret af Aase og Ejner Danielsens Fond og Dansk Røde Kors Asylafdelingen.

Litteratur

Fazel M, Stein A. The mental health of refugee children. Arch Dis Child 2002;87:366-70.

Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. Lancet 2005; 365:1309-14.

Hjern A, Angel B, Jeppson O. Political violence, family stress and mental health of refugee children in exile. Scand J Soc Med 1998;26:18-25.

Lustig SL, Kia-Keating M, Knight WG et al. Review of child and adolescent refugee mental health. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004;43:24-36.

Montgomery E, Foldspang A. Seeking asylum in Denmark: refugee children's mental health and exposure to violence. Eur J Public Health 2005;15: 233-7.

Angel B, Hjern A, Ingleby D. Effects of war and organized violence on children: a study of Bosnian refugees in Sweden. Am J Orthopsychiatry 2001;71:4-15.

Hepinstall E, Sethna V, Taylor E. PTSD and depression in refugee children - associations with pre-migration trauma and post-migration stress. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004;13:373-80.

Opdateret analyse af udviklingen i udgifterne til asylansørgeres sundhedsbehandling i perioden 2001 til 1. halvår 2005. København: Udlændingesservice, 2006.

Obel C, Dalsgaard S, Stax HP et al. Spørgeskema om barnets styrker og vanskeligheder (SDQ-Dan). Ugeskr Læger 2003;165:462-5.

Goodman R, Ford T, Simmons H et al. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. Br J Psychiatry 2000;177:534-9.

Goodman R, Ford T, Corbin T et al. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004;13 (Suppl 2):II25-II31.

Goodman R, Renfrew D, Mullick M. Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. Eur Child Adolesc Psychiatry 2000;9: 129-34.

Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. Eur Child Adolesc Psychiatry 1998;7:125-30.

Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. J Child Psychol Psychiatry 1999;40:791-9.

SDQ - information for researchers and professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaire. www.sdqinfo.com /apr 2007.

Andersen A, Due P, Holstein BE et al. Skolebørnsundersøgelsen. København: Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, 2003.

Obel C, Heiervang E, Rodriguez A et al. The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Nordic countries. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004;13(Suppl 2):II32-II39.

Rønning JA, Handegaard BH, Sourander A et al. The Strengths and Difficulties Self-Report Questionnaire as a screening instrument in Norwegian community samples. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004;13:73-82.

Fazel M, Stein A. Mental health of refugee children: comparative study. BMJ 2003;327:134.

Leavey G, Hollins K, King M et al. Psychological disorder amongst refugee and migrant schoolchildren in London. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004;39:191-5.

Alt materiale i Infomedia er ophavsretligt beskyttet.

Kunden må ikke sælge, videregive, distribuere, gengive eller mangfoldiggøre materiale fra Infomedia uden særlig og skriftlig aftale med Infomedia. Overført (downloadet) materiale skal slettes efter anvendelsen og må ikke indlægges i informations-genfindingssystemer, som for eksempel elektroniske postsystemer, databaser, fælles netværk eller lignende.

Videreformidling

Kunden må foretage videreformidling (ved videreformidling forstås kopiering, distribution via elektronisk post, tilrådighedsstillelse i databaser, på netværk eller lignende) af modtagne overskrift- og indledningsformater inden for kundens egen virksomhed. Al anden videreformidling af materiale fra Infomedia skal aftales skriftligt med Infomedia.