

## Psykisk helbred blandt asylbørn i Danmark

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

**Introduktion:** 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.

**Materiale og metoder:** 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.

**Resultater:** 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 selvvurderet livskvalitet og skrøbeligt socialt netværk.

**Konklusion:** 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.

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), forældrerelaterede 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 selvrapporteringer 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 in-

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

dustrilande [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 prædiktions af psykiatriske lidelser [10]. Som udtryk for børnenes psykiske helbred anvendes 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 respondenten 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 internationale 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 asylcentrene (n = 5) og eget afslag (n = 4).

Herefter blev data sammenkædet med udvalgte baggrundsvARIABLE (Tabel 1). Disse variable blev fundet ved søgning i Dansk Røde Kors' interne database og i Udlændingeservices Udlændingeinformationsportal. Data er behandlet i SPSS, version 12.0. Pearsons  $\chi^2$ -test blev anvendt som test af nulhypotesen i analyse af kønsforskellen i antallet af venner.

### Etiske forholdsregler

Alle forældre blev skriftligt informeret om undersøgelsen på deres modersmål eller et andet for dem forståeligt sprog.

Tabel 1. Baggrundstabel for den undersøgte population

	Frekvens	Procent	Gennemsnit
Antal i alt	246	--	
<b>Køn</b>			
Pige	104	42	
Dreng	142	58	
<b>Alder</b>			
4-10 år	139	56	9,6 år
11-16 år	107	44	
<b>Oprindelsesland</b>			
Eksjugoslavien <sup>a)</sup>	118	48	
Irak	67	27	
Alle andre asylsøgerproducerende lande <sup>b)</sup>	61	25	
<b>Familjestørrelse</b>			
1-3 medlemmer	32	13	4,7 medlemmer
4-8 medlemmer	214	87	
<b>Antal forældre</b>			
Enlig forælder	44	18	
Begge forældre	202	82	
<b>Skole</b>			
Centerskole	175	71	
Almindelig folke- eller privatskole	23	9	
Legostue	48	20	
<b>Opholdstid</b>			
1-12 måneder	35	14	48,4 måneder
13-24 måneder	19	8	
25-91 måneder	192	78	
<b>Asylfase<sup>c)</sup></b>			
Asylfase 1 og 2	91	37	
Asylfase 3	154	63	
<b>Bosteder</b>			
1-3 bosteder	47	19	5,6 bosteder
4-13 bosteder	199	81	

- a) Albanien: 4, Bosnien-Hercegovina: 10, Jugoslavien: 18, Kosovo: 66, Makedonien: 9, Serbien/Montenegro: 10 og Slovenien: 1.  
 b) Afghanistan: 1, Armenien: 5, Aserbajdsjan: 1, Iran: 11, Kasakhstan: 1, Libyen: 1, Litauen: 1, Pakistan: 2, Rusland: 8, Somalia: 12, Sri Lanka: 1, Staten Palæstina: 9, statsløs: 5, Syrien: 2 og Ukraine: 1.  
 c) Asylfase henfører til fasen for asylansøgerens sag. Asylfase opdeles i tre faser. En asylansøger er i fase 1, fra denne ankommer, til det besluttes, hvorvidt sagen kan realitetsbehandles i Danmark efter Dublinproceduren. En asylansøger er i fase 2 fra realitetsbehandlingen af asylsageren påbegyndes, til der gives opholdstilladelse eller endeligt afslag på ophold. En asylansøger er i fase 3, efter at denne har fået endeligt afslag på asyl og humanitar opholdstilladelse. Denne fase indbefatter også asylansøgere med sager, der er undervejs mellem myndighederne, og asylansøgere, der afventer visitering til kommune [8].

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Samtykkeerklæringer for de 11-16-årige børns deltagelse i undersøgelsen blev ligeledes oversat. Data blev indsat i en anonymiseret database. Undersøgelsen er anmeldt til Data-tilsynet.

## Resultater

Baggrundskarakteristika 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 pædago-

gernes og lærernes besvarelser, at 31% af børnene viste tegn på psykiske lidelser (Tabel 2). Tilsvarende viste de 11-16-årige børns egne besvarelser, at 26% med stor sandsynlighed havde en psykisk lidelse. Pædagogens 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 pædagogens og lærernes rapportering. Der var dog tendens til flere emotionelle symptomer blandt de ældre børn og flere hyperaktivitetsproblemer (*attention deficit and hyperkinetic disorder* (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 væ-

Tabel 2. Frekvenstabell over asylansøgende børns psykiske helbred<sup>a</sup>.

	Pædagogens og læreres samlede besvarelse for de 4-16-årige, % (n = 246)	Pædagogens og læreres besvarelse for de 4-10-årige, % (n = 139)	Læreres besvarelse for de 11-16-årige, % (n = 107)	De 11-16-åriges egen besvarelse, % (n = 88)
<i>Total problem-score</i>				
Normal	51	53	49	37
Grænsetilfælde <sup>b</sup>	14	14	14	19
Unormal	31	31	31	26
Mangler	4	2	6	18
<i>Emotionelle symptomer</i>				
Normal	67	72	61	24
Grænsetilfælde <sup>b</sup>	10	10	9	8
Unormal	20	18	24	50
Mangler	3	1	6	18
<i>Hyperaktivitet</i>				
Normal	62	60	65	55
Grænsetilfælde <sup>b</sup>	8	8	7	9
Unormal	27	31	22	18
Mangler	3	1	6	18
<i>Adfærdsproblemer</i>				
Normal	62	61	64	55
Grænsetilfælde <sup>b</sup>	9	12	6	16
Unormal	25	25	24	11
Mangler	4	2	6	18
<i>Problemer i forholdet til jævnaldrende</i>				
Normal	66	65	66	45
Grænsetilfælde <sup>b</sup>	7	8	5	19
Unormal	24	26	23	19
Mangler	3	1	6	17
<i>Sociale styrker</i>				
Normal	65	63	68	77
Grænsetilfælde <sup>b</sup>	8	9	7	3
Unormal	22	25	16	3
Mangler	5	3	8	17
<i>Overordnet belastning</i>				
Normal	50	53	47	22
Grænsetilfælde <sup>b</sup>	15	14	16	9
Unormal	31	30	31	50
Mangler	4	3	6	19

a) Kategorisering på baggrund af en manual, der er baseret på en britisk baggrundspopulation

b) Tidligere undersøgelser af prædiktionen af Strengths and Difficulties Questionnaire har vist, at af disse børn, som er estimeret til at være grænsetilfælde til psykiatrisk sygdom, har 10-26% en psykiatrisk diagnose, og 74-90% har ikke en psykiatrisk diagnose [10, 11].

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

sentlig højere grad af overordnet belastning, end deres lærere gjorde.

Det fremgår af Tabel 3, 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.

Med udgangspunkt i HBSC rapporterede en betragtelig del af børnene, omkring dobbelt så mange som danske børn, om symptomer på fysisk og psykisk mistrivsel (Tabel 4). 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].

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

**Tabel 3.** Estimeret forekomst af psykiatrisk sygdom<sup>a</sup> blandt asylbørnene fremkommet på baggrund af en kombination af pædagogernes, lærernes og børnenes besvarelser.

	4-16-årige (pædagogers og læreres besvarelse) % (n = 246)	11-16-årige (kombination af pædagogers, læreres og de 11-16-åriges egen besvarelse) % (n = 107)
<i>Psykiatrisk sygdom</i>		
Usandsynlig . . . . .	48	27
Mulig . . . . .	17	15
Sandsynlig . . . . .	35	58
Mangler . . . . .	0	0
<i>Psykiatrisk emotionel sygdom</i>		
Usandsynlig . . . . .	72	45
Mulig . . . . .	19	24
Sandsynlig . . . . .	5	31
Mangler . . . . .	4	0
<i>Psykiatrisk hyperaktiv sygdom</i>		
Usandsynlig . . . . .	67	66
Mulig . . . . .	4	7
Sandsynlig . . . . .	29	27
Mangler . . . . .	0	0
<i>Psykiatrisk adfærdsmæssig sygdom</i>		
Usandsynlig . . . . .	62	68
Mulig . . . . .	17	13
Sandsynlig . . . . .	17	19
Mangler . . . . .	4	0

a) Kategorisering på baggrund af en manual, der er baseret på britiske data (baggrundspopulation og klinisk børnepsykiatrisk materiale).

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

**Tabel 4.** Frekvenstabel over fysiske og psykiske symptomer blandt de 11-16-årige asylbørn (n = 87), sammenlignet med danske børn (n = 4.824).

	Symptomer mere end en gang om ugen	
	asylbørn (%)	danske børn <sup>a</sup> (%)
Hovedpine	43	24
Mavepine	30	12
Ondt i ryggen	32	19
Ked af det	56	25
Irritabel eller i dårligt humør	49	39
Nervøs	40	22
Svært ved at falde i søvn	60	31
Svimmel	24	13

a) Kilde: [16].

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 selvrapporering 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 selvrapporering [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.

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

Antaget: 25. september 2007

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

Taksgelser: 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 udgifter til asylansøgere 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):1125-1131.
- 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.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

13. 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.
14. 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.
15. SDQ – information for researchers and professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaire. [www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com) /apr 2007.
16. Andersen A, Due P, Holstein BE et al. Skolebørnsundersøgelsen. København: Københavns Universitet. Institut for Folkesundhedsvidenskab, 2003.
17. 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):1132-1139.
18. Ronning 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.
19. Fazel M, Stein A. Mental health of refugee children: comparative study. *BMJ* 2003;327:134.
20. 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.

This Provisional PDF corresponds to the article as it appeared upon acceptance. Fully formatted PDF and full text (HTML) versions will be made available soon.

## **Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark**

*BMC Public Health* 2007, **7**:288 doi:10.1186/1471-2458-7-288

Peter Hallas (hallas@rocketmail.com)  
Anne R Hansen (aha@si-folkesundhed.dk)  
Mia A Staehr (icg@telia.com)  
Ebbe Munk-Andersen (ema@redcross.dk)  
Henrik L Jorgensen (hlj@dadlnet.dk)

**ISSN** 1471-2458

**Article type** Research article

**Submission date** 28 June 2007

**Acceptance date** 11 October 2007

**Publication date** 11 October 2007

**Article URL** <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/288>

Like all articles in BMC journals, this peer-reviewed article was published immediately upon acceptance. It can be downloaded, printed and distributed freely for any purposes (see copyright notice below).

Articles in BMC journals are listed in PubMed and archived at PubMed Central.

For information about publishing your research in BMC journals or any BioMed Central journal, go to

<http://www.biomedcentral.com/info/authors/>

## Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark

Peter Hallas<sup>1§</sup>, Anne R. Hansen<sup>2</sup>, Mia A. Stæhr<sup>3</sup>, Ebbe Munk-Andersen<sup>4</sup>, Henrik L. Jorgensen<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Højdevangs Allé 9 st, 2300 Copenhagen S, Denmark

<sup>2</sup> National Institute of Public Health, Øster Farimagsgade 5, 1399 Copenhagen, Denmark

<sup>3</sup> Hörda 41, 34014 Lagan, Sweden

<sup>4</sup> The Danish Red Cross Asylum Department, Dag Hammarskiölds Allé 28, Box 810, 2100 Copenhagen, Denmark

<sup>5</sup> Department of Clinical Biochemistry, Bispebjerg University Hospital, Bispebjerg Bakke 23, 2400 Copenhagen NV, Denmark

§Corresponding author

Email addresses:

PH: [hallas@rocketmail.com](mailto:hallas@rocketmail.com)

ARH: [aha@si-folkesundhed.dk](mailto:aha@si-folkesundhed.dk)

MAS: [icg@telia.com](mailto:icg@telia.com)

EMA: [ema@redcross.dk](mailto:ema@redcross.dk)

HLJ: [hlj@dadlnet.dk](mailto:hlj@dadlnet.dk)



## **Abstract**

### **Background**

The length of stay in asylum centres is generally mentioned as a possible health risk to asylum seekers. Medical staff working with asylum seekers has claimed that long lengths of stay in asylum centres might cause or aggravate mental disorders.

We used records from a large, multiethnic group of asylum seekers to study if the incidence of mental disorders increased with length of stay.

### **Methods**

The study population was asylum seekers in Danish asylum centres run by the Danish Red Cross. General medical care was provided by Red Cross staff who could refer selected cases to medical specialists. If an asylum seeker needed more than three specialist consultations for mental illness or five consultations for physical illness the referrals had to be approved by The Danish Immigration Service. Between July 2001 - December 2002 the Red Cross prospectively registered health related data on all new applications (n=4516) to the Immigration Service regarding referrals to medical specialists. We used these records to analyse the association between length of stay in the asylum centres and overall rate of referral for mental disorders. Data was analysed using weighted linear regression.

### **Results**

We found that referrals for mental disorders increased with length of stay in asylum centres in a large, multiethnic population of asylum seekers. The association was found in all the categories of psychiatric illness studied and for a majority of the nationality groups studied.

### **Conclusions**

Length of stay in asylum centres was associated with an increase in referrals for mental disorders in a large, multiethnic group of asylum seekers. The present study supports the view that prolonged length of stay in an asylum centre is a risk factor for mental health. The risk of psychiatric illness among asylum seekers should be addressed by political and humanitarian means, giving prevention of illness the highest priority.

## Background

The length of stay in asylum centres is generally mentioned as a possible health risk to asylum seekers. Medical staff working with asylum seekers have claimed that long lengths of stay in asylum centres might cause or aggravate mental disorders.

A study from Denmark using data from 1986-1988 showed an increase in psychiatric illness with length of stay among asylum seekers [1]. No recent study, however, has focused on the effects of length of stay on the mental health on a large, multiethnic group of asylum seekers. The reasons for this are probably that the available information is often not suited for epidemiological analysis and that there are difficulties in establishing reference groups. Recent studies on the association between length of stay and mental disorders have so far focused on small groups, e.g. a specific nationality [2], asylum seekers in detention [3-5] or have focused on a specific diagnosis [6].

We studied records from a large, multiethnic group of asylum seekers to see if the incidence of mental disorders increased with length of stay.

## Methods

The Danish Red Cross Asylum Department takes care of approximately 90% of the total population of asylum seekers coming to Denmark. General medical care is provided by physicians and nurses from the Danish Red Cross. The physicians from The Danish Red Cross can refer asylum seekers for specialist medical treatment according to guidelines from the Danish Immigration Service. A maximum of five consultations for physical illness and three consultations for mental illness requires no additional administrative steps to be taken. But if an asylum seeker needs more than five/three specialist consultations the referrals for the additional consultations have to be approved by The Danish Immigration Service, which provides the funding for these treatments.

From July 2001 till December 2002 the Danish Red Cross registered the health related data on all applications to The Danish Immigration Service regarding referrals to specialist consultations. In the 18-month period there were 4516 new applications regarding referrals to medical specialists. For 3960 (88 %) of these a diagnosis was recorded according to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnoses were made by the referring health care professionals at the asylum centres or by a health care professional at The Danish Red Cross Asylum Department. Only one diagnosis was registered on each application. 2152 (54%) of the applications with a diagnosis concerned a mental disorder.

Background data on the total population of asylum seekers in Denmark, provided by The Danish Immigration Service, was used to identify the number of asylum seekers in each time interval. Data for the total population is used for the analyses. In the background data, the length of stay of the asylum seekers was only stated as the time spent in asylum centre every six months while the records from the Red Cross contained information on the date the application was submitted; as a result the background data are slightly skewed compared to the records from the Red Cross.

Applications were grouped in intervals of 90 days according to the length of stay of the asylum seeker at the time of application. The number of asylum seekers naturally fluctuates and the population of asylum seekers in the asylum centres continuously changes; some may stay for years, others only for a few days. To find out "the number of possible applicants" for a given 90 day

interval, the asylum seeker arriving on e.g. June 1<sup>st</sup> 2001 and leaving 180 days later would be counted twice (in the 0-90 days interval and in the 91-180 days interval). Thus the total number of observations of asylum seekers in the 18 intervals of 90 days is greater than the total number of asylum seekers in the study period. Distribution of asylum seekers per 90 day intervals during the 18 month study period is shown in table 1.

Since only a small number of applicants had stayed more than 1530 days this was used as cut-off point.

For each time interval, the number of referrals per 1000 asylum seekers, RI, was calculated, and the duration of the stay (in days), DUR, was set as the middle of the interval. The relationship between RI and DUR is not linear (figure 1). The mathematical model best fitting the data was:  $RI = \beta \cdot \ln(DUR) + \text{intercept}$ . Thus linearized, the total number of asylum seekers in each interval was used as the weight in a weighted linear regression. Parameter estimates, p-values for the model and R-square values were calculated using PROC REG in SAS (Cary, NC, USA).

The p-value for the difference between the slopes for psychiatric disease and somatic disease in figure 1 was calculated using PROC GLM in SAS.

The collection of data for analysis was approved by The Danish Data Protection Agency. This study was retrospective and did not include biological material. Thus according to Danish law no approval from an ethics committee was needed. Due to regulations of The Danish Data Protection Agency, the data had to be formatted for analysis so that all applicants remained anonymous. Therefore it is possible to state only the number of applications, not the number of applicants, and individual asylum seekers could not be linked to individual consultations. As a result, longitudinal regression methods that account for this clustering could not be used.

Since only patients in need of more than 3 consultations for mental disorders or 5 for physical diseases were included, we believe that patients with minor disorders were excluded

## Results

We found an increase in referrals for mental disorders with increased length of stay in asylum centres in a large, multiethnic population of asylum seekers (fig 1).

Referrals for a psychiatric diagnosis increased significantly with length of stay in the asylum centre:  $\beta = 5.7$  (95% CI: 4.4; 7.0), Intercept = -19.8 (95% CI: -27.4; -12.3),  $r^2 = 0.85$ ,  $p < 0.0001$ .

Referrals for a somatic diagnosis also increased with length of stay:  $\beta = 1.49$  (95% CI: 0.89; 2.08), Intercept = 2.14 (95% CI: -1.29; 5.57),  $r^2 = 0.66$ ,  $p < 0.0001$ .

The distribution of psychiatric diagnosis and the development in referrals for specific categories of diagnosis is shown in table 2 and fig 2.

Referrals for mental illness increased significantly with length of stay in the asylum centre within a majority of the nationality groups studied (table 2).

Length of stay versus referrals for mental illness within nationality groups was analysed (table 3).

Refugees from former Yugoslavia (Bosnia-Herzegovina, Kosovo and "Other former Yugoslavia") was the biggest group of asylum seekers in the population studied (table 3). The steepest rise ( $\beta$ ) in referrals for psychiatric/psychological treatment was seen for asylum seekers from Kosovo and Bosnia-Herzegovina (table 3).

## Discussion

We found that the need for psychiatric treatment for asylum seekers increased with length of stay in asylum centres, when the association was studied using administrative records on applications for referrals to further specialist treatment. This association was found for all the categories of psychiatric illness studied (table 2) and for a majority of the nationality groups studied (table 3).

Others have studied smaller groups of refugees and asylum seekers and have found similar results: Sack et al. showed an association between depression and recent stressful events in Cambodian refugees [7] and a study of refugees from Kosovo [8] showed that the rate of symptoms of depression increased over time, probably due to postmigration stress factors. Laban found that the duration of the asylum procedure was an important risk factor for psychopathology among Iraqi asylum seekers with the same level of PTSD [2].

A possible confounding factor in this study could be that the asylum seekers with mental disorders might stay behind in the centres while the healthy are granted asylum or are repatriated. But this does not seem to be the case in other studies of asylum seekers [2, 8]. Moreover a study of the asylum system in Denmark, focusing on children with mental health problems, found that the residence case work resembled a random process: There was no difference in the mental health between the groups of children who did or did not obtain asylum in Denmark [9]. Thus a selection process is not a likely explanation of our findings.

The incidence of PTSD rises with length of stay. This could be delayed onset PTSD, but is more likely the consequence of ongoing stress with co-morbid disorders such as anxiety and depression. The possibility of medicalization of social problems should also be taken into account when considered the findings in this study.

Epidemiological analysis based on records of administrative procedures may be confounded: Individual asylum seekers could not be linked to individual consultations, and as a result, longitudinal regression methods that account for this clustering could not be used; this omission affects the standard error estimates. The criteria for declaring a somatic disease required 5 consultations but only 3 were required for mental disorders. This affects the comparison of the level of incidence of psychiatric referrals and somatic referrals. Finally, the available background data was slightly skewed compared to the records from the Red Cross; thus there is a systematical deviation that might hide significant associations between length of stay and referrals.

Our findings can be summarized in a model for the relationship between length of stay in asylum centres and morbidity (fig. 3)

Psychopathology among refugees and asylum seekers is not an inevitable consequence of acute wartime stress but rather reflects the economic, social, and cultural conditions from which they have

escaped and into which they are placed [10,11]. Thus the model illustrates how the incidence of referrals for psychiatric illness can be reduced:

- i) Reducing length of stay in asylum centres will decrease incidence of referrals for psychiatric illness
- ii) Initiatives focusing on improving the mental well-being of asylum seekers could decrease the incidence of referrals for psychiatric illness (shifting the curve to the right).

A previous study by Kjersem [1] has focused on asylum seekers in Denmark. In his study, visits to the general practitioner in the asylum centre increased with time during the first year in the asylum centre. Thus the association between health care use and length of stay is observed in both parts of the administrative system: the general practitioner and as well the specialist. Kjersem theorized the initial steep rise in morbidity during the first year may reflect the asylum seekers improved access to a health care system that had not been available before arrival to the host country. This phenomenon is also seen in fig 3.

The present study substantiates the claim by health care workers that prolonged length of stay in an asylum centre is a risk factor for mental health.

## **Conclusions**

Length of stay in asylum centres was associated with an increase in referrals for mental illnesses in large, multiethnic group of asylum seekers. The association was found in all the categories of psychiatric illness studied and for a majority of the nationality groups studied.

The risk of psychiatric illness among asylum seekers should be addressed by political and humanitarian means, giving prevention of illness the highest priority.

## **Competing interests**

The authors declare that they have no competing interests.

## **Authors' contributions**

PH conceived of the study, analysed data and drafted the manuscript. ARH participated in the design of the study, collected information and helped draft the manuscript. MAS organised design of application forms for specialist consultations and organised the registration of data, participated in the design of the study and helped draft the manuscript. EMA participated in the coordination of the study and helped to draft the manuscript. HLJ did the statistical analysis and helped to draft the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

## **Acknowledgements**

Dr. Mogens Nelsson from the Danish Red Cross Asylum Department categorised the applications for further treatment according to The International Classification of Diseases (ICD-10).

Dr. Ellen Galatius helped design the application forms for specialist consultations.

Background data on asylum seekers in Denmark was provided by The Danish Immigration Service. George McLelland and Aileen McLelland edited the manuscript.

## References

1. Kjersem, H: **Migrationsmedicin i Danmark. Vurdering af nogle migrationsmedicinske problemstillinger blandt asylansøgere og flygtninge.** PhD thesis. The Danish Red Cross Asylum Department. 1996
2. Laban CJ, Komproe IH, Schreuder BA, De Jong JTVM: **Impact of a long asylum procedure on the Prevalence of psychiatric disorders.** *J Nervous Mental Diseases* 2004, 192(12), 843-51
3. Steel Z, Silove D, Brooks R, Momartin S, Alzuhairi B, Susljik I: **Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees.** *Br J Psychiatry.* 2006; 188:58-64..
4. Keller AS, Rosenfeld B, Trinh-Shevrin C, Meserve C, Sachs E, Leviss JA, Singer E, Smith H, Wilkinson J, Kim G, Allden K, Ford D: **Mental health of detained asylum seekers.** *Lancet.* 2003; 362 (9397):1721-3.
5. Sultan A, O'Sullivan K: **Psychological disturbances in asylum seekers held in long term detention: a participant-observer account.** *Med J Aust.* 2001; 175 (11-12):593-6.
6. Heptinstall 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; 6:373-80.
7. Sack WH, Clarke GN, Seeley J: **Multiple forms of stress in Cambodian adolescent refugees.** *Child Dev.* 1996; 1:107-16.
8. Roth G, Ekblad S: **Longitudinal perspective on depression and sense of coherence in a sample of mass-evacuated adults from Kosovo.** *J Nerv Ment Dis.* 2006 May; 194(5):378-81.
9. Montgomery E, Foldspang A: **Seeking asylum in Denmark: refugee children's mental health and exposure to violence.** *Eur J Public Health.* 2005; 3:233-7.
10. Porter M, Haslam N: **Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis.** *JAMA.* 2005 Aug 3; 5:602-12.
11. Silove D, Steel Z, Watters C: **Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers.** *JAMA.* 2000 Aug 2;284(5):604-11.

## Figures

**Figure 1 - Length of stay and applications regarding referrals for psychiatric diseases.**  
Referrals for somatic diseases are shown for reference.

**Figure 2 – Categories of psychiatric diagnoses and length of stay in asylum centre**  
There was a significant rise in all four categories of psychiatric diagnoses (see table 2)

**Figure 3 - Model for the relationship between length of stay in asylum centres and morbidity**

## Tables

**Table 1. Distribution of asylum seekers per 90 days interval during the 18 month study period**

Duration of stay in asylum centres (days)	Somatic referrals	Psychiatric referrals	Asylum seekers
0-90	156	78	21843
91-180	232	160	21726
181-270	214	188	21836
271-360	214	222	21542
361-450	230	293	18537
451-540	165	228	14589
541-630	117	231	10505
631-720	93	167	8258
721-810	92	120	7231
811-900	88	117	6601
901-990	70	109	5315
991-1080	50	78	4260
1081-1170	34	58	3118
1171-1260	31	54	2298
1261-1350	12	25	1350
1351-1440	7	14	740
1441-1530	3	10	483
Total	1808	2152	170232

**Table 2. Psychiatric diagnoses: distribution of referrals and association with length of stay in asylum centre.**

IDC-10	Diagnoses	%	$\beta$	$r^2$	p
F20.0 – 25.9	Schizophrenia, psychoses	3.8 (n= 83)	0.22	0.28	0.03
F32.0 – 33.9	Depression	9.0 (n=191)	0.74	0.72	<0.0001
F43.1	Post-traumatic stress disorder	50.8 (n=1100)	2.42	0.73	<0.0001
Other F	Other psychiatric disorders	36.4 (n=778)	2.32	0.80	<0.0001
Sum		100 (n=2152)			

**Table 3. Referral rate versus length of stay for different nationality groups**

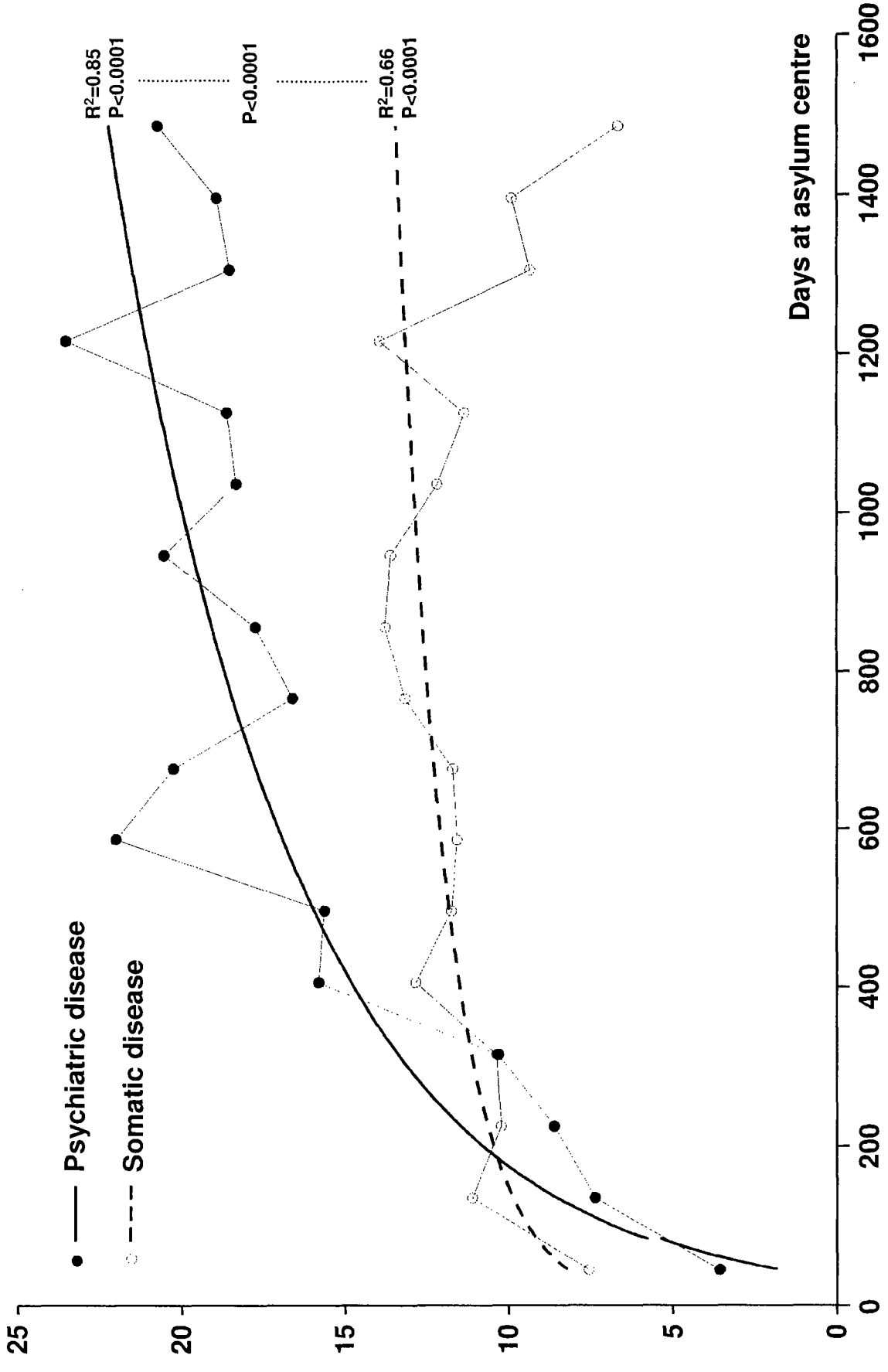
Origin	% of all asylum seekers *	Referrals for psychiatric/psychological treatment		
		$\beta$	$r^2$	p
Bosnia-Herzegovina	10.9	13.1	0.67	<0.0001
Kosovo	11.5	12.0	0.58	0.0004
Other former Yugoslavia	23.7	0.8	0.08	0.3
Iraq	16.4	3.3	0.51	<0.0003
Afghanistan	8.4	2.2	0.10	0.2

Iran	3.8	7.7	0,46	0.003
Middle East, other	8.1	1.7	0.14	0.1
Former USSR	6.1	4.4	0.28	0.03
Other	10.9	4.0	0.61	<0.0001
Sum	99.8			

\*(n=170232)



**Figure 1**



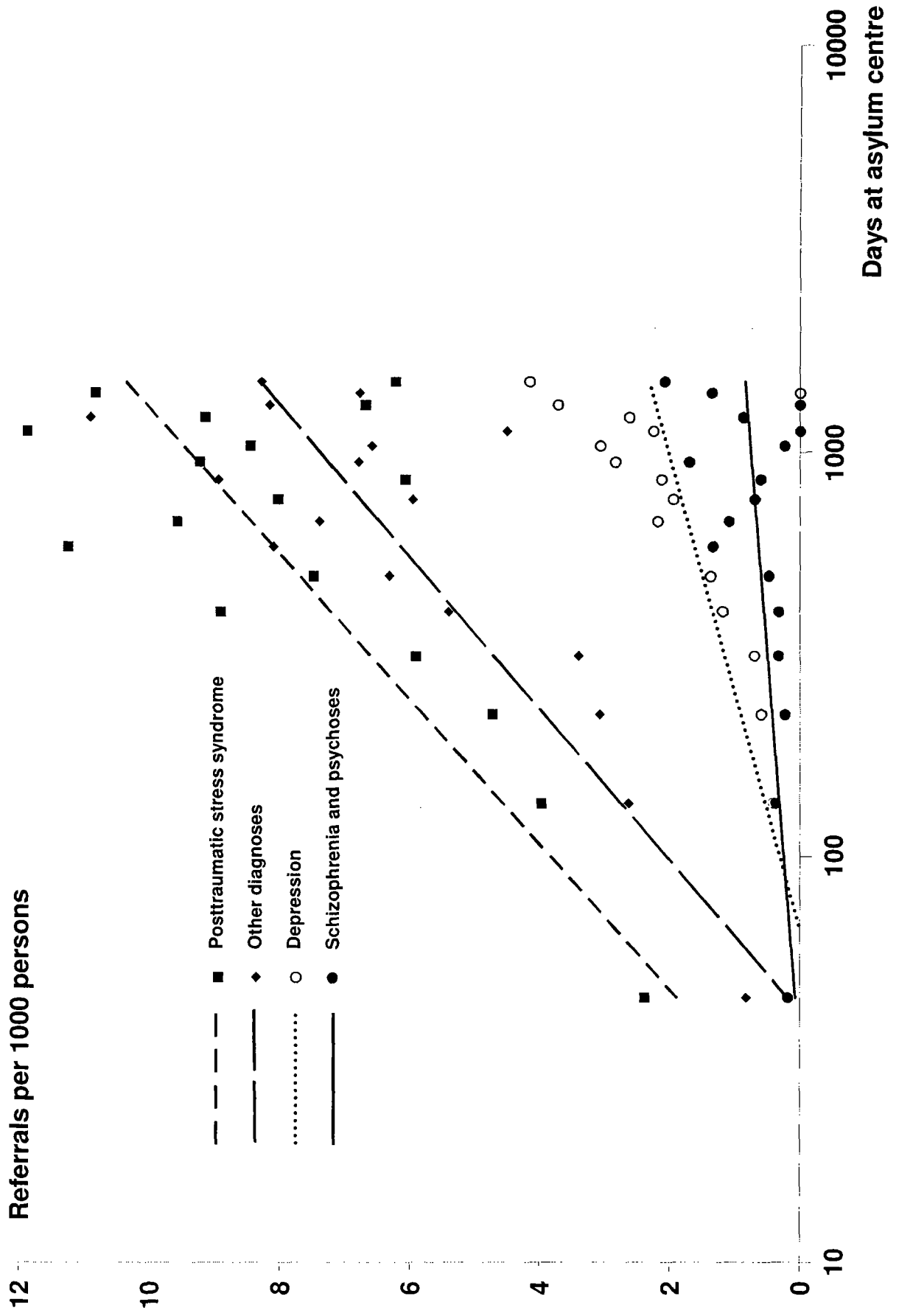
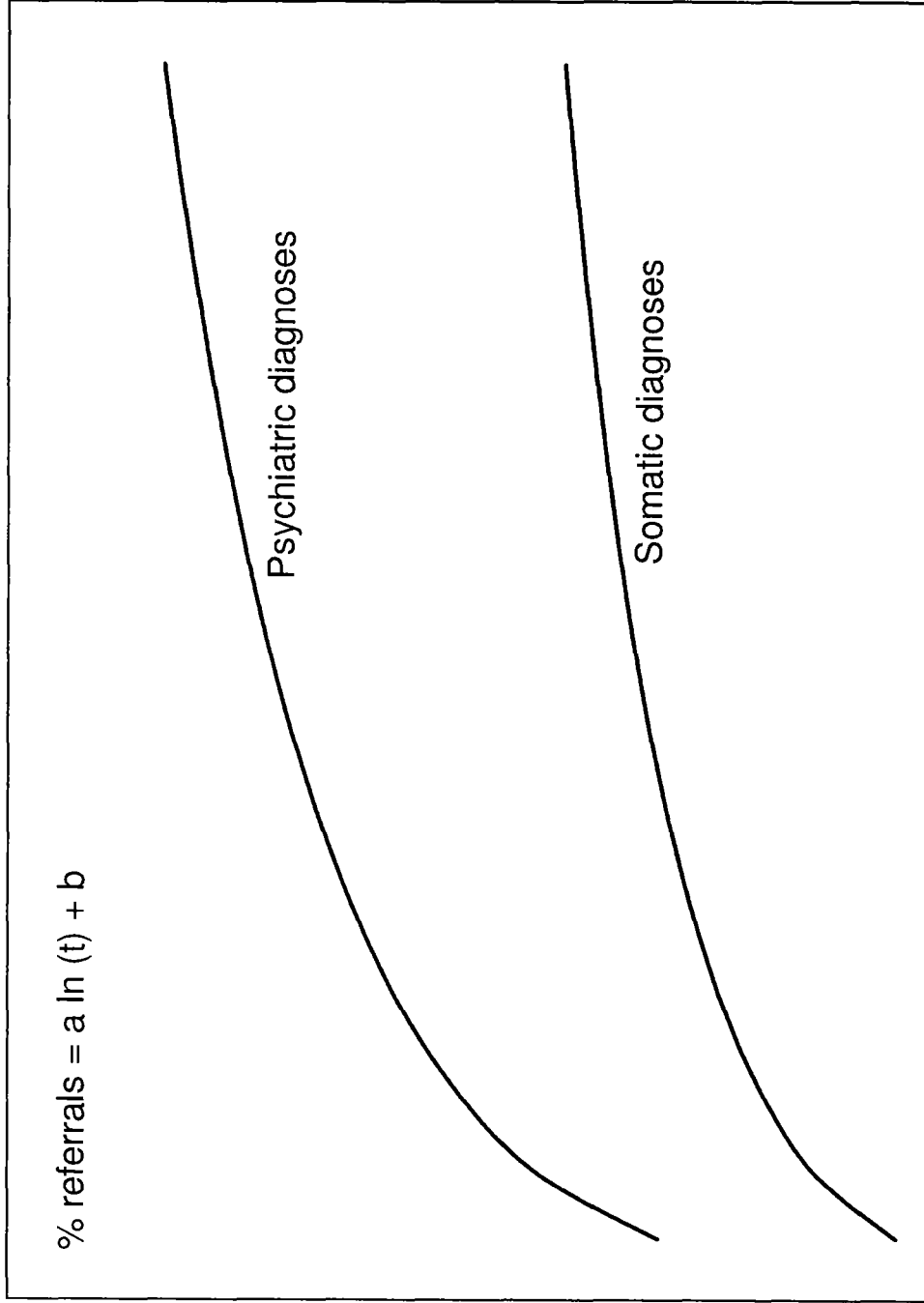


Figure 2



Time in asylum center (t)