

37. Goldberg P, Fleming MC, Picard EH. Multiple sclerosis: decreased relapse rate through dietary supplementation with calcium, magnesium and vitamin D. *Med Hypotheses* 1986;21:193-200.
38. Mahon BD, Gordon SA, Cruz J et al. Cytokine profile in patients with multiple sclerosis following vitamin D supplementation. *J Neuroimmunol* 2003;134:128-32.
39. Brohult J, Jonson B. Effects of large doses of calciferol on patients with rheumatoid arthritis. A double-blind clinical trial. *Scand J Rheumatol* 1973;2:173-6.
40. Andjelkovic Z, Vojinovic J, Pejnovic N et al. Disease modifying and immunomodulatory effects of high dose 1 α -OH-vitamin D₃ in rheumatoid arthritis patients. *Clin Exp Rheumatol* 1999;17:453-6.

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 selvvalueret 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 selvrapportering fra 88 11-16-årige (79%).

Metoder

Undersøgelsen var et tværsnitsstudie. 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 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 klassifikation) [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: Psykiisk 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 (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 χ^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	–	
Køn			
Pige	104	42	
Dreng	142	58	
Alder			
4-10 år	139	56	9,6 år
11-16 år	107	44	
Oprindelsesland			
Eksjugoslavien*	118	48	
Irak	67	27	
Alle andre asylsøgerproducerende lande ^b	61	25	
Familjestørrelse			
1-3 medlemmer	32	13	4,7 medlemmer
4-8 medlemmer	214	87	
Antal forældre			
Enlig forælder	44	18	
Begge forældre	202	82	
Skole			
Centerskole	175	71	
Almindelig folke- eller privatskole	23	9	
Legestue	48	20	
Opholdstid			
1-12 måneder	35	14	48,4 måneder
13-24 måneder	19	8	
25-91 måneder	192	78	
Asylfase^c			
Asylfase 1 og 2	91	37	
Asylfase 3	154	63	
Bosteder			
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 asylsagen 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 humanitær 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. 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 (*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. Frekvenstabel over asylansøgende børns psykiske helbred^a.

	Pædagogers og læreres samlede besvarelse for de 4-16-årige, % (n = 246)	Pædagogers 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 ^b	14	14	14	19
Unormal	31	31	31	26
Mangler	4	2	6	18
<i>Emotionelle symptomer</i>				
Normal	67	72	61	24
Grænsetilfælde ^b	10	10	9	8
Unormal	20	18	24	50
Mangler	3	1	6	18
<i>Hyperaktivitet</i>				
Normal	62	60	65	55
Grænsetilfælde ^b	8	8	7	9
Unormal	27	31	22	18
Mangler	3	1	6	18
<i>Adfærdsproblemer</i>				
Normal	62	61	64	55
Grænsetilfælde ^b	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 ^b	7	8	5	19
Unormal	24	26	23	19
Mangler	3	1	6	17
<i>Sociale styrker</i>				
Normal	65	63	68	77
Grænsetilfælde ^b	8	9	7	3
Unormal	22	25	16	3
Mangler	5	3	8	17
<i>Overordnet belastning</i>				
Normal	50	53	47	22
Grænsetilfælde ^b	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 prædikative 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^a 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).

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 ^a (%)
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 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.

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.

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 asylansøgere sundhedsbehandling i perioden 2001 til 1. halvår 2005. København: Udlændingetjeneste, 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.

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 /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):II32-II39.
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.

Kirurgisk behandling af thoracic outlet-syndrom

Overlæge Stanislaw Cerazy & overlæge Ole Christian Røder

Odense Universitetshospital, Thorax-kirurgisk Afdeling T

Resume

Introduktion: Formålet med studiet var at undersøge langtidsresultatet hos patienter opereret med *thoracic outlet*-syndrom (TOS) med costa 1-resektion. I litteraturen opgives resultatet efter kirurgisk behandling til at være på 60-80%, og for at undgå kirurgbias ved resultatopgørelsen af vore patienter, blev patienterne i stedet tilsendt et spørgeskema om deres syn på behandlingens effektivitet.

Materiale og metoder: I studiet indgik 30 kvinder og seks mænd med en medianalder på henholdsvis 41 år (spændvidde: 18-61) og 35 år (spændvidde: 23-50 år). Fire kvinder og to mænd blev opereret dobbeltsidigt. På 42 overekstremiteter foretog man transaksillær costa 1-resektion med samtidig fjernelse af halsribben hos fire patienter. I tre tilfælde blev der foretaget pectoralis minor-resektion, mens separat costa cervicalis-resektion blev udført i to tilfælde. Postoperativt blev patienterne behandlet fysiurgisk.

Resultater: Der var seks tilfælde med postoperative komplikationer. To patienter fik overskåret nervus intercostobrachialis med efterfølgende paræstesier på indersiden af overarmen, tre patienter fik drænkkrævende pneumothorax, og i et enkelt tilfælde var der insufficient anæstesi. Efter tre måneders observation angav 24 patienter (67%) at være symptomfrie, 11 patienter (31%) havde uændrede gener, mens en patient (2%) syntes, at symptomerne var blevet forværrede. Efter en observationstid på median 86 måneder (spændvidde: 60-170 måneder) angav patienterne, efter at være blevet forespurgt skriftligt, at 20 arme (48%) var så godt som symptomfrie, 18 arme (43%) var uændrede, og fire arme (9%) var dårligere end før operationen. Otte patienter (22%) skiftede arbejde på grund af vedvarende gener. Treogtyve patienter (64%) syntes, at operationen havde været værd at gennemføre, mens ti patienter (28%) fandt, at operationen var uden værdi, og tre patienter (8%) var usikre på, om operationen havde været værd at gennemføre. Alle seks patienter, der var blevet bilateralt opereret, var blevet symptomfrie.

Konklusion: Denne retrospektive serie af patienter, 42 overekstremiteter med TOS, viser en selvrapporteret succesrate på ca. 50% efter syv år, og at ca. to tredjedele af patienterne var tilfredse med behandlingen. Sammenlignet med endelige retrospektive opgørelser, anslås kirurgbias til at ligge på 20-30% hos denne patientgruppe. Der synes ikke at være andre behandlingstilbud ved svær TOS. Der efterspørges objektive metoder til bedre patientseleksion og randomiserede undersøgelser til at evidensbasere behandlingen.

Thoracic outlet-syndrom (TOS) er en betegnelse skabt af Peet et al [1] i 1956 og af Rob & Standmen [2] i 1958. TOS omfatter en række kompressionssymptomer, der er relateret til de strukturer, der passerer i skalenerporten. I de fleste tilfælde er der ikke nogen anatomisk årsag til kompressionen, men der kan forekomme et costa cervicalis, en lang C7-processus transversus og fibromuskulære strøg, der udgår fra en hypoplastisk costa 1, og der kan have været sket et traume med fibrose og callusdannelse i clavícula [3]. I de fleste tilfælde af



Transaksillær adgang. Assistent, med specielt håndgreb, løfter højre overekstremitet. Figuren er tidligere publiceret i *Karkirurgi* 2001, FADL's Forlag A/S.