

VIDENSKAB OG PRAKSIS | SEKUNDÆRPUBLIKATION

dette skete relativt hurtigt herefter. Fra andre studier vides det, at effekten af medicinsk blodtryks-sænkende behandling kan aflæses i en reduktion af kardiovaskulære hændelser allerede efter måneders behandling, mens effekten af medicinsk lipid-sænkende behandling indtræder i løbet af 1-2 år. Effekten af blodglukosesænkende behandling indtræder endnu senere. En sandsynlig forklaring på den fortsatte divergens er derfor effekten af en tidlig intervention i forhold til en senere påbegyndelse af intensiv medicinsk behandling snarere end en simpel tidsforskydning af Kaplan-Meier-kurverne.

Trods overbevisende evidens for behandlingseffekten hos patienter med type 2-diabetes har publicerede undersøgelser vist en meget ringe grad af implementering af rekommanderede retningslinjer. I oversigten fra National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), USA i perioden 1999-2000 opnåede således kun 37% af patienterne med type 2-diabetes målet for glykeret hæmoglobin på mindre end 7,0%, 36% opnåede et systolisk blodtryk på mindre end 130 mmHg, og 52% opnåede et total kolesterolniveau på mindre end 5,2 mmol/l [6]. Kun 7% af patienterne opnåede alle tre mål. Kun andelen af patienter med et rekommanderet kolesterolniveau var steget i forhold til NHANES III fra 1988-1994. Selv hos patienter med erkendt iskæmisk kardiovaskulær sygdom og type 2-diabetes blev kun 11% behandlet efter rekommandationer med lægemidler i form af angiotensin-konverterende enzym-hæmmere, statiner og β -blokkere [7].

Steno-2-studiet viser, at effekten af en intensiv polyfarma-

kologisk behandling af patienter med type 2-diabetes og mikroalbumuri som rekommanderet i danske retningslinjer er veldokumenteret på kliniske endepunkter som død, kardiovaskulær sygdom og mikrovaskulære komplikationer. Da effekten af behandlingen synes at være større, jo hurtigere den påbegyndes, bør behandlingsindsatsen over for risikopatienter øges markant.

Korrespondance: Peter Haulund Gæde, Steno Diabetes Center, DK-2820 Gentofte. E-mail: peter.gaede@dadlnet.dk

Antaget: 4. februar 2008
Interessekonflikter: Ingen

This article is based on a study first reported in the *New England Journal of Medicine* 2008;358:580-91.

Litteratur

1. Gæde P, Vedel P, Parving HH et al. Intensified multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria: the Steno type 2 randomised study. *Lancet* 1999;353:617-22.
2. Gæde P, Vedel P, Larsen N et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003;348:383-93.
3. Beck-Nielsen H, Henriksen JE, Hermansen K et al. Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom: Diagnostik og behandling: Klaringsrapport. *Ugeskr Læger* 2000;162:(suppl):S1-S36.
4. Type 2 diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling. *Medicinsk Teknologivurdering*, 2003;5(1).
5. Gall MA, Borch-Johnsen K, Hougaard P et al. Albuminuria and poor glycemic control predict mortality in NIDDM. *Diabetes* 1995;44:1303-9.
6. Saydah SH, Fradkin J, Cowie CC. Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. *JAMA* 2004;291:335-42.
7. Brown LC, Johnson JA, Majumdar SR et al. Evidence of suboptimal management of cardiovascular risk in patients with type 2 diabetes mellitus and symptomatic atherosclerosis. *CMAJ* 2004;171:1189-92.

Opholdstiden i asylcentre og psykisk sygdom hos asylansøgere – sekundærpublikation

Læge Peter Hallas, cand.scient.san. Anne Rytter Hansen, cand.psych. Mia A. Stæhr, cheflæge Ebbe Munk-Andersen & overlæge Henrik L. Jørgensen

Højdevangs Allé 9, st., København,
Statens Institut for Folkesundhed,
Hörda 41, Sverige,
Dansk Røde Kors, Asylafdelingen, og
Bispebjerg Hospital, Klinisk-biokemisk Afdeling

Resume

Medicinsk personale på asylcentre har hævdet, at lange opholdstider på asylcentre er årsag til eller forværrer psykisk sygdom. Vi brugte et større materiale fra Dansk Røde Kors' asylcentre (årene 2001-2002) vedr. ansøgninger til Udlændingesservice om behandling hos speciallæge til at undersøge, om incidensen af psykisk sygdom stiger med opholdstiden i asylcentre. Ansøgninger om

behandling af psykisk sygdom steg med opholdstiden i centrene i alle de undersøgte kategorier af psykisk sygdom og for hovedparten af nationaliteterne.

Varigheden af ophold i asylcentre nævnes ofte som risikofaktor for sygdom hos asylansøgere, og sundhedspersonale på asylcentre har længe hævdet, at lange opholdstider på asylcentre er årsag til eller forværrer psykisk sygdom.

En opgørelse fra Danmark, baseret på tal fra 1986-1988, viste, at incidensen af psykisk sygdom steg med opholdstiden [1]. I nyere undersøgelser af sammenhængen mellem opholdstid i asylcenter og psykisk sygdom har man fokuseret enten på mindre grupper, for eksempel en bestemt nationalitet [2], asylansøgere i fængselslignende institutioner [3-5] eller på en specifik diagnose [6]. Derimod har man ikke i nogen nyere studier

VIDENSKAB OG PRAKSIS | SEKUNDÆRPUBLIKATION

fokuseret på effekten af opholdstid på forekomsten af psykisk sygdom hos en større multiethnisk gruppe af asylansøgere.

Vi har derfor anvendt data for en stor multiethnisk gruppe af asylansøgere for at verificere den generelle antagelse, at incidensen af psykisk sygdom stiger som funktion af opholdstiden i asylcentre.

Metoder og materiale

Røde Kors-læger henviser asylansøgere til speciallæger i henhold til regler fra Udlændingetjeneste. Op til fem konsultationer for somatiske lidelser og tre konsultationer for psykiske lidelser kan foretages uden særlige administrative tiltag. Har en asylsøger imidlertid brug for flere speciallægekonsultationer, kontaktes Udlændingetjeneste, som skal godkende og finansiere behandlingerne. For at ekskludere mindre betydningsfulde sygdomme er der i undersøgelsen kun medtaget henvisninger ud over 5/3-grænsen.

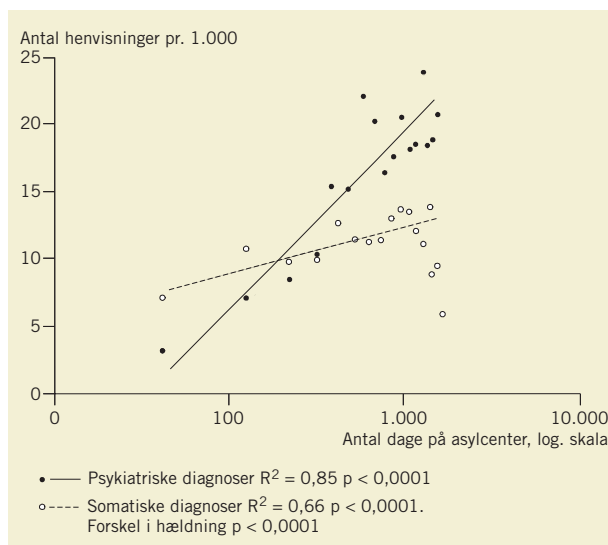
I perioden fra juli 2001 til december 2002 blev der registreret 4.516 ansøgninger til Udlændingetjeneste om sådanne henvisninger, hvoraf de 3.960 (88%) resulterede i en diagnose. Heraf omhandlede 2.152 (54%) psykiske lidelser (The International Classification of Diseases (ICD-10)-klassifikationen fra WHO).

Baggrundsdata om det totale antal asylsøgere, og hvor længe den enkelte asylsøger havde opholdt sig på asylcenter, blev indhentet fra Udlændingetjeneste. I **Tabel 1** ses antal henvisninger og antal personer inddelt i 90-dages-intervaller. Det totale antal asylsøgere er mindre end det totale antal i **Tabel 1**, idet en asylsøger, som for eksempel har siddet 180 dage på et asylcenter, både tæller med i intervallet 0-90 dage og 91-180 dage.

For hvert tidsinterval blev antallet af henvisninger per 1.000 asylansøgere (RI) beregnet, og længden af opholdet på centret i dage (DUR) blev sat til midten af 90-dages-intervallet. Den

Tabel 1. Antal henvisninger og antal asylansøgere inddelt i 90-dages-intervaller.

Antal dage på asylcenter	Somatiske henvisninger	Psykiatriske henvisninger	Asylansøgere
0-90	156	78	21.843
91-180	232	160	21.726
181-270	214	188	21.836
271-360	214	222	21.542
361-450	230	293	18.537
451-540	165	228	14.589
541-630	117	231	10.505
631-720	93	167	8.258
721-810	92	120	7.231
811-900	88	117	6.601
901-990	70	109	5.315
991-1.080	50	78	4.260
1.081-1.170	34	58	3.118
1.171-1.260	31	54	2.298
1.261-1.350	12	25	1.350
1.351-1.440	7	14	740
1.441-1.530	3	10	483
Total	1.808	2.152	170.232



Figur 1. Sammenhæng mellem tid på asylcenter og antal psykiatriske og somatiske henvisninger.

matematiske model, som bedst beskriver sammenhængen mellem RI og DUR, er: $RI = \beta \times \ln(DUR) + \text{intercept}$. Således lineariseret blev antallet af asylansøgere i hvert interval brugt som vægt i en vægtet lineær regressionsanalyse. Parameterestimer, p-værdier for modellen og R^2 -værdier blev beregnet ved hjælp af PROC REG i SAS (Cary, NC, USA). p-værdien for forskellen mellem hældningerne i **Figur 1** blev beregnet ved hjælp af PROC GLM i SAS. Undersøgelsen er godkendt af Datatilsynet.

Resultater

Der var en signifikant sammenhæng mellem antal henvisninger og tid på asylcenter, mest udtalt for henvisninger med psykiatriske diagnoser (**Figur 1**). For følgende diagnoser (med ICD-10-klassifikation angivet) var sammenhængen med tid på asylcenter ligeledes signifikant: Skizofreni og psykoser (F20.0-25.9) $n = 83$ (3,8%) $p = 0,03$, depression (F32.0-33.9) $n = 191$ (9,0%) $p < 0,0001$, posttraumatisk stressyndrom (F43.1) $n = 1.100$ (50,8%) $p < 0,0001$, øvrige psykiatriske diagnoser (Øvrige F) $n = 778$ (36,4%) $p < 0,0001$. Fordelt på forskellige nationaliteter var sammenhængen (procent af materialet og p-værdi angivet i parentes) mellem psykiatriske henvisninger og tid på asylcenter signifikant for personer fra Bosnien-Herzegovina (10,9%, $p < 0,0001$), Kosovo (11,5%, $p = 0,0004$), Irak (16,4%, $p = 0,0003$), Iran (3,8%, $p = 0,003$), tidligere Sovjetunion (6,1%, $p = 0,03$) og øvrige stater (10,9%, $p < 0,0001$), men ikke for personer fra de øvrige områder af det tidligere Jugoslavien (23,7%, $p = 0,3$), Afghanistan (8,4%, $p = 0,2$) og det øvrige Mellemøsten (8,1%, $p = 0,1$).

Diskussion

Vi fandt, at behovet for psykiatrisk/psykologisk behandling

VIDENSKAB OG PRAKSIS | SEKUNDÆRPUBLIKATION

af asylansøgere voksede i takt med opholdstiden på asylcentre. Denne sammenhæng blev belyst ved registrering af administrative ansøgninger om henvisninger til flere specialistbehandlinger. Sammenhængen blev fundet for alle typer af psykiatriske lidelser og for flertallet af de undersøgte nationaliteter.

Andre forfattere har studeret mindre grupper af flygtninge og asylansøgere og har fundet lignende resultater: *Sack et al* påviste en sammenhæng mellem depression og nyere stressbelastninger blandt cambodjanske flygtninge [7], og i en undersøgelse af flygtninge fra Kosovo [8] påviste man, at hyppigheden af symptomer på depression tiltog over tid, sandsynligvis på grund af postmigrations-stress-faktorer.

Laban fandt, at varighed af asylprocessen var en vigtig risikofaktor for udviklingen af psykopatologi hos irakiske asylansøgere med samme niveau af posttraumatisk stressyndrom (PTSD) [2].

Det falder naturligt at overveje, om det måske var de psykisk syge asylansøgere, der blev tilbage på centrene, mens de sunde enten fik asyl eller blev repatrierede. Men det har ikke været tilfældet i andre studier med asylansøgere [2, 8]. Tilmed har man i en dansk undersøgelse af børn med psykiske problemer påvist, at der heller ikke var forskel på det psykiske helbred hos børn, der fik hhv. asyl eller afslag [9].

Incidensen af PTSD stiger med opholdstidens længde. Dette kunne forklares som forsinket PTSD, men er nok snarere en følge af vedvarende stress med komorbiditet i form af angst og depression. Det er muligt, at undersøgelsens resultater i nogen grad afspejler, at der sker en sygeliggørelse af sociale problemer.

Fortolkningen af epidemiologiske analyser baseret på registre og administrative procedurer kan være bundet af materialets begrænsninger. For eksempel kunne vi ikke kæde de individuelle asylansøgere sammen med individuelle konsultationer. Reglerne for at få fortsat henvisning til en somatisk speciallæge var baseret på fem konsultationer, mens en psykiatrisk henvisning var baseret på tre konsultationer. Dette påvirker sammenligningen af incidensen af psykiatriske og somatiske henvisninger.

Psykopatologi blandt flygtninge og asylansøgere er ikke en uundgåelig følge af akut stress på grund af krig, men afspejler snarere de økonomiske, sociale og kulturelle betingelser, som de dels er flygtet fra, og de betingelser, de nu er underlagt [10]. Vores resultater tyder derfor på, at incidensen af henvisninger for psykiatriske lidelser kan reduceres:

1) Ved at reducere opholdstidens længde på asylcentre vil incidensen af henvisninger for psykiatrisk sygdom mindskes. 2) Tiltag til forbedring af asylansøgere mentale trivsel kunne mindske incidensen af henvisninger for psykiatrisk lidelse.

Kjersens studie [1] omfattede asylansøgere i Danmark. Han påviste, at antallet af besøg hos den praktiserende læge på asylcentre steg over tid i det første år på asylcentre.

Sammenhæng mellem brug af sundhedstilbud og opholdstidens længde blev observeret i begge dele af det administrative system: hos den alment praktiserende læge og hos specialisterne. *Kjersens* anfører, at den indledningsvise bratte stigning i sygelighed i det første år måske afspejler asylansøgernes forbedrede adgang til sundhedssystemet i værtslandet i forhold til tidligere. Dette fænomen ses også i Figur 1.

Konklusion

Varighed af ophold i asylcenter var associeret med en stigning i antal ansøgninger om behandling af psykisk sygdom hos en stor multietnisk gruppe af asylansøgere. Associationen blev fundet for alle kategorier af psykisk sygdom og for hovedparten af nationalitetsgrupperne. Denne undersøgelse understøtter sundhedspersonalets påstand om, at lang opholdstid på asylcentre er en risikofaktor for psykisk helbred. Risikoen for psykisk sygdom bør reduceres gennem humanitære og politiske initiativer, der fokuserer på forebyggelse.

Korrespondance: *Peter Hallas*, Højdevangs Allé 9, st., DK-2300 København S. E-mail: hallas@rocketmail.com

Antaget: 13. november 2007
Interessekonflikter: Ingen

This article is based on a study first published in BMC Public Health 2007;7:288 (Creative Commons Licens).

Taksigelser. Dr. *Mogens Nelsson* fra Dansk Røde Kors, Asylafdelingen, kategoriserede ansøgninger om specialistbehandling efter The International Classification of Diseases (ICD-10). Dr. *Ellen Galatius* hjalp med design af ansøgningsskemaer til Udlændingesservice. Baggrundsdata om asylansøgere i Danmark blev leveret af Udlændingesservice. *George McLelland* og *Aileen McLelland* har læst korrektur på den engelske version af manuskriptet.

Litteratur

1. Kjersens H. Migrationsmedicin i Danmark. Vurdering af nogle migrationsmedicinske problemstillinger blandt asylansøgere og flygtninge [ph.d.-afhandl.]. København: Dansk Røde Kors, Asylafdelingen 1996.
2. Laban CJ, Komproe IH, Schreuder BA et al. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders. *J Nervous Mental Diseases* 2004;192:843-51.
3. Steel Z, Silove D, Brooks R et al. 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 et al. Mental health of detained asylum seekers. *Lancet* 2003;362:1721-3.
5. Sultan A, O'Sullivan K. Psychological disturbances in asylum seekers held in long term detention: a participant-observer account. *Med J Aust* 2001;175:593-6.
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;194:378-81.
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;5:602-12.