

Statusartikel

Ugeskr Læger 2022;184:V07210556

Nyankomne flygtninge lider af infektionssygdomme, mangeltilstande og psykisk mistrivsel

Anne Mette Fløe Hvass^{1, 2, 3}, Mathilde Horn Andersen⁴, Alexandra Kruse^{4, 5}, Marie Nørredam^{4, 6} & Christian Wejse^{1, 3}

1) GloHAU Center of Global Health, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, 2) Sociallægeinstitutionen, Sociale forhold og beskæftigelse, Aarhus Kommune, 3) Komplex og Tværkulturel Medicin, Infektionssygdomme, Aarhus Universitetshospital, 4) Indvandrermedicinsk Klinik, Infektionsmedicinsk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Hvidovre Hospital, 5) Børn og Ungeafdelingen, Københavns Universitetshospital – Hvidovre Hospital, 6) Forskningscenter for Migration, Etnicitet (MESU), Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet

Ugeskr Læger 2022;184:V07210556

HOVEDBUDSKABER

- Helbredsundersøgelser af nyankomne flygtninge afdækker ofte mange ubehandlede tilstande hos både børn og voksne.
- De hyppigste fund er bl.a. latent tuberkulose, D-vitaminmangel og traumer/PTSD.
- Kun få kommuner foretager helbredsundersøgelserne systematisk.

Hver år kommer flygtninge og familiesammenførte til Danmark fra lande med krig og katastrofer. De kommer med helbredsproblemer, der både kan være fremmedartede og komme til udtryk på anden vis end hos danskfødte [1, 2]. I FN's Flygtningekonvention fra 1951 defineres en flygtning som en person, der »som følge af velbegrundet frygt for forfølgelse på grund af sin race, religion, nationalitet, sit tilhørsforhold til en særlig social gruppe eller sine politiske anskuelser befinder sig uden for det land, i hvilket han har statsborgerret, og som ikke er i stand til – eller på grund af sådan frygt – ikke ønsker at søge dette lands beskyttelse« [3]. Danmark tager imod flygtninge via asylsystemet, FN's Flygtningehøjkommissariat samt familiesammenførte til flygtninge [1].

I perioden 2014-2016 havde alle nyankomne flygtninge ret til at blive tilbudt en helbredsundersøgelse, når de opnåede opholdstilladelse og blev genbosat i en kommune (Figur 1). I de fleste kommuner udføres helbredsundersøgelsen af de praktiserende læger, men i nogle kommuner har man valgt at samle undersøgelserne på specialiserede klinikker. I 2016 fandt der en lovændring sted, som

gjorde kommunale sagsbehandlere ansvarlige for at vurdere, om der er brug for en helbredsundersøgelse og kun indhente undersøgelsen ved behov [4]. I få kommuner vælger man dog forsat at invitere samtlige nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge til en systematisk helbredsundersøgelse af deres somatiske og psykiske helbred. Aarhus og Københavns Kommune er eksempler på dette, og der er i løbet af det sidste år blevet publiceret adskillige studier på baggrund af disse undersøgelser [5-9].

Helbredsundersøgelserne har flere formål: 1) screening og kortlægning af helbredsproblemer baseret på de faglige anvisninger udarbejdet af Socialstyrelsen i 2015 [10], 2) planlægning af fremadrettet behandling, 3) introduktion til det danske sundhedsvæsen og 4) mulighed for overvågning af sygdomme og sundhedsproblemer [2]. Med denne artikel ønsker vi at give et overblik over de seneste års publicerede viden om nyankomne flygtninges helbred i Danmark.

Helbredsundersøgelserne i Aarhus og Københavns Kommune anvender hovedsageligt en familieorienteret tilgang med en indledende fælles konsultation for hele familien og separate konsultationer med hvert familiemedlem (børn og unge ses efter vanlige retningslinjer med forældre og for unge både med forældre og alene). Ved alle undersøgelser anvendes videotolk på modersmålet. Hovedparten af flygtningene i studierne kom fra Syrien, Afghanistan og Iran. Studierne har involveret både børn og voksne og med en ligelig kønsfordeling. Resultaterne af 1.691 helbredsundersøgelser i Danmark er blevet publiceret i fem studier. Tre af studierne er baseret på 1.431 børn og voksne set i Aarhus Kommune i perioden 2014-2019 [5, 6, 8]. De to andre studier er baseret på 260 personer fra Københavns Kommune set i perioden 2017-2019. Det ene studie beskriver 160 voksne [7] og det andet 100 børn [4]. I hhv. Aarhus og Københavns Kommune takkede 88%/81% af alle nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge ja til undersøgelsen.

FIGUR 1 Helbredsbedømmelse af nyankommen flygtning ved læge *Anne Mette Fløe Hvass*. Hos analfabeter kan det være svært at anvende tavler med symboler og forskellige bogstaver. Her kan anvendes tavlen, der ses i baggrunden med E, der forekommer med forskellig rotation, hvor patienten angiver, hvilken retning åbningen i figuren har. Gengivet med patientens tilladelse.



Et studie beskriver de første 100 undersøgelser af flygtningebørn fra Københavns kommune [5]. Her fandt man bl.a., at 61% af børnene direkte eller indirekte havde været udsat for traumatiske oplevelser, samt at 10% udviste bekymrende tegn på psykiske eller adfærdsmæssige problemer. Undersøgelsen omfattede ikke systematisk PTSD-screening. I et studie med 160 voksne fra Københavns Kommune fandt man, at 33% havde PTSD-symptomer, og at dette var associeret med at have været udsat for tortur, fængsling eller forfølgelse [8]. Ligeledes fandt man i kohorten i Aarhus, at 28,3% af de voksne havde PTSD-symptomer [9]. Screeningen for PTSD tog udgangspunkt i ICD 10-kriterierne for tilstanden [11]. Hvis undersøgelserne giver mistanke om PTSD henvises der i Aarhus til Klinik for PTSD og Angst ved Aarhus Universitetshospital for voksne (enten direkte eller via egen læge), og børnene håndteres primært i den kommunale Pædagogisk Psykologisk Rådgivning. I København henvises der enten til egen læge eller direkte til Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri. På børneområdet findes endnu ikke et egentligt behandlingsprogram for PTSD.

VACCINATION

Generelt havde meget få nyankomne flygtninge dokumentation for tidligere vaccinationer. I to serologistudier undersøgte man prævalensen af antistoffer for sygdommene polio og mæslinger [6, 7]. 94% havde antistoffer mod polio, hvor grænsen for flokimmunitet er 86% [6], men kun 85% havde antistoffer mod mæslinger, hvor grænsen for flokimmunitet er 95%. 76% angav at have fulgt et børnevaccinationsprogram i hjemlandet. Dog fandtes der ved serologiske undersøgelser større uoverensstemmelse mellem deltagere, der havde deltaget i et vaccinationsprogram, og tilstedeværelse af antistoffer. F.eks. angav over halvdelen af de deltagere, der ikke havde antistoffer mod polio, at de havde deltaget i et komplet vaccinationsprogram [5-7].

D-VITAMINMANGEL

Et af de hyppigste fund i opgørelserne var D-vitaminmangel/-insufficiens. I studierne fandt man, at 64-76% af alle flygtninge – både børn og voksne – led af denne mangeltilstand [5, 8, 9] (grænseværdi < 50 nmol/l). Hos 25-32% var der tale om svær eller moderat mangel (< 25 nmol/l) [8, 9]. Da moderat og svær D-vitaminmangel kan give bl.a. muskelsmerter og træthed, kan det tænkes at vanskeliggøre nyankomnes integrationsperiode, hvor en stor livsforandring kombineres med krav om både sprogscole og praktik. Hos børn kan tilstanden give væksthæmning og knogledeformiteter. Mange har ikke haft mulighed for behandling af tilstanden inden ankomsten til Danmark, og det er derfor særdeles vigtigt at opdage og behandle svær og moderat D-vitaminmangel tidligt efter ankomsten [12].

ANÆMI

Ligeledes fandt man i studierne hyppigt anæmi – hvilket udgør endnu en reversibel årsag til

træthed og samtidig et parameter, der kan dække over bagvedliggende sygdomme [13]. I Aarhus havde 14% af de voksne og 2% af børnene anæmi. I København var det hhv. 12% af de voksne og 2% af børnene. Til sammenligning ses anæmi hos 2% af patienterne i almen praksis i Danmark. Anæmi i gruppen af nyankomne flygtninge kan have andre årsager end hos den indfødte danske befolkning – f.eks. infektion med indvoldsorme eller hæmoglobinopatier, hvorfor man bør være særlig opmærksom på at finde anæmiens årsag [13]. Der sås en overvægt af anæmi hos den kvindelige del af populationen, hvorfor mere klassiske tilstande som metroragi eller hypermenoré ikke kan udelukkes.

Det nuværende screeningsprogram inkluderer ikke målrettet genetisk screening for hæmoglobinopatier, Faktor V_{Leiden} m.m., men dette kan overvejes i fremtidige studier.

LATENT TUBERKULOSE

Et andet hyppigt fund i patientgruppen var latent tuberkulose (tb), der hos børn blev fundet hos hhv. 2% [5] og 7% [9] og hos hhv. 12% [8] og 20% [8] hos voksne. Flere udenlandske studier har vist, at tb-screening af flygtninge fra højendemiske områder er omkostningseffektivt [14, 15]. Der er ligeledes påvist en højere incidens af aktiv tb blandt migranter i Danmark (120 pr. 100.000 personår) end blandt danskfødte (4 pr. 100.000 personår) [14]. Især blandt flygtninge og familiesammenførte samt i de første år efter ankomsten er forskellen mest udtalt [16]. I det danske tb-program anbefales screening af flygtninge, som ud over smitte i hjemlandet kan have været udsat for nylig smitte under flugten eller i flygtningelejre [17]. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der tilbydes en klinisk undersøgelse for tb ved ankomst til et asylcenter. Der ses dog desværre en lav tilslutning, og undersøgelsen indeholder ikke en screening for latent tb. Det kan derfor ikke udelukkes, at de manglende helbredsundersøgelser efter lovændringen i 2016 efterlader mange forebyggelige tilfælde af tb uopdaget. En nyligt publiceret metaanalyse har ellers vist, at det giver god mening at lave screening og aktiv case finding for tb blandt risikogrupper såsom flygtninge, især fra højendemiske lande [18]. Det må derfor anses som formålstjenligt at undersøge denne gruppe med interferon gamma-release assay-test og behandle forebyggende, hvis testen er positiv [19].

SAMARBEJDE OG OPFØLGNING

Mange flygtninge har modtaget lægehjælp under deres ophold på asylcentre, og der foreligger derfor ofte vigtig helbredsdocumentation herfra. Imidlertid ses der et informationstab, da kun meget få flygtninges oplysninger følger med, når den enkelte flygtning tildeles et dansk CPR-nummer. I et af studierne fandt man, at helbredsdata fra asylcentret kun var til stede ved 43% [5]. Et forslag til at imødekomme dette kunne være at gøre det obligatorisk at videreformidle sundhedsinformationer om personer, når de tildeles CPR-nummer.

I undersøgelserne er der fundet mange sygdomme og tilstande, der kræver opfølgning. I alt havde

63,8% af de 1.431 patienter, der gennemførte helbredsundersøgelsen i Aarhus, efterfølgende behov for opfølgning [9]. Det er sjældent, at screeninger har så højt et udbytte som hos denne gruppe. Til sammenligning screenes årligt over 60.000 gravide for blodprøver, hvor kun en promille af disse giver svar, der fører til videre forløb. Det giver derfor rigtig god mening at foretage en grundig helbredsscreening, når flygtninge og familiesammenførte bosættes i en kommune for første gang. Der er mulighed for at taksere en større helbredsundersøgelse, og det vil ofte tage lang tid, da der må forventes at være behov for tolk. Undersøgelsespanelet må selvfølgelig bero på en grundig anamnese inkl. migrationsrute og tidligere sygdomshistorik og kan med fordel suppleres med det foreslåede blodprøvepanel i **Tabel 1**. Derudover ses der også forskelle i deltagelsen i de eksisterende screeningsprogrammer, hvor bl.a. et nyt dansk studie har vist, at kvinder fra Mellemøsten og Nordafrika har lav deltagelse i HPV-screening [20].

TABEL 1 Tilstande blandt flygtninge og familie-sammenførte, som det er væsentligt at undersøge for, samt forslag til blodprøvepanel.

Hyppige tilstande

Latent tuberkulose
Hepatitis B
Eosinofili
Myksødem
Anæmi
D-vitaminmangel
Diabetes
PTSD/belastningsreaktioner

Sjældnere tilstande^a

Hiv
Syfilis
Hepatitis C
Bærertilstand med multiresistente bakterier: MRSA, ESBL-producerende [19]
Tarmparasitter

Blodprøvepanel^b

QuantiFERON-test
Syfilisantistoffer
Hiv-1/hiv-2
Akut hepatitis
Hæmatologi inkl. leukocyt- + differentialtælling
IgE
Nyretal
Levertal
TSH
D-vitamin

ESBL = extended spectrum beta-lactamase; MRSA = meticillinresistent *Staphylococcus aureus*; TSH = thyroideastimulerende hormon.

a) De kan være relevante at screene for, da de kan være alvorlige.

b) Ved børn bør blodprøverne tages af bioanalytikere med uddannelse og erfaring i håndtering af børn for at mindske psykisk ubehag. Indikationen bør altid vurderes ud fra det enkelte barns traume-, migrations- og øvrige helbreds-anamnese, så ubehaget står mål med den viden, der opnås med screeningsblodprøverne.

Flygtningegruppens sociodemografi er konstant under forandring, hvorfor studier som dem, som er udført i Aarhus og København, er nødvendige for at kunne følge med i helbredstilstanden og tilbyde relevante undersøgelser til den aktuelle flygtningepopulation. De aktuelle studier er

baseret på en den nuværende flygtningepopulation, der har en høj repræsentation af personer fra Syrien, Afghanistan og Iran. Det må dog antages, at den aktuelle sammensætning mht. alder, nationalitet og sociale situation, ligesom det globale humanitære klima, altid vil være dynamisk. Resultaterne fra de fem danske studier i er i tråd med lignende studier fra Skandinavien [21-23]. Ifølge den nuværende lovgivning er det den enkelte flygtnings sagsbehandler, der afgør, om denne skal tilbydes en helbredsundersøgelse. De fem nye danske studier, som vi henviser til i denne artikel, viser, at flygtninge hovedsageligt udfordres af helbredsproblemer, der ikke kan ses med det blotte øje, og som man ikke kan forvente, at ikkesundhedsfagligt personale vil få mistanke om. Det vil derfor være i tråd med denne nye litteratur, at alle flygtninge igen bliver tilbudt en helbredsundersøgelse, når de opnår opholdstilladelse og bliver genbosat i en kommune. Screeningen kan med fordel foretages som et samarbejde mellem kommunen og klinikker med særlig ekspertise.

Ved at tage hånd om helbredet fra start, kan undersøgelserne være et vigtigt skridt mod mere lighed i sundhed Danmark.

Korrespondance *Anne Mette Hvass*. E-mail: annemet@dadlnet.dk

Antaget 26. januar 2022

Publiceret på ugeskriftet.dk 2. maj 2022

Interessekonflikter Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference *Ugeskr Læger* 2022;184: V07210556

SUMMARY

Newly arrived refugees suffer from infectious diseases, deficiencies and poor mental health

Anne Mette Fløe Hvass, Mathilde Horn Andersen, Alexandra Kruse, Marie Nørredam & Christian Wejse

Ugeskr Læger 2022;184:V07210556

Refugees arrive in Denmark by different paths and canals. In some municipalities all refugees are offered a systematic health assessment when they receive a residence permit. The conducted assessments in Copenhagen and Aarhus have resulted in five studies and this review sums up some of the important results. Vitamin-D deficiencies, anaemia, latent tuberculosis, and symptoms of PTSD are just some of the most frequent conditions seen in newly arrived refugees. A health assessment upon resettlement has several important purposes and should be offered to all newly arrived refugees in Denmark.

REFERENCER

1. Dansk Flygtningehjælp – 25 spørgsmål og svar om flygtninge. Dansk Flygtningehjælp, 2020.
2. Hvass AMF, Wejse C, Kallestrup P. Alle nye flygtninge til Danmark bør tilbydes generel helbredsundersøgelse. Ugeskr Læger. 2021;183:V20505.
3. United Nations. The 1951 Refugee Convention, 1951. www.unhcr.org/1951-refugee-convention.html (1. apr 2017).
4. Fedders LE. KL vil droppe helbredsundersøgelse af flygtninge. Dagens Medicin 12. jan 2016. <https://kommunalsundhed.dk/kl-vil-droppe-helbredsundersogelse-af-flygtninge/> (22. feb 2022).
5. Frederiksen, NW Christoffersen N, Haugaard A et al. Health screening among children newly granted asylum in Denmark. ACTA Paediatr. 2021;110(8):2389-2395.
6. Hvass AMF, Wejse C. High coverage of the polio immunization program in refugees resettling in Denmark. Expert Rev Vaccines. 2019;18(12):1317-1322.
7. Hvass AMF, Norredam M, Sodemann M et al. Are refugees arriving in Denmark an under-immunised group for measles? Vaccine. 2020;38(13):2788-94.
8. Andersen MH, Kruse A, Frederiksen HW et al. Health status of refugees newly resettled in Denmark. Dan Med J. 2020;67(12):A08200567.
9. Hvass AMF, Norredam M, Sodemann M et al. Is there a need of health assessments for resettling refugees? J Migr Heal. 2021;3:100044.
10. Faglige anvisninger til praktiserende læger og andre læger, som gennemfører helbredsundersøgelser af nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge. Socialstyrelsen, 2015. https://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_73540/cf_202/Faglige_anvisninger_til_praktiserende_l-ger.PDF/ (22. feb 2022).
11. Videbech P, Kolding J, Gerlach C. Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD). Lægehåndbogen, 2020.
12. www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/oevrige-sygdomme/posttraumatisk-stresslidelse/ (22. feb 2022).
13. Nygaard B, Kristensen JK, Kjeldsen HC. D-vitaminmangel. Lægehåndbogen, 2021 [cited 2021 Jun 28]. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/endokrinologi/tilstande-og-sygdomme/knoglevaev-og-vitamin-d/d-vitamin-mangel/> (21. jun 2021).
14. Hasselbalch HC, Larsen EP, Ølgard CG. Anæmi. Lægehåndbogen, 2020. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/blod/symptomer-og-tegn/anaemi/> (22. mar 2022).
15. Bozorgmehr K, Razum O, Saure et al. Yield of active screening for tuberculosis among asylum seekers in Germany: a systematic review and meta-analysis. Euro Surveill. 2017;23;22(12):30491.
16. Haukaas FS, Arnesen TM, Winje BA AE. Immigrant screening for latent tuberculosis in Norway: a cost-effectiveness analysis. Eur J Heal Econ. 2017;18(4):405-415.
17. Kristensen KL, Ravn P, Petersen JH et al. Long-term risk of tuberculosis among migrants according to migrant status: a cohort study. Int J Epidemiol. 2020;49:776-785.
18. Kruse A, Hvass AF, Wejse C et al. Tuberkulosebekæmpelse i Danmark. https://www.ssi.dk/-/media/arkiv/indhold/dk-dansk/sygdomsleksikon/tb-guideline_dk_2018.pdf?la=da (25. feb 2022).
19. Bohlbro AS, Hvingelby VS, Rudolf F et al. Active case-finding of tuberculosis in general populations and at-risk groups: a systematic review and meta-analysis. Eur Respir J. 2021;58(4):2100090.
20. Nordholm AC, Ravn P, Kristensen KL et al. Vi skal blive bedre til at teste for latent tuberkulose i Danmark.

Ugeskr Læger. 2019;;181:V09190494.

21. Badre-Esfahani S, Larsen MB, Seibæk L et al. Low attendance by non-native women to human papillomavirus vaccination and cervical cancer screening – a Danish nationwide register-based cohort study. *Prev Med Rep.* 2020;19:101106.
22. Hagstam P, Böttiger B, Winqvist N. Measles and rubella seroimmunity in newly arrived adult immigrants in Sweden. *Infect Dis (Lond).* 2019;51(2):122-30.
23. Tinghög P, Malm A, Arwidson C et al. Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011&;: a population-based survey. *BMJ Open* 2017;7(12):e018899.
24. Eggemoen ÅR, Knutsen KV, Dalen I et al. Vitamin D status in recently arrived immigrants from Africa and Asia&;: a cross-sectional study from Norway of children, adolescents and adults. *BMJ Open* 2013;3(10)e003293.