

The health status of newly arrived asylum-seeking minors in Denmark - a nationwide register-based study

Alexandra Kruse

Paediatrician, Phd, associate professor
Copenhagen University Hospital, DK



RØDE KORS



Amager og Hvidovre
Hospital



Immigrant Health Clinic



Paediatric Department



Copenhagen University Unit of Migration, Ethnicity and Health (MESU)

Andreas H Eiset 1, Arendse Loua 2, Alexandra Kruse 3 and Marie Noerredam 2,3

1 Public Health Institute, Aarhus University, Denmark

2 Danish Research Center for Migration, Ethnicity and Health, Department of Public Health, Copenhagen University, Denmark

3 Immigrant Health Clinic, Department of Infectious Diseases, Copenhagen University Hospital – Hvidovre, Denmark

Authors



Denmark receive less asylum seekers and approve less. One third minors

Increased risk of physical and mental diseases compared to both native children and adult asylum-seekers

All are offered structured health assessment within ten days of arrival at asylum centre

Background

We present a nationwide register study based on the health assessment performed by nurses and doctors of newly arrived minors in Danish asylum centres

Objective

Cross-sectional study

Of all health assessments performed in the period 2011-15 of newly arrived minors (< 18 years of age) seeking asylum in Denmark

Data extracted from electronic data base shared by all Danish asylum centres

Describing socio-demographic, trauma history and symptoms; physical and mental. Further, a visual analogue scale (The Child Scale) assessing the overall need of intervention and urgency of care intervention, applied in the last part of the study period

Associations between traumatic events and symptoms of anxiety or depression analysed in logistic regression analysis

Methods

The Child Scale



Børnelinealen

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Børn i trivsel			Børn med midlertidig risiko for trivselsproblemer – sarte børn				Børn med specifikke behov af kronisk eller længerevarende karakter				Udsatte børn med væsentlig behov for særlig støtte				Truede børn Børn med åbenbar risiko for at lide alvorlig skade				
Barnet udvikler sig "almindeligt" både socialt, emotionelt, fysisk og intellektuelt med de almindelige udsving i trivsel, der naturligt følger med.			Barnet er udsat for lette men konstante belastninger og viser tegn på, at noget er galt. Barnet er udsat for en større men forbigående belastning og viser tegn på at noget er galt. (Barnet kan f.eks. være påvirket psykisk eller socialt af en bestemt hændelse)				Barnet viser tydelige tegn på, at noget er galt fx ved handicaps, spiseforstyrrelser. Barnet udviser signaler i form af psykiske reaktioner, adfældsreaktioner m.m.				Barnet er udsat for langvarig tung belastning og viser meget tydelige tegn på at noget er galt. Barnet fungerer meget dårligt og udvikler sig permanent i en dårlig retning. Barnet har vanskeligt ved at knytte sig til eller skabe relationer til andre børn eller voksne. Personlighedsmæssig begyndende fejludvikling. Barnets tegn på, at noget er galt, tager til i styrke og omfang.				Barnet sender dagligt signaler om truet udvikling som følge af omsorgssvigt. Barnet mistrives alvorligt. <ul style="list-style-type: none"> • Har psykiske lidelser • har kontaktsvaghed • har et misbrug • og/eller laver kriminalitet. Barnet har skader på personligheden				
Og/eller																			
Forældreomsorgen er god. Forældrene søger rådgivning, hvis barnet i en periode ikke trives. Forældrene søger måske bistand hos læge, skole, sundhedsplejerske, daginstitution, netværksmedarbejdere m.v.			Forældrene gør på opfordring brug af råd og vejledning fra lærer, pædagog, sundhedsplejerske, psykolog, netværksmedarbejder, socialkoordinator m.fl.				Forældrenes omsorg er god fx i relation til børn med funktionsnedsættelse. Forældrenes omsorg er midlertidigt eller konstant reduceret, fordi de fx er udsat for aktuel krise, er traumatiserede, psykisk syge, misbrugere eller er udviklingshæmmede. Den ene forældres omsorgsevne er stærkt reduceret, ved f.eks. at være synlig påvirket af psykofarmaka - fremstår træt og uinteresseret i barnets behov.				Forældrenes omsorg er reduceret i så høj grad, at de ikke magter at håndtere belastningerne i familien. Den ene forælders omsorgsevne er konstant nedsat. Forælderen deltager ikke i barnets liv og orker ikke at involvere sig i barnets liv. Er det meste af tiden sengeliggende. Der er mishandling eller vold i familien.				Forældrenes omsorg mangler. Forældrene er stærkt belastede af personlige, psykiske, sociale, økonomiske og netværksmæssige faktorer. Den ene forælder er sengeliggende og den anden forælder har hele sit fokus hos den sengeliggende. Der er ikke omsorg for børnene i familien. Ingen af de afprøvede indsatser har haft den ønskede virkning.				
Samarbejdsmodellens niveau 1 Tidsperspektiv kort			Samarbejdsmodellens niveau 2 Tidsperspektiv længerevarende til langvarigt. Der kan være underretningspligt.				Samarbejdsmodellens niveau 3 Tidsperspektiv langvarigt Underretningspligt				Samarbejdsmodellens niveau 3 Tidsperspektiv meget langvarigt Underretning og foranstaltningspligt.								

- 7210 minors included, high, albeit varying, prevalence of trauma, sleeping and eating problems, and head- and toothache in the history taken by nurses
Of those:
- 5016 examined by a doctor, 1/4 had ≥ 1 abnormal finding
- 3856 assessed applying The Child Scale, $>40\%$ needed specific care (yellow-red)
- Traumas and mental symptoms associated adjusting for age and sex.
Traumas included separation from or loss of a close family member, starvation, poverty and violence (subjected /witnessed/committed)
Mental health included symptoms of anxiety and depression.

Results

Demography

Country of origin	Syria	Russia	Stateless	Former Yugoslavia	Afghanistan	Iran	Somalia	Eritrea	Iraq	Other	Total
Total population	2757 (38,2%)	889 (12,3%)	691 (9,6%)	620 (8,6%)	513 (7,1%)	346 (4,8%)	278 (3,9%)	212 (2,9%)	190 (2,6%)	714 (9,9%)	7210 (100,0%)
Female	1169 (42,4%)	444 (50,0%)	285 (41,2%)	300 (48,4%)	176 (34,4%)	155 (44,8%)	132 (47,5%)	65 (30,7%)	76 (40,0%)	298 (41,8%)	3100 (43,0%)
Age											
0-4 years	975 (35,4%)	403 (45,3%)	195 (28,2%)	198 (31,9%)	106 (20,7%)	114 (32,9%)	160 (57,6%)	50 (23,6%)	73 (38,4%)	237 (33,2%)	2511 (34,8%)
5-9 years	819 (29,7%)	297 (33,4%)	226 (32,7%)	188 (30,3%)	111 (21,6%)	97 (28,0%)	42 (15,1%)	36 (17,0%)	61 (32,1%)	170 (23,8%)	2047 (28,4%)
10-14 years	560 (20,3%)	142 (16,0%)	151 (21,9%)	163 (26,3%)	122 (23,8%)	83 (24,0%)	24 (8,6%)	26 (12,3%)	33 (17,4%)	141 (19,7%)	1445 (20,0%)
15-17 years	403 (14,6%)	47 (5,3%)	119 (17,2%)	71 (11,5%)	174 (33,9%)	52 (15,0%)	52 (18,7%)	100 (47,2%)	23 (12,1%)	166 (23,2%)	1207 (16,7%)

Trauma

Separation from family members	
Separated from father	2965 (42,6%)
Separated from mother	1299 (18,4%)
Separated from siblings	1741 (25,0%)
Loss (i.e. death) of family members	
Loss of father	508 (7,2%)
Loss of mother	168 (2,4%)
Loss of siblings	180 (2,6%)
Poverty and starvation	
The minor has suffered extreme poverty	394 (5,5%)
The minor has starved	619 (8,6%)
Violence	
The minor has witnessed violence	2721 (37,9%)
Uncertain	56 (0,8%)
The minor has been subjected to violence	729 (10,2%)
Uncertain	35 (0,5%)
The minor has committed acts of violence	63 (0,9%)

Mental health


Symptoms of anxiety	
Symptoms of anxiety	56 (5,0%)
Uncertain	70 (0,3%)
Symptoms of depression	
Symptoms of depression	46 (2,0%)
Uncertain	72 (0,3%)
Nervousness	
Nervousness	1021 (14,2%)
Uncertain	9 (0,3%)
Psychosomatic symptoms	
Psychosomatic symptoms	48 (2,1%)
Uncertain	6 (0,2%)
Symptoms of regressive traits	
Symptoms of regressive traits	8 (1,4%)
Uncertain	3 (0,2%)

Trauma association to mental health

	anxiety		depression	
Separation from family members				
Separated from father	2965	178 <0.005	1.40 (1.12;1.76)	88 <0.001
Separated from mother	1299	96 <0.005	1.50 (1.13;1.98)	94 <0.001
Separated from sibling	1741	121 0.014	1.38 (1.07;1.78)	99 <0.001
Loss of family members				
Loss of father	508	71 <0.001	3.45 (2.60;4.58)	56 <0.001
Loss of mother	168	30 <0.001	3.83 (2.51;5.83)	26 <0.001
Loss of sibling	180	24 <0.001	2.75 (1.75;4.33)	15 <0.001
Poverty and starvation				
Suffered extreme poverty	394	58 <0.001	3.40 (2.52;4.60)	35 <0.001
Suffered starvation	619	94 <0.001	4.22 (3.28;5.42)	58 <0.001
Violence				
Witnessed violence	2721	239 <0.001	3.25 (2.57;4.10)	114 <0.001
Subjected to violence	729	117 <0.001	4.62 (3.60;5.93)	69 <0.001
Committed violence	63	10 <0.001	3.69 (2.20;6.20)	8 <0.001

Logistic regression adjusted for age and sex. Abbreviations: OR, odds ratio; 95%CI, 95%

Results



In this nationwide study of asylum-seeking minors

the prevalence of trauma and mental health symptoms and the association of the two were striking

Our findings underline that timely recognition and appropriate management of childhood traumas should be given high priority in the receiving communities

Conclusion



RØDE KORS

Asylum Department



Copenhagen University , Unit of Migration, Ethnicity and health (MESU)



Public Health Institute



Copenhagen University Hospital



Immigrant Health Clinic



Paediatric Department

Thank you
