

Kulturmøder i sundhedsvæsenet

– migration, kategorisering og kompleksitet

Anette Sonne Nielsen og Hanne Overgaard Mogensen

Det er hensigten med dette temanummer at give en kort introduktion til nogle væsentlige temaer vedrørende kulturmøder i sundhedsvæsenet. Samtidig sættes en ramme for temanummerets øvrige artikler, der alle fra forskellige vinkler belyser problemstillinger i lyset af migration og dennes kompleksitet. Migration afstedkommer såvel afmagt og ensomhed som lærings- og tilpasningsprocesser. Samtlige studier i dette temanummer viser, at der er nye perspektiver at hente på værtslandes egne kulturelle institutioner.

De seneste årtiers frivillige såvel som ufrivillige migration fra især lavindkomstlande til de skandinaviske velfærdsstater har betydet en opmærksomhed rettet mod kulturel forskellighed. Konsekvensen har været et øget fokus på sprog- og kulturproblematikker ikke kun i Danmark men også i resten af Europa (Seeberg 2001). Ifølge antropologen Peter Hervik (1999) er det holdningen til den kulturelle forskellighed, der skaber problemer og næppe forskellighederne i sig selv. Kulturmøderne i sundhedsvæsenet fremstilles især fra de sundhedsprofessionelles side som både frustrerende og besværlige (Roland Jensen & Hjort Andersen 2001). At en hel del interaktioner foregår uden de store problemer synes ikke at vække undren. Forskellige sygdoms- og sundhedsopfattelser kan spille en afgørende rolle for interaktionen og dermed kommunikationen mellem behandler og patient (Elverdam 2001, Joost Michaelsen 1999). Men der er også faktorer som forskelle i interesser, sprogbrug og position mel-

lem lægperson og professionel (Hastrup 1993, Lunde 1992), der kan bidrage til at gøre samtalen tung, utilstrækkelig eller blot utilfredsstillende for begge parter. Endelig kan der være relevante ting og forhold, der ikke bliver italesat, fordi parterne finder det grænseoverskridende eller har antagelser om, at det hos den anden part er tabubelagt. Når etnicitet og dermed magtforhold bliver en mere tydelig faktor i interaktionen, bliver det centralt at søge svar på, hvilken betydning det har at fremstå som værende kulturelt anderledes. Det, antropologer nogle gange kan iagttage – når vi er på feltarbejde i sundhedsvæsenet – er, at generelle integrationsproblematikker synes at opstå i sundhedsvæsenets regi, om end de har rødder andet steds, og dette kan være vanskeligt at håndtere for de involverede parter. Sundhedsprofessionelle kommer måske til at føre integrationspolitik, og etniske minoritetspatienter kan på forhånd føle sig udsatte for en dominerende diskurs og opleve at blive puttet i en kasse med negativ konnotation. Disse positioner er ikke altid hensigtsmæssige, uanset om de er bevidste eller ej.

Hidtil har kulturmødet i Skandinavien ofte involveret en etnisk minoritetspatient og en behandler med etnisk majoritetsbaggrund, men dette vil formentlig ændre sig i løbet af nogle år, og billedet vil blive endnu mere interkulturelt.

Etniske minoriteter og etnicitet

Fra begyndelsen af 1970erne rejste primært mænd fra Tyrkiet, Jugoslavien, Marokko og Pakistan til Danmark for at arbejde som ufaglærte i industrien og andre steder. Mange af dem havde været en tur i Tyskland først (Hjarnoe 1998). Disse fire nationaliteter udgør de gamle indvandrergrupper eller rettelig gæstearbejdere, som de blev benævnt dengang. De senere årtiers indvandring afspejler nogle af verdens hårdest ramte konfliktområder fx i Mellemøsten (Palæstina, Libanon, Afghanistan, Irak og Iran), ved Afrikas horn (Somalia), på Balkan (Bosnien, Kosovo) og i Sydøstasien (Sri Lanka). Således er mange etniske minoritetsgrupper kommet til landet som flygtninge. De har først og fremmest bosat sig i og omkring de største byer i Danmark (Udlændingestyrelsen 2002).

Danmarks Statistik anvender kategorierne 'danskere', 'indvandrere' og 'efterkommere', når der skal laves statistik på området. I sundhedsfeltet anvendes i varierende grad kategorier baseret på fødeland, generation (indvandrer/efterkommer) eller statsborgerskab (Rytter Hansen & Kjølner 2007). I dette felt udgør etnicitet forstået som herkomst i stigende grad en socio-demografisk variabel, der anvendes i forbindelse med beskrivende helbredsdata og udviklingen af sund-

hedsprofiler på forskellige populationer. Der er således et behov for at finde passende kategorier i forbindelse med kvantitative opgørelser, der ofte skal anvendes i forebyggelsesøjemed. Det problematiske består i, at etnicitet nemt bliver forstået og brugt som et primært, naturligt og neutralt princip med henblik på at gruppere mennesker (Aspinall 2001, Sheldon & Parker 1992, Bhopal 2001). Specielt engelske forskere pointerer faren ved en tendens til racialisering som en konsekvens af brugen af statiske etniske kategorier og fremhæver endvidere, at forskningen derved kan bidrage til yderligere marginalisering af visse etniske minoritetsgrupper. Et budskab fra nogle af forskerne er blandt andet, at studier blandt marginaliserede grupper ikke blot bør have som mål at beskrive forskelle i sygdomsmønstre. Der bør være yderligere mål som fx at undersøge eventuelle forskelle og at udvikle sundhedspolitiske tiltag eller sundhedstjenesteydelser for etniske minoritetsgrupper (ibid.).

Betegnelsen etnisk minoritet anvendes sjældent om alle udenlandskfødte befolkningsgrupper. Det er ofte de synlige grupper i politisk forstand, der bliver defineret eller definerer sig selv som mindretalsgruppe i forhold til majoritetssamfundet. Hvilke befolkningsgrupper, der defineres som 'etniske', er således bestemt af den historiske tids aktuelle geopolitiske forhold (Oppenheimer 2001). I praksis ser vi ofte, at det er de såkaldt 'ikke-vestlige indvandrere', der er i søgelyset på grund af deres formodede udsathed, men det hyppige fokus i sig selv er også med til at forstærke udsathed og marginalisering. Vigtigheden af at definere og udskille forskellige grupper betones ofte, men på grund af at dette også er forbundet med store vanskeligheder, bliver resultatet ofte, at der opereres med en enkelt gruppe bestående af ikke-danskfødte altså etniske minoriteter, ikke-vestlige indvandrere eller alternativt migranter. Det, de har til fælles, er eventuelt kun, at de ikke er født i landet.

I dette temanummer anvendes betegnelsen etniske minoriteter om udenlandskfødte individer og befolkningsgrupper, og i det valg ligger en forståelse af, at magtforhold spiller ind i relationerne mellem etnisk majoritet og etniske minoriteter (Donovan 1984).

Konsekvenser af kategorisering

Betydningen af, hvordan etniske minoriteter defineres og anskues af majoriteten, kan belyses ved hjælp af betragtninger om social identitet. Den omgivende sociale verden kan ses som en mulig ressource i forhold til selvagtelse, men fjendtlig 'mærkning' opleves også som en mulig trussel fra omgivelserne (Jenkins 1994).

Den eksterne definering eller kategorisering reflekterer ofte politiske forhold. En dominerende gruppes effektive kategorisering af en anden gruppe er således ikke kun et spørgsmål om klassifikation, men kategoriseringen betyder en intervention i gruppens sociale verden og vil derfor få indflydelse på, hvordan individerne i gruppen erfarer verden (ibid.). Kategoriseringen kan påvirke, hvordan individer fortolker og forholder sig til omgivelserne, ligesom det kan påvirke gruppens selvdefinition.

Generaliseringen, der følger af hyppig ensidig kategorisering, påvirker ikke alene dem det handler om, men alle, der arbejder i og med dette felt, lader sig også påvirke af veletablerede kategorier. Udgangspunktet i kulturmødelitteraturen synes desværre ikke at være til nogen hjælp, da der trækkes på modsætningerne mellem såkaldte traditionelle og moderne samfundsformer (Sonne Nielsen 2005). Det er min personlige erfaring, at opretholdes et sådant udgangspunkt, har forståelsen og dialogen trange kår. I en situation (eller i et kulturelt system) hvor forskellighed i sig selv synes at være noget, der skiller frem for forener, der er det nødvendigt at arbejde via ligheder. Fokus må være på på hvilke måder, vi ligner hinanden. Altså det fælles menneskelige bliver et konstruktivt og positivt udgangspunkt. En pointering af kulturel forskellighed kan i sig selv ikke anvendes som forklaringsmodel og har ikke været befordrende for en dialog. Den kulturelle forskellighed er ofte blevet betragtet som patientens problem, og der har været mindre forståelse for, at sundhedsvæsenet udgør et væsentligt kulturelt system i sig selv (van Dijk 1998, Seeberg 1996).

Kulturaliseringsdiskursen

Kultur synes at være blevet kodeordet for det, der forekommer anderledes og ikke umiddelbart kan forstås. Ganske ofte er kultur blevet forbundet med problemer af enhver art. Det er helt naturligt for mange mennesker at associere til fx kultursammenstød, kulturkløft og kulturkonflikt, og i en sådan sammenhæng bliver kultur forbundet med essens (Schierup 1993). Ofte fremhæves de kulturelle barrierer, men hollandske erfaringer har vist, at der er en tendens til at overdrive betydningen af disse, ligesom migrantpatienter er i fare for at blive tilskrevet urigtige kulturelle særpræg (Spruit 1986, van Dijk 1998). Mytedannelse om og kulturel stereotypisering af etniske minoriteter blandt professionelle er også kendt i en dansk sammenhæng (Dyhr 1996, Seeberg 1996, Jahn 2001, Jacobsen & Johansen 2002). Tendensen til kulturalisering, der bygger på dominerende kategoriseringer, synes at være en hegemonisk diskurs, der formår at trænge sig igennem på alle

interaktionsplaner og som alle må forholde sig til, uanset om de ønsker det eller ej (Sonne Nielsen 2005).

Social forandring kan iværksættes på flere måder, og én er igennem analyse fx af handlingsforløb eller interaktioner mellem aktører. Det vanskelige ved en analyse af handlingsepisoder er, at det kræver analytiske redskaber. Ligeledes skal det helst gennemføres fra en position, der ikke er alt for involveret. Det er klart og indlysende at sundhedsprofessionelle ikke selv synes, de har redskaberne og kan foretage analyse af interaktioner, hvor de selv er aktører, eller hvor deres kolleger er aktører. Det kan være vanskeligt at stille grundlæggende og måske udfordrende spørgsmål til sine kollegers fortolkningsrepertoire. I et hollandsk studie afprøvede man, hvorvidt ny tilført viden kunne bidrage til holdningsændringer hos nogle sundhedsplejersker, der arbejdede blandt migrantmødre og -familier (van der Zwaard 1992). Studiet dokumenterede ikke megen forandring efter endt undervisning men derimod en levende 'orientalisme', som er Vestens etnocentriske diskurs om Mellemøsten. Den ny viden blev mod forventning ikke til anderledes holdninger men netop lagret i det gængse fortolkningsrepertoire og udelukkede derfor grundlæggende holdningsændringer.

At sundhedsprofessionelle i lighed med andre professionelle er nødt til at arbejde med egne holdninger er formentligt ganske trivielt. At der skulle være et holdningsproblem, der kræver håndtering er måske snarere uerkendt. Der er dokumentation for holdningsproblemer (Dyhr 1996, Jahn 2001, Jacobsen & Johansen 2002, Michaelsen et al. 2004b, Mygind et al. 2007), men spørgsmålet er naturligvis, hvordan man vælger at tolke dokumentationen.

Betydningen af adgangen til sundhedsydelse

Feltet for migration og sundhed handler primært om, hvordan det går med migranternes sundhedstilstand efter indvandring, men det står klart, at deres resurser for sundhed afhænger af deres opvækst og levevilkår. Der kan også have været hændelser under selve migrationen, der påvirker helbredet i en senere migrationsfase. Migranternes modtagelse og reetablering i nye omgivelser samt deres muligheder for adgang til sundhedsydelser er også ganske betydelige faktorer for deres aktuelle resurser for sundhed (Norredam et al. 2006). Uanset om migration skyldes politisk konflikt eller fattigdom, har migrationsprocessen ofte både sociale og personlige omkostninger. Omkostningerne medvirker til social sårbarhed, og migration er således ofte en væsentlig faktor, når der kan konstateres forskelle og ulighed med hensyn til sygdom og sundhed.

Forskelle i sundhed og sygelighed

Der er en del begrænsninger, når det gælder mulighederne for at beskrive migranternes sundhed og sygelighed, som skyldes mangel på data (Kristiansen et al. 2006). De undersøgelser, der er blevet gennemført i de senere år, har primært været kontaktmønsterundersøgelser, dvs. registerundersøgelser af antal henvendelser og behandlinger/indlæggelser (Ingerslev 2000, Norredam et al. 2004, Sundhedsstyrelsen 2005, Folmann & Jørgensen 2006). Hvad angår sygelighed blandt ikke-vestlige indvandrere og etniske danskere, der har det overordnede billede været nogenlunde det samme. I sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY) der udarbejdes af Statens Institut for Folkesundhed, fandt man ingen forskelle i angivelse af rygsygdom, allergi, slidgigt/leddegigt, forhøjet blodtryk, astma, blodprop i hjertet/hjertekrampe eller osteoporose (Rytter Hansen & Kjølner 2007). Der var forskel i forekomsten af diabetes, migræne, kronisk angst eller depression og anden psykisk lidelse, hvor alle lidelser forekom oftere blandt ikke-vestlige indvandrere sammenlignet med danskere. Dobbelt så mange ikke-vestlige indvandrere som danskere vurderer, at deres helbred er dårligt, og langt flere ikke-vestlige indvandrere end danskere føler sig stressede i dagligdagen. Flere ikke-vestlige indvandrere end danskere har været hos praktiserende læge, men færre ikke-vestlige indvandrere har fået målt blodtryk, kolesterol eller har haft en forebyggende helbredssamtale. Hvad angår sundhedsvaner ses blandt ikke-vestlige indvandrere oftere stillesiddende fritidsaktiviteter, men færre har et højt alkoholforbrug og flere spiser grøntsager og salat dagligt end blandt danskere. Langt flere danskere (74%) end ikke-vestlige indvandrere (57%) tror imidlertid på, at egen indsats er vigtig for at bevare et godt helbred. I de landsdækkende SUSY undersøgelser spørges der også til sociale relationer og netværk. Det ses, at en langt større andel (OR = 4,35) ikke-vestlige indvandrere end danskere svarer, at de ikke kan regne med hjælp fra andre, hvis de bliver syge og har brug for hjælp til praktiske problemer. Ligeledes svarer en større andel (OR = 3,87) ikke-vestlige indvandrere sammenlignet med danskere, at de ofte er alene, selv om de egentlig hellere ville være sammen med andre (ibid.).

Barrierer i forhold til sundhedstjenesteydelser

I international sammenhæng er det en velkendt problemstilling, at migranter potentielt er marginaliseret i forhold til sundhedstjenesteydelser, og især i en periode umiddelbart efter migrationen (Carballo et al. 1996). For nye borgere og etniske

minoriteter kan der være barrierer af strukturel, sproglig, psykologisk og kulturel karakter, der gør, at de ikke opnår fuldt udbytte af de sundhedstilbud, der findes (Vulpiani 2000). Strukturelle barrierer kan opfattes som illegal status, utilstrækkelig information samt fordomme og fjendtlighed fra sundhedspersonale. Sproglige barrierer handler om ikke at være i stand til at kommunikere. Psykologiske barrierer vedrører mangel på tillid og vanskeligheder ved social interaktion. Kulturelle barrierer omhandler forskelle i procedurer, kommunikationsmønstre, roller og sygdomsforklaringer (ibid.). Især sproglige barrierer er blevet dokumenteret i danske undersøgelser (Nielsen 2002), men også strukturelle barrierer som for eksempel sundhedspersonalets holdninger er blevet fremhævet som en relevant problemstilling i kvantitative som kvalitative undersøgelser (Dyhr 1996, Jahn 2001, Michaelsen et al. 2004a, Jacobsen & Johansen 2002). I en nyligt gennemført undersøgelse blandt skadestuepatienter og deres behandlere på skadestuerne i hovedstadsområdet peger resultater på, at der er større utilfredshed hos behandlere, når patienten har en mellemøstlig oprindelse (Mygind et al. 2007). Blandt de kulturelle barrierer, der specielt har fået opmærksomhed, er forskelle i kønsroller, som man især på systemsiden oplever og har formodninger om (Jahn 2001, Jacobsen & Johansen 2002), men også forskelle i behandleres tilgang til patienter er blevet påpeget (Hawwa 2000). Endelig har der været fokus på den viden og forståelse, etniske minoriteter bringer med sig fra hjemlandet, ligesom de erfaringer, de gør sig som migranter i et nyt land, viser sig afgørende for deres position i sociale interaktioner (Elverdam 1991, Rasch et al. 2005, Sonne Nielsen 2005, Poulsen & C. 2006). De nævnte typer af barrierer kan spille en rolle for alle borgere, men som ny borger i et nyt samfunds- og sundhedsfelt bliver barriererne tydeligere.

Perspektiver for indsatsen i sundhedsvæsenet

I et studie med titlen "Når der ikke er noget tredje valg. Social sårbarhed og abort" (2005) er det tydeligt, at kvinder uanset baggrund deler fælles problemstillinger vedrørende deres reproduktive sundhed, men det er samtidig tydeligt, at etniske minoritetskvinder i sammenligning med danske kvinder ikke deler fælles forudsætninger. De etniske minoritetskvinder i undersøgelsen beskrives som mere socialt udsatte og sårbare på grund af spinkelt netværk, ligesom det påpeges, at det danske sundhedsvæsen ikke er indrettet til kvinder, der ikke i forvejen har viden om prævention og reproduktiv fysiologi. Efterkommere viste sig også at have ringe forudsætninger, hvilket indikerer, at de måske ikke har haft samme udbytte

af seksualundervisningen i skolen (Rasch et al. 2005). I et studie af indvandrerkvinders møde med sundhedsvæsenet konkluderer forfatterne, at rammerne og grundlaget for læge-patient-konsultationer i sundhedsvæsenet ikke passer til indvandrerkvindernes behov (Thune Jacobsen et al. 2003). Forfatterne omtaler både de tidsmæssige forhold samt det fagspecialiserede handlegrundlag som utilstrækkeligt. Lignende forhold fandt jeg i et studie af migrantkvinder, der var under udredning eller behandling for kroniske sygdomstilstande (Sonne Nielsen 2005). Der eksisterede nemlig ikke behandlingstilbud, der matchede deres behov. De var i mange henseender tilfredse patienter, men paradoksalt nok var de også patienter, der var vanskelige at gøre noget for, idet der ikke eksisterede tilbud, de kunne henvises til. Da der var tale om længerevarende sygdomstilstande handlede det for den enkelte i høj grad om forebyggelse og således om at forhindre forværring af situationen. Eksemplerne illustrerer for mig at se mangel på tilpasning fra systemsiden. Sådanne forhold lægger et stort pres på de sundhedsprofessionelle. I nogle tilfælde har personalet ikke de nødvendige forudsætninger for at forstå patientens situation. Men i flere tilfælde iagttog jeg, at sundhedsprofessionelle forsøgte at kompensere for det, som sundhedsvæsenet faktisk ikke kan eller skal tage sig af.

Der savnes en overordnet politik for området i Danmark. Der er vekslende indsatsområder, der er politisk prioriterede via Sundhedsstyrelsen, men der er ingen national og koordineret indsats i forhold til arbejdet med og for etniske minoriteters sundhedsforhold, der på mange måder er sammenfaldende med andre upriviligerede patienter, hvor den sociale ulighed i sundhed spiller en rolle. Hvordan vil man imødekomme de svageste patienters behov for behandlingstilbud? Nogle af patienterne har behov for særlig støtte i mødet sundhedsvæsenet, hvordan kan det løses? Men også medarbejderne i sundhedsvæsenet har brug for nye kompetencer og supervision, hvis man gerne ser holdningsændringer og i sidste ende en bedre kvalitet i sundhedsydelse over for de svageste patienter. Endelig er der behov for at tænke i nye tilbud og nye tiltag, der kan imødekomme borgernes behov for informationer, viden og ikke mindst behandling.

Præsentation af artiklerne

Johnsdotter & Essén analyserer den højere mødre- og børnedødelighed blandt migrantkvinder med somalisk baggrund. De diskuterer fordelene ved særlige modtagelser for somaliske kvinder, hvor personalet har specialkompetence. De argumenterer for, at der i en sådan konsultationsmodel kan skabes åbenhed for

andre forståelsesmodeller end den biomedicinske, og de mener bedre at kunne tage udgangspunkt i individets særlige situation og erfaring. Arbejdet i de særlige modtagelser er forebyggende og langsigtet og vil ifølge forfatterne reducere antallet af akutte kejsersnit blandt de somaliske kvinder.

Nielsens artikel illustrerer med to eksempler, at epidemiologiske studier, hvor migrantpopulationer indgår, giver ny viden, der kan mindske både dødelighed og sygelighed i en befolkning. Med studierne af vuggedød og mellemørebetændelse illustrerer Nielsen, hvordan risikofaktorer kan indkredses. I begge tilfælde medførte resultaterne nye retningslinjer for spædbarns- og barnepleje.

Elverdam belyser i sin artikel dele af mere end 25 års antropologisk forskning om indvandrerkvinder og deres møde med det danske sundhedsvæsen, Elverdam har gennemført flere forskningsprojekter, hvor omdrejningspunktet har været medicinsk pluralisme og viser, at migranternes sygdomsopfattelser og behandlingsvalg er dynamiske og komplekse. Hun illustrerer endvidere, hvordan forskningen er præget af dens egen samtid, og at feltet har været og er under forandring, det er fx i stigende grad blevet tværfagligt.

Gammeltoft, Rasch & Knudsens artikel bygger på et forskningsprojekt om uønsket graviditet i Danmark, der bestod af en registerundersøgelse, en spørgeskemaundersøgelse og en række etnografiske interviews. Nogle grupper af indvandrerkvinder får foretaget langt flere aborter end andre kvinder i Danmark. Argumentet, der fremføres i denne artikel, er, at det er kvindernes sociale vilkår, man skal se nærmere på. Følelser af afmagt og sårbarhed var særligt udtalte blandt kvinderne med indvandrerbaggrund, der også gav udtryk for, at de følte sig alene, selv om de var i et parforhold.

Skrøbelige eller manglende sociale fællesskaber er også emnet i Mogensens artikel om hiv-positive afrikanere i Danmark og deres møde med sundhedssystemet. Hovedempirien i artiklen er en udvalgt case om en hiv smittet kvinde, og omdrejningspunktet for analysen er hendes muligheder for at begå sig i hverdagslivet blandt sociale fællesskaber i Danmark. Mogensen antyder, at ensomheden blandt hiv positive afrikanere påvirker forholdet til sundhedsarbejdere i sundhedssystemet, der oplever deres indsats som utilstrækkelig. De afrikanske patienter derimod udtrykker først og fremmest stor tilfredshed. Vilkårene for mødet mellem hiv positive afrikanere og danske sundhedsarbejdere er ifølge Mogensen komplekst og præget af dominerende fortællinger om aids og Afrika, mediebilleder og diskussioner i det danske sundhedssystem.

Artiklerne i dette temanummer bidrager med forskellige vinkler på kulturmøderne, og de viser, at udbyttet af disse studier i høj grad tilfalder majoritetssam-

fundet med blandt andet ny indsigt, nye vinkler og muligheder for nye tiltag. I sin helhed er det temanummerets hensigt at bidrage til en nuanceret forståelse af hvilke sociale samspilsrelationer, der påvirker etniske minoriteters hverdagsliv og sundhedsforhold, ligesom det påvirker deres relationer til sundhedsvæsenet og de sundhedsprofessionelle. Samtidig bliver det vist, at værtslandets institutioner og diskurser om migranter i høj grad er med til at forme rammerne for kultur møderne.

En nærliggende løsning har været og er stadig at søge ny viden for bedre at håndtere kultur møderne i sundhedsvæsenet, men temanummerets artikler illustrerer vigtigheden af at operere med forskellige perspektiver og kontekster inden for dette felt. Ligeledes har hollandske erfaringer vist, at det ikke er tilstrækkeligt at tilføje ny viden og nye kompetencer til de sundhedsprofessionelle i sundhedsvæsenet (van Dongen & van Dijk 2000). Det er også nødvendigt at tænke i en interkulturalisering af selve sundhedsvæsenet, hvilket indebærer forandringer af mere omfattende karakter blandt andet i form af tilpasning til borgernes behov (ibid.). Temanummerets svenske artikel er et eksempel på, at et sundhedssystem forsøger at indrette sig for at kunne forbedre sundhedstjenesten over for en gruppe borgere med særlige behov.

Litteratur

- Aspinall PJ. 2001 Operationalising the collection of ethnicity data in studies of the sociology of health and illness. In: *Sociology of Health and Illness* 23(6):829-62
- Bhopal R. 2001 Ethnicity and race as epidemiological variables: centrality of purpose and context. In: *Health and Ethnicity*, ed. H Macbeth, P Shetty, 3:21-40. London and New York: Taylor & Francis.
- Carballo M, Grocutt M, Hadzihasanovic A. 1996 Women and migration: a public health issue. In: *World Health Statistics Quarterly* 49(2):158-64
- Donovan JL. 1984 Ethnicity and health: a research review. In: *Soc Sci Med* 19(7):663-70
- Dyhr L. 1996 *Det almene i det anderledes. Belysning af problemer i mødet mellem praktiserende læger og tyrkiske indvandrerkvinder i Danmark set fra en klinisk synsvinkel*. Central Forskningsenhed for Almen Praksis.
- Elverdam B. 2001 Sundheds- og sygdomsbegreber - i et kulturelt perspektiv. In: *Etniske minoriteter. Kultur møder i sundhedsvæsenet*, ed. J Hjort Andersen, AD Roland Jensen, 5:93-110. København: Munksgaard.
- Elverdam B. 1991 *Fra tradition til institution: muslimske indvandrerkvindes møde med dansk hospital og praksislæge*, Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Folmann NB, Jørgensen T. 2006 *Etniske minoriteter - sygdom og brug af sundhedsvæsenet. Et registerstudie*, København: Sundhedsstyrelsen.
- Hastrup K. 1993 Patientens dilemma. In: *Ugeskr. Læger* 155(39):3149-52
- Hawwa A. 2000 *Transkulturel forståelse af somatiske sygdomme*. København, Gads Forlag

- Hjarnoe J. 1998 Etniske mindretal i Danmark. In: *Uddannelse og integration: kapitel 2*, Undervisningsministeriet.
- Ingerslev O. 2000 Indvandrernes kontakt til sundhedsvæsenet. In: *Integration i Danmark omkring årtusindskiftet*, ed. GV Mogensen, PC Matthiesen, 6:208-221. Århus: Rockwool Fondens Forskningsenhed, Aarhus Universitetsforlag.
- Jacobsen CB, Johansen KS. 2002 *Kultur møde i psykiatrien*, H:S Sct. Hans Hospital.
- Jahn AW. 2001 *Forskellsskaber og fællesskaber i fødselsrummet. Om sociale kategoriseringsprocesser med etnicitet som eksempel*, Institut for Antropologi, Københavns Universitet.
- Jenkins R. 1994 Rethinking ethnicity: identity, categorization and power. In: *Ethnic and Racial Studies* 17(2):196-223
- Joost Michaelsen J. 1999 *Kommunikation i den primære sundhedstjeneste. En kvalitativ undersøgelse af relation og interaktion mellem hjemmesygeplejersken og den "vanskelige" patient*, Århus Universitet.
- Kristiansen M, Mygind A, Krasnik A. 2006 Sundhedsmæssige konsekvenser af migration. In: *Ugeskrift for Læger* 168/36, 3006-3008.
- Lunde IM. 1992. *Patienters egenvurdering - et medicinsk perspektivskift*, København: FADL.
- Michaelsen JJ, Krasnik A, Nielsen AS, Norredam M, Torres AM. 2004a Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital. In: *Scandinavian Journal of Public Health* 32:287-95
- Michaelsen JJ, Krasnik A, Nielsen AS, Norredam M, Torres AM. 2004b Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital. In: *Scandinavian Journal of Public Health* 32:287-95
- Mygind A, Norredam M, Nielsen AS, Bagger J, Krasnik A. 2007 The effect of patient origin and relevance of contact on patient and caregiver satisfaction in the emergency room. In: *Scandinavian Journal of Public Health*.
- Nielsen A. 2002 *Sundhedsvæsenet og de etniske minoriteter*, AMID Working Paper Series, Aalborg Universitet: Akademiet for Migrationsstudier i Danmark.
- Norredam M, Krasnik A, Moller Sorensen T, Keiding N, Joost Michaelsen J, Sonne Nielsen A. 2004 Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. In: *Scandinavian Journal of Public Health* 32:53-9
- Norredam M, Nielsen AS, Krasnik A. 2006 Adgang til sundhedsydelser for migranter. In: *Ugeskrift for Læger* 168/36, 3008-3010.
- Oppenheimer GM. 2001 Paradigm lost: race, ethnicity, and the search for a new population taxonomy. In: *AJPH* 91(7):1048-9
- Poulsen, C. 2006 Taler vi om det samme? Når etniske minoriteter med sjældne handicap møder social- og sundhedsvæsenet. København, Center for Små Handicapgrupper.
- Rasch V, Knudsen L, Gammeltoft T. 2005 *Når der ikke er noget tredje valg. Social sårbarhed og valget af abort.*, Sundhedsstyrelsen.
- Roland Jensen AD, Hjort Andersen J. 2001 Indledning. In: *Etniske minoriteter - kultur møder i sundhedsvæsenet*, ed. J Hjort Andersen, AD Roland Jensen, 9-14. København: Munksgaard.
- Rytter Hansen A, Kjølner M. 2007 *Arbejdsnotat: sundhed blandt etniske minoriteter. Resultater fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005)*. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Schierup C-U. 1993 *På kulturens slagmark. Mindretal og størretal taler om Danmark*, Esbjerg: Sydjysk Universitetsforlag.

- Seeberg J. 1996 Det er nok noget kulturelt. In: *Sygeplejersken* 33:30-3
- Seeberg P. 2001 Indledning. In: *Ubekvemme udfordringer. Aktuelle tendenser i den danske og europæiske indvandrerdiskussion*, ed. P Seeberg,7-12. Odense: Odense Universitetsforlag.
- Sheldon T, Parker H. 1992 The use of 'ethnicity' and 'race' in health research: a cautionary note. In: *The politics of 'race' and health*, ed. WIU Ahmad, 4:53-81. Bradford: Race Relations Research Unit, University of Bradford and Ilkey Community College.
- Sonne Nielsen A. 2005 *Smertelige erfaringer. En antropologisk analyse af migrantkvinders fortællinger om sygdom, marginalisering og diskursiv hegemoni*, København: Ph.d.-afhandling, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.
- Spruit IP. 1986 Health care for labour-immigrants: perceptions of problems. In: *Migration and health: towards an understanding of the health care needs of the ethnic minorities*, ed. M Colledge, HA van Geuns, P-G Svensson, 2:32-75. World Health Organization.
- Sundhedsstyrelsen. 2005 *Indvandreres sundhed og sygelighed - opgørelse af behandlingsrater (2002)*, København: Center for Forebyggelse.
- Thune Jacobsen E, Karise S, Dyhr L. 2003 *Mødet mellem 1. generationsindvandrerkvinder & det danske sundhedsvæsen. Rapport fra et pilotprojekt.*, DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Udlændingestyrelsen. 2002 *Nøgletal på udlændingområdet*.
- van der Zwaard J. 1992 Accounting for differences. Dutch training nurses and their views on migrant women. In: *Soc Sci Med* 35(9):1137-44
- van Dijk R. 1998 Culture as excuse. The failures of health care to migrants in the Netherlands. In: *The Art of Medical Anthropology*, ed. S van der Geest, A Rienks,243-250. Amsterdam: Het Spinhuis.
- van Dongen E, van Dijk R. 2000 Migrants and health care in the Netherlands. In: *Health for all, all in health. European experiences on health care for migrants*, ed. P Vulpiani, JM Comelles, E van Dongen,47-69. Perugia: Cidis/Alisei.
- Vulpiani P. 2000 Health for all? Inequalities, discriminations and health care for migrants. In: *Health for all, all in health. European experiences on health care for migrants*, ed. P Vulpiani, JM Comelles, E van Dongen,17-30. Perugia: Cidis/Alisei.