

“State of the art report”

Etniske minoriteters sundhed i Danmark



Teresa Holmberg, Nanna Ahlmark
& Tine Curtis

Maj 2009

Abstract	3
1 Introduktion	5
2 Baggrunds information	5
2.1 Etniske minoriteter i Danmark.....	6
2.2 Den politiske kontekst.....	11
3 Sundhed blandt etniske minoriteter i Danmark.....	14
3.1 Overblik over litteratur om etniske minoriteters sundhed i Danmark - type litteratur, metoder, målgrupper og emner.....	14
3.2 Sundhedstilstanden	19
4 Adgang til sundhedsvæsenet og retten til behandling	28
5 Mødet med sundhedsvæsenet.....	30
5.1 Brug af sundhedsvæsenet	30
5.2 Uformelle barrierer i mødet med sundhedsvæsenet	30
7 Sundhedsfremmende tiltag rettet mod etniske minoriteter	34
8 Sammenfatning.....	38
Referencer	40

Abstract

Immigrants constitute 9,1 % of the Danish population. The three largest immigrant groups are from Turkey, Iraq and Germany. Asylum seekers are primarily from Iraq, Serbia, Montenegro, Afghanistan and Iran. Non-western immigrants have a marked higher unemployment rate (approximately 13 %) compared to ethnic Danes (3 %). Young immigrants' (16-24) affiliation with the education system has, however, grown the last ten years. Most immigrants live in Copenhagen County and its sub-districts (Region Hovedstaden). Islam constitutes the majority of immigrants' faith.

Since 2002, a number of policy measures have restricted the ability to get asylum and residence permit in Denmark. As a result, financial support to asylum seekers has dropped markedly and the number of people getting residence permit through family reunification was halved between 2000 and 2007. The general climate for ethnic minorities, especially with Muslim background, has deteriorated the last decade and cases of discrimination appears to be more frequent in Denmark compared to other EU countries.

Publications about ethnic minorities and health are primarily research studies, the majority being quantitative studies. Municipalities and organizations, however, also represent a considerable source of knowledge. Culture and lifestyle are often described while only a few publications examine the genetics behind illnesses. There is a need of more knowledge about different sub-categories of ethnic minorities' illness and health as well as of general knowledge.

Immigrants are more vulnerable to a number of health problems, while disease patterns vary among ethnic groups. Overall, immigrants judge their own state of health as being worse than ethnic Danes and experience stress more frequent. Several chronic diseases are more frequent, such as diabetes, while cancer is less frequent. Mental health is also worse with more immigrants experiencing chronic anxiety and depression than ethnic Danes. Asylum-seeker children are especially vulnerable in relation to mental health disorders.

Regarding health habits, immigrants have a higher intake of sugar and are less physically active than ethnic Danes. Men from some immigrant groups smoke more while immigrant women in general smoke less than ethnic Danes. Most immigrant groups consume less alcohol compared to Danes.

Everyone registered under the National Register is entitled to services under the Danish National Health Insurance. Family reunification migrants and quota refugees undergo a quarantine period of six weeks. Asylum seekers and illegal and rejected immigrants, who are not reg-

istered under the National Register, are entitled to health services in acute cases. The Red Cross can apply for support to other health services through the Immigration Service. A number of informal barriers, however, influence immigrants' access to and usage of the health system. For example lack of knowledge about the health system and -entitlements, different perceptions of illness and health, different expectations of the role of the patient and health personnel and communication problems in the meeting with Danish health personnel. Lack of interpreters is often a challenge.

There is no national strategy targeting ethnic minorities in the area of health. The National Board of Health has, however, developed country wide strategies in areas deemed of special need. Furthermore, a number of municipal and regional initiatives as well as research are increasingly supported. Most initiatives targeting ethnic minorities' health are individual projects lead by municipalities, organizations or societies with a special interest in the field. Hence, a growing bottom up approach to tackle health issues among immigrants is seen.

1 Introduktion

MIGHEALTHNET er et europæisk projekt, der har til formål at skabe netværk med information om sundhed blandt migranter og etniske minoriteter. Der er blevet udarbejdet interaktive hjemmesider (wikis) i 17 lande: Belgien, Bulgarien, Tjekkiet, Danmark, Grækenland, Holland, Litauen, Polen, Portugal, Rumænien, Schweiz, Storbritannien, Sverige, Tjekkiet, Tyskland, Tyrkiet og Ungarn. Information om projektet og links til alle wiki'erne findes på: www.mighealth.net

Den danske wiki www.mighealth.net/dk indeholder information på en række områder. Her findes artikler, rapporter, data, abstracts, statistik om sundhed blandt etniske minoriteter. Formålet med hjemmesiden er at være en ressource for forskere, professionelle, politikere og brugere med interesse for sundhed blandt etniske minoriteter. Alle kan bidrage med diverse indlæg (artikler, rapporter og data) på siden.

Formålet med denne "State of the art" rapport er at samle den eksisterende viden om etniske minoriteters sundhed i Danmark på baggrund af indholdet i den danske Wiki suppleret med diverse baggrundslitteratur. De andre lande i MIGHEALTHNET-projektet udarbejder en tilsvarende rapport inklusiv et kortere engelsk abstrakt ud fra en fastlagt skabelon. Alle rapporter vil blive placeret på de respektive hjemmesider. Rapporten indeholder følgende afsnit:

- *Baggrundsinformation om de etniske minoriteter i Danmark.* Dette afsnit indeholder forskellige overordnede statistikker samt demografiske og sociale karakteristika af etniske minoriteter i Danmark. Desuden beskrives den politiske kontekst i forhold til etniske minoriteter – herunder spørgsmålet om integration og muligheden for opholdstilladelse
- *Sundhed blandt etniske minoriteter i Danmark* opsummerer, hvor meget forskning, der i Danmark er lavet på området og giver et overblik over, hvad vi ved om sundhedstilstanden blandt etniske minoriteter – både i forhold til fysisk og psykisk sundhed samt sundhedsadfærd
- *Adgang til sundhedsvæsenet og retten til behandling* beskriver kort, hvordan det danske sundhedsvæsen organiseres, og hvilke sundhedsydelse de forskellige grupper af etniske minoriteter har ret til
- *Mødet med sundhedsvæsenet* gennemgår etniske minoriteters brug af det danske sundhedsvæsen og hvilke problemer, der kan være, i mødet med sundhedsvæsenet
- *Sundhedsfremmende tiltag rettet mod etniske minoriteter* giver et overblik over eksisterende initiativer, der er rettet mod etniske minoriteter for at fremme sundheden og adgangen til sundhedsvæsenet

2 Baggrundsinformation

2.1 Etniske minoriteter i Danmark

Der findes ikke en entydig definition af begrebet etnisk minoritet. Mange definitioner tager udgangspunkt i, at der er tale om en social gruppe, som af sig selv og/eller af andre opleves som forskellig fra en majoritetsbefolkning ud fra karakteristika som sprog, kost, religion, oprindeligt hjemland og fysiske træk (Bhopal 2004). Der findes heller ikke et entydigt bud på, hvorledes begrebet etnicitet lader sig indfange som variabel i epidemiologisk forskning. Oftest måles det ved fødeland, generation (indvandrer eller efterkommer) og nationalitet, men også ved religion eller sprog talt i hjemmet. Danmarks Statistik opererer ikke med en definition af etniske minoriteter, men definerer danskere, indvandrere og efterkommere på baggrund af eget og forældres fødeland og statsborgerskab (tabel 2.1).

Tabel 2.1. Danmarks Statistiks definition af dansker, indvandrer og efterkommer

	Eget fødeland	Forældrenes fødeland og Statsborgerskab
Dansker	Uden betydning	Mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark
Indvandrer	Født uden for Danmark	Ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er født i udlandet, opfattes personen også som indvandrer
Efterkommer	Danmark	Ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er udenlandsk statsborger, opfattes personen også som efterkommer

Danmarks Statistik 2008

Undersøgelser af blandt andet etniske minoriteters sundhed i Danmark har i vid udstrækning inkluderet indvandrere, efterkommere og danskere ifølge Danmarks Statistiks definitioner, men i undersøgelsesernes efterfølgende kategoriseringer er der i varierende grad fokuseret på fødeland, generation og statsborgerskab. Med mindre andet er nævnt vil "etniske minoriteter" i det følgende dække over betegnelsen indvandrere og efterkommere.

Gruppen af minoriteter udgør en voksende del af den danske befolkning. Tal fra Danmarks Statistik viser, at der per 1. januar 2008 i alt er 497.962 indvandrere og efterkommere i Danmark – heraf 378.665 indvandrere og 119.297 efterkommere, hvilket udgør 9,1 % af den samlede danske befolkning. Den samlede gruppe af indvandrere og efterkommere er siden 2007 steget med 4,2 % (den 1-årige stigning) og siden 1998 steget med 43,5 % (den 10-årige stig-

ning). Af de i alt 497.962 er 156.479 er fra vestlige lande¹, mens 344.483 er fra ikke-vestlige lande (Danmarks Statistik 2008). 45 % af de ikke vestlige indvandrere er flygtninge.

Et hurtigt kig på indvandringens historie i Danmark peger på, at især årene 1968-1971 har haft en stor betydning. Manglende arbejdskraft resulterede i indvandring fra flere såkaldte tredje verdens lande. De første indvandrere var for det meste unge mænd i aldersgruppen 20-30 år, som kom uden familier. De kom typisk fra Tyrkiet, Pakistan, Marokko og det daværende Jugoslavien, hvilket medvirkede til en efterfølgende indvandring af deres slægtninge og venner. I 1972 blev en lov om indvandre stop vedtaget. Loven førte til starten på familiesammenføring med ægtefæller og børn. I midten af 80 og 90'erne steg antallet af flygtninge markant. Der kom et stort antal flygtninge fra Iran, Sri Lanka, Somalia og Irak, og for eksempel kom omkring 10.000 Tamilske flygtninge til Danmark på grund af borgerkrigen i Sri Lanka (Singla 2004). I 2006 var de største grupper asylansøgende flygtninge fra Irak, Serbien, Montenegro, Afghanistan og Iran (Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration & Udlændinge Service 2008).

Fordelingen af indvandrere, efterkommere og danskere efter køn og alder fremgår af tabel 2.2. Af tabellen ses, at danskere og indvandrere ligner hinanden mest i forhold alders- og kønsfordeling. De 25-44-årige udgør dog en større andel af indvandrerne sammenlignet med danskerne, mens de 0-14-årige udgør en mindre andel af indvandrerne sammenlignet med danskerne. Efterkommerne er yngre end danskerne og indvandrerne. Desuden er der flere kvinder end mænd blandt indvandrere og danskere, derimod er der flere mænd end kvinder blandt efterkommere.

¹ Vestlige lande dækker over alle EU-lande, lande i norden samt USA, Canada, Australien, New Zealand, Andorra, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Schweiz og Vatikanstaten. Ikke-vestlige lande dækker over alle øvrige lande (Danmarks Statistik 2008).

Tabel 2.2. Indvandrere, efterkommere med dansk og udenlandsk statsborgerskab og danskere per 1 januar 2008 fordelt efter køn og alder (procent).

	Indvandrere	Efterkommere	Danskere
<i>Mænd</i>			
0-14 år	9.959 (5,4)	40.425 (66,4)	466.889 (18,9)
15-24 år	28.572 (15,4)	12.334 (20,3)	285.239 (11,6)
25-44 år	82.431 (44,3)	6.438 (10,6)	669.777 (27,2)
45-64 år	51.382 (27,6)	1.243 (2,0)	685.776 (27,8)
65-79 år	11.775 (6,3)	373 (0,6)	281.944 (11,4)
≥ 80 år	1.833 (1,0)	91 (0,1)	76.185 (3,1)
Mænd i alt	185.952 (100,0)	60.904 (100,0)	2.465.810 (100,0)
<i>Kvinder</i>			
0-14 år	9.344 (4,8)	38.958 (66,7)	444.342 (17,7)
15-24 år	28.396 (14,7)	11.638 (19,9)	271.881 (10,8)
25-44 år	87.764 (45,5)	6.137 (10,6)	650.660 (25,9)
45-64 år	47.411 (24,7)	1.120 (1,9)	684.634 (27,3)
65-79 år	14.865 (7,7)	349 (0,6)	318.695 (12,7)
≥ 80 år	4.933 (2,6)	191 (0,3)	141.807 (5,6)
Kvinder i alt	192.713 (100,0)	58.393 (100,0)	2.512.019 (100,0)
I alt	378.665	119.297	4.977.829
Danmarks Statistik 2008			

Tabel 2.3 viser fordelingen af indvandrere, efterkommere og danskere fordelt på de fem regioner i Danmark. Der ses, at de fleste indvandrere og efterkommere er bosat i Region Hovedstaden, mens færrest er bosat i Region Nordjylland og Region Sjælland.

Tabel 2.3. Fordeling af indvandrere, efterkommere med dansk og udenlandsk statsborgerskab og danskere per 1. januar 2008 efter region (procent).

	Indvandrere	Efterkommere	Danskere
<i>Region</i>			
Hovedstaden	174.878 (46,2)	62.142 (52,2)	1.408.805 (28,4)
Sjælland	39.299 (10,4)	12.818 (10,7)	767.310 (15,4)
Syddanmark	70.420 (18,6)	19.009 (15,9)	1.105.230 (22,2)
Midtjylland	69.603 (18,4)	20.424 (17,1)	1.147.014 (23,0)
Nordjylland	24.465 (6,4)	4.904 (4,1)	549.470 (11,0)
Antal i alt	378.665 (100,0)	119.297 (100,0)	4.977.829 (100,0)
Danmarks Statistik 2008			

Det stemmer overens med, at langt den største andel af etniske minoriteter er bosat i – eller i forstæderne til – København Kommune efterfulgt af Århus og Odense kommune. Dette gælder

primært for gruppen af etniske minoriteter fra ikke-vestlige lande. Koncentrationen af etniske minoriteter fra vestlige lande er størst i Sønderjylland samt i hovedstadsområdet. Det viser, at som i andre europæiske lande bosætter etniske minoriteter sig primært i midtbyer eller boligområder i forstæderne til de større byer (Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration 2008; Singla 2008).

Der er store forskelle på boligforhold blandt etniske minoriteter sammenlignet med etniske danskere. Hele 59,3 % af indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande bor i alment boligbyggeri, mens det kun drejer sig om 15,8 % af indvandrere og efterkommere fra vestlige lande og 14,1 % af etniske danskere (tal fra 1. januar 2007). Den største procentdel ses blandt indvandrere og efterkommere med somalisk og libanesisk oprindelse, hvor henholdsvis 86 % og 83,7 % bor i et alment boligbyggeri (Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration 2008).

Af tabel 2.4 fremgår de største befolkningsgrupper i Danmark efter oprindelsesland (føde-land/statsborgerskabsland). Personer med tyrkisk herkomst udgør den største gruppe – både i forhold til indvandrere og efterkommere. Derefter følger personer af irakisk og tysk oprindelse.

Tabel 2.4. Indvandrere og efterkommere i Danmark per 1. januar 2008. De 20 største befolkningsgrupper efter oprindelsesland

	Indvandrere	Efterkommere	I alt
Tyrkiet	31.433	25.696	57.129
Irak	21.181	7.232	28.413
Tyskland	25.827	2.462	28.289
Libanon	12.034	11.252	23.286
Bosnien-Hercegovina	17.987	3.859	21.846
Polen	18.506	2.546	21.052
Pakistan	10.617	8.861	19.478
Ex-Jugoslavien	11.509	5.863	17.372
Somalia	10.357	6.193	16.550
Norge	14.292	1.382	15.674
Iran	11.853	2.911	14.764
Sverige	12.869	1.844	14.713
Vietnam	8.835	4.585	13.420
Storbritannien	11.358	1.190	12.548
Afghanistan	9.623	2.254	11.877
Sri Lanka	6.524	3.864	10.388
Marokko	5.026	4.445	9.471
Kina	7.493	1.057	8.550
Island	7.488	923	8.411
Thailand	7.786	471	8.257

Danmarks Statistik 2008

Tabel 2.5 viser erhvervsfrekvensen, det vil sige andelen af en given befolkningsgruppe, der står til rådighed for arbejdsmarkedet samt beskæftigelsesfrekvensen, det vil sige andelen af en given befolkningsgruppe, der er i beskæftigelse. Der ses, at både erhvervs- og beskæftigelsesfrekvensen er lavest for indvandrere fra ikke-vestlige lande.

Tabel 2.5. Erhvervs- og beskæftigelsesfrekvensen blandt indvandrere, efterkommere og Danmark per 1. januar 2007. Procent

	Erhvervsfrekvensen	Beskæftigelsesfrekvensen
<i>Indvandrere</i>		
Ikke-vestlige lande	59,6	53,4
Vestlige lande	66,3	64,0
Indvandrere i alt	61,9	57,0
<i>Efterkommere</i>		
Ikke-vestlige lande	68,6	65,2
Vestlige lande	76,7	74,2
Efterkommere i alt	70,9	67,7
Danskere	80,8	78,7
Danmarks Statistik 2008		

Den højeste arbejdsløshed ses således også blandt indvandrere fra ikke-vestlige lande (cirka 13 %), mens den for etniske danskere ligger markant lavere (3 %) (Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration 2007). Det er også typisk, at etniske minoriteter specielt fra ikke-vestlige lande er overrepræsenterede i mindre attraktive og dårligt betalte jobs, hvor også en stor del er selvstændige (Singla 2008).

Andelen af tosprogede elever i folkeskolerne har været stigende fra 1997-2005, men er siden stagneret ved cirka 10 %. Ishøj kommune havde med 45,2 % tosprogede elever den største andel af tosprogede elever i skoleåret 2004/2005 – efterfulgt af Brøndby (36,7 %), København (36,6 %) og Albertslund (30,2 %). Både indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande har styrket deres tilknytning til uddannelsessystemet. Andelen af 16-19-årige, der er i gang med en ungdomsuddannelse er steget fra skoleåret 1995/1996 til skoleåret 2005/2006. Stigningen har været størst blandt indvandrerne, hvor andelen blandt mænd og kvinder er steget fra 21 % til henholdsvis 39 % og 40 %. Den samme tendens ses for 20-24-årige indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande, hvor flere kommet i gang med en videregående uddannelse i pågældende periode. Det gælder dog også for danskere. (Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration 2007).

Muslimer udgør den største gruppe blandt alle mindretals trossamfund i Danmark. Andre etniske minoriteter tilhører trosretninger såsom kristendom, hinduisme, sikhisme, og buddhisme. Nyere forskning viser dog, at i offentligheden, medierne og i den politiske diskurs, er betegnelserne 'etniske minoriteter' og 'indvandrere' overvejende forbundet med muslimer (Hussain 2007). Forskellige aspekter af den politiske diskurs og kontekst i relation til etniske minoriteter diskuteres i det følgende afsnit.

2.2 Den politiske kontekst

I Danmark er forholdene for etniske minoriteter blevet mere anstrengte det seneste årti, og der er stigende bevis for diskrimination. I forhold til at bekæmpe diskrimination af etniske minoriteter går det dårligere for Danmark sammenlignet med resten af EU ifølge en større undersøgelse fra 2008, der omhandler diskrimination i de forskellige EU lande. Undersøgelsen viser, at 76 % mener, at diskrimination af etniske minoriteter er meget udbredt i Danmark, og 25 % har været vidner til diskrimination på baggrund af etnicitet (European Commission 2008).

Der er dertil sket en højredrejning af den danske udlændingepolitik, bl.a. under indflydelse af Dansk Folkeparti, som har gjort det til en af deres mærkesager at nedbringe antallet af nye opholdstilladelser (ECRI 2006). Den strengere udlændingepolitik afspejles i en række politiske foranstaltninger, der er indført siden 2002 (Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration og Udlændinge Service 2008). Ændringer i udlændingeloven, loven om dansk indfødsret og integrationsloven gør det sværere for medlemmer af minoritetsgrupper at erhverve dansk statsborgerskab, familiesammenføre og at få adgang til social beskyttelse på linje med resten af samfundet, ifølge en undersøgelse foretaget af den Europæiske Kommission (ECRI 2006). Stramningerne har resulteret i et betydeligt fald i asyl ydelse og familiesammenføringer. I 2000 blev der således givet opholdstilladelse til 6.399 ægtefæller eller samleverer ved familiesammenføring, mens der i 2007 blev givet opholdstilladelse til 3.616 (Danmarks Statistik 2008). Der har dog været en stigning af opholdstilladelser givet til arbejds/studieansøgere, især for nylig, da der er en fornyet interesse for indvandring af højt kvalificeret arbejdskraft.

Der er også udenrigspolitiske tegn på, at Danmark har en stram udlændingepolitik. EF-domstolen har netop (februar 2009) afsagt dom i en sag angående asylpolitikken i EU. Dommen fastslår, at man ikke behøver at være individuelt forfulgt for at få flygtningestatus i et EU-land. Det vil sige, at jo vanskeligere sikkerhedsforholdene er i et land eller område, der præges af vilkårlig vold, jo lavere er kravene til at asylansøgeren skal være individuelt forfulgt. I Danmark har man derimod fastholdt kravet om dokumentation for at være individuelt forfulgt for at opnå asyl. Da Danmark står udenfor EU's fælles flygtningepolitik, kan EF dommen ikke umiddelbart bruges af asylansøgere i Danmark. Regeringen har dog flere gange fastholdt, at

den danske lovgivning er på linie med EU's standarder, hvilket dommen viser ikke er tilfældet (Dansk Institut for Internationale Studier 2009; Dansk Flygtningehjælp 2009).

På nuværende tidspunkt kan man indrejse Danmark som turist, som midlertidig studerende, som arbejdstager med særlige kvalifikationer, som asylansøgende flygtning eller via familiesammenføring. Desuden har Danmark en aftale med FN's flygtningeorganisation, UNHCR, om at modtage 500 kvoteflygtninge om året. (Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration & Udlændinge Service 2008; Dansk Flygtningehjælp 2008). Muligheden for at komme til Danmark for at arbejde afhænger først og fremmest af nationalitet og kvalifikationer. Personer uddannet inden for erhverv, hvor der er mangel på kvalificeret arbejdskraft, har særligt let adgang til det danske arbejdsmarked. Forskere, sportsfolk og højt betalte har også lettere adgang.

Kvoteflygtninge er ofte flygtninge, der opholder sig i flygtningelejre, men som ikke har udsigt til at vende hjem. Kvoteflygtninge udvælges af Udlændingestyrelsen og Dansk Flygtningehjælp. De får rejsen betalt af den danske stat og skal ikke søge om asyl og får midlertidig opholdstilladelse, når de kommer til Danmark (Dansk Flygtningehjælp 2008).

Asyl gives til en person, som nærer en velbegrundet frygt for at blive individuelt forfulgt på grund af sin race, religion, nationalitet, sit tilhørsforhold til en social gruppe eller sine politiske anskuelser, og som befinder sig uden for det land, hvor personen er statsborger. Ikke alle asylansøgninger behandles i Danmark – er personen i forvejen kendt og opholder sig i et andet EU land, behandles sagen der. Under asylsagens behandling, som foretages af Udlændinge Service, bor asylansøgeren oftest i et asylcenter ofte drevet af Dansk Røde Kors. I 2006 søgte 1.960 personer asyl i Danmark. Heraf traf Udlændinge Service afgørelse i de 1.040 ansøgninger, hvor cirka 18 % fik asyl. Udlændinge Service afgør, hvor i Danmark asylansøgeren skal bosættes, hvis vedkommende anerkendes som flygtning (Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration & Udlændinge Service 2008).

Opholdstilladelse via familiesammenføring kan gives til ægtefæller, registrerede partnere, faste samlevere og til børn under 15 år, hvis de opfylder en række af flere betingelser. Ved familiesammenføring af ægtefæller/partnere stilles blandt andet krav om, at ægtefællen/partneren i Danmark skal være dansk eller nordisk statsborger, være flygtning, have beskyttelsesstatus i Danmark eller have haft tidsubegrænset (permanent) opholdstilladelse i Danmark i mere end de sidste 3 år. Nogle af de yderligere krav indebærer at de skal bo fast i landet, have samme adresse, når der er givet opholdstilladelse, have egen bolig af en vis størrelse, stille en økonomisk sikkerhed på 58.207 kr., begge være over 24 år (24års-reglen) og have størst til-

knytning til Danmark. For børn under 15 år er der blandt andet krav til, at den forælder, som bor i Danmark (eller dennes ægtefælle), enten skal være dansk eller nordisk statsborger, have opholdstilladelse som flygtning eller med beskyttelsesstatus i Danmark, have permanent opholdstilladelse i Danmark – eller med mulighed herfor. Desuden skal barnet bosætte sig hos denne forælder, og må ikke være gift eller have en fast partner. Gives der opholdstilladelse er det i første omgang midlertidig, men der er mulighed for forlængelse, hvis personen stadig opfylder betingelserne. Efter en årrække er der mulighed for permanent opholdstilladelse. Udlændinge Service behandler sager om familiesammenføring (ibid.).

Integration diskuteres ofte i den offentlige debat og sættes højt på den politiske dagsorden. Målet for den nuværende regering er: at flere indvandrere og efterkommere skal i arbejde og være selvforsørgende, at den sociale arv skal brydes, så tosprogede børn og unge får en uddannelse, og at samfundet skal bygge på fælles grundlæggende demokratiske værdier. Der er desuden særligt fokus på integration af nyankomne, hvor kommunerne, i samarbejde med de enkelte nyankomne personer, har ansvaret for integrationen. Det består for eksempel af et introduktionsprogram som omfatter danskuddannelse i op til 3 år. (ibid.). Integrationen på arbejdsmarkedet synes imidlertid at halte bagefter sammenlignet med resten af EU (British Council 2004).

Der har ofte været kritik af behandlingen af asylansøgerne i Danmark. Kritikken har blandt andet været rettet mod det faktum, at asylansøgere ikke må forlade asylcenteret for at arbejde eller studere, og at asylansøgende børn kun må modtage undervisning på asylcenteret. Ofte er asylansøgerne isoleret på asylcenteret med stor usikkerhed for deres fremtid – nogle opholder sig i centeret i helt op til 8-10 år (ECRI 2006). Danmarks håndtering af irakiske asylansøgere, der kom til Danmark efter invasionen af Irak i 2003, har blandt andet været meget omdiskuteret. I perioden op til 2007 fik kun få asyl på basis af at være individuelt forfulgt, men irakerne kunne heller ikke sendes tilbage til hjemlandet på grund af den ustabile sikkerhedssituation. Mange opholdt sig således i asylcenteret i fem-seks år (Dansk Flygtningehjælp 2009).

Alt i alt er det generelle klima blevet forværret i Danmark, hvor nogle politikere og dele af medierne udbreder et negativt billede af mindretalsgrupper i almindelighed og muslimer i særdeleshed konkluderer Den Europæiske Kommission mod Racisme og Intolerance (ECRI 2006). I denne forbindelse bliver den relevante lovgivning om tilskyndelse til racehad sjældent anvendt og der skabes således en følelse af straffrihed, som bidrager yderligere til en forværring af det offentlige klima, finder undersøgelsen (ibid.). Det har konsekvenser for sundhedspolitikken og for de sundhedsmæssige betingelser for mindretallene i Danmark (Healy & McKee 2004).

3 Sundhed blandt etniske minoriteter i Danmark

Forskningen i etniske minoriteters sundhed i Danmark siges at være sparsom, men der mangler et egentlig overblik over den eksisterende forskning. Hvor stammer den viden, vi har om etniske minoriteters sundhed i Danmark fra? Med hvilke metoder har man undersøgt de etniske minoriteters sundhed, og hvilken type viden er fremkommet? Er der særlige grupper af etniske minoriteter vi ved mere om, og er der nogen, der bliver overset? Hvilke særlige emner inden for sundhedsområdet er der forsket i, når det gælder de etniske minoriteter? I dette kapitel dannes et overblik over den eksisterende litteratur om etniske minoriteters sundhed i Danmark.

3.1 Overblik over litteratur om etniske minoriteters sundhed i Danmark – typer litteratur, metoder, målgrupper og emner

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet har for at danne et overblik oprettet en søgbar litteraturlibrary med henvisninger til og resuméer af litteratur om etniske minoriteters sundhed i Danmark. Denne litteraturlibrary prøver i fællesskab med den Danske udgave af Mighealth netsiden at opsummere den eksisterende litteratur om etniske minoriteters sundhed. I dette kapitel dannes et overblik ved at se på:

- hvilken *type litteratur* der findes
- hvilke *metoder* der er brugt til at belyse sundheden blandt etniske minoriteter
- hvilke *målgrupper* man har undersøgt
- hvilke *emner* der er dækket

Der blev indhentet dansk- og engelsksproget litteratur fra 1.1.1996-25.11.2008. Der blev fundet 249 udgivelser omhandlende etniske minoriteters sundhed i Danmark.

Type litteratur

Af tabel 3.1 fremgår antal udgivelser fordelt på type udgivelse. Der findes primært videnskabelige artikler (142), men også diverse rapporter fra organisationer, styrelser mv. udgør en væsentlig andel af litteraturen på området (70).

Videnskabelige artikler	142
Rapporter	70
Specialer	13
Bøger	13
Øvrige (blandt andet nyhedsbreve)	8
Ph.d.-afhandlinger	5
Alle udgivelser	249

Metoder

Tabel 3.2 angiver antal udgivelser, der anvender en given metode til at belyse sundhed blandt etniske minoriteter. Da nogle undersøgelser anvender flere tilgange, overstiger det samlede antal anvendte metoder, antallet af udgivelser. Der er primært anvendt spørgeskemaundersøgelser (60) og registerundersøgelser (61), men der er også foretaget en del kvalitative undersøgelser (49). Der findes forholdsmeæssigt mange litteraturgennemgange (39) og få evalueringer af indsatser omhandlende etniske minoriteters sundhed (9). Undersøgelserne er således overvejende af kvantitativ karakter.

Spørgeskema	60
Registerundersøgelse	61
Kvalitativ undersøgelse	49
Litteraturgennemgang	39
Strukturerede interviews	35
Fysisk måling	31
Hospitalsopgørelse/journalgennemgang	31
Erfaringer	24
Evaluering	9
Andet	5

Målgrupper

Antal udgivelser med angivelse af givne målgruppe, når der specifikt er angivet andre eller flere målgrupper end "indvandrere" eller "etniske minoriteter", fremgår af tabel 3.3. Nogle udgivelser indeholder flere af målgrupperne. De udgivelser, der inddrager "indvandrere" eller "etniske minoriteter" generelt, fremgår ikke af tabellen, men udgør den største målgruppe i udgivelserne. Der er særligt mange udgivelser, der fokuserer på børn/unge (57) og kvinder

(34). Der er tillige en række undersøgelser med fokus på flygtninge (31) og en vis andel med fokus på asylansøgere (17) eller mænd (14). Der er forholdsvis få undersøgelser, der inkluderer efterkommere som separat målgruppe (12), men undersøgelser af "etniske minoriteter generelt" kan indeholde efterkommere. Der er meget få udgivelser omhandlende adopterede (3), ældre indvandrere (2), udokumenterede indvandrere (2) og familiesammenførte (1).

<i>Tabel 3.3. Målgrupper</i>	
Børn/unge	57
Kvinder	34
Flygtninge	31
Asylansøgere	17
Mænd	14
Efterkommere	12
Adopterede	3
Ældre	2
Udokumenterede indvandrere	2
Familiesammenførte	1
<i>Nationaliteter/grupper: (10 hyppigst undersøgte)*</i>	
Tyrkere	44
Pakistanere	42
Somaliere	33
Grønlandere	22
Irakere	22
Iranere	22
Eks-jugoslavere	21
Afrikanere	19
Libanesere	18
Vestlige indvandrere	15
*Nationaliteter eller grupper af nationaliteter opgjort efter, hvordan de er kategoriseret i udgivelserne. Derfor findes der for eksempel både kategorien "somaliere" og "afrikanere".	

Tabel 3.3 viser desuden antal udgivelser, der inddrager specifikke nationaliteter eller geografiske gruppertilhørsforhold (for eksempel afrikanere og vestlige indvandrere). Ikke alle udgivelser angiver nationaliteter eller grupper. Tabellen indeholder kun de 10 hyppigst belyste grupper. Der er flest udgivelser omhandlende sundhed blandt tyrkere (44), pakistanere (42) og somaliere (33). Grønlandere (22), irakere (22) og iranere (22) er også en hyppigt undersøgt gruppe. Vestlige indvandrere indgår i forholdsvis få undersøgelser (15).

Emner

Af Tabel 3.4 fremgår antal udgivelser fordelt i forhold til ofte forekommende emner. De fleste udgivelser indeholder flere af emnerne. Blandt emnerne er de hyppigst beskrevne: Sundhedsydelse (72), kultur og livsstil (72), mental sundhed (71), samt levevilkår (65). Infektionssygdomme (55), mødet i sundhedsvæsenet (53) og sygelighed (52) er ligeledes emner, der ofte beskrives.

<i>Forklarende mekanismer:</i>	
Kultur og livsstil	72
Levevilkår	65
Genetik	17
<i>Sundhedsvæsen:</i>	
Sundhedsydelse	73
Mødet i sundhedsvæsenet	53
<i>Sundhedstilstand:</i>	
Mental sundhed	71
Infektionssygdomme	55
Sygelighed	52
Sundhedsstatus	43
Kroniske sygdomme	44
Reproduktiv sundhed	37
Ulykker/vold	10

Forklarende mekanismer:

Kultur og livsstil er som kategori anvendt, når en udgivelse omhandler kulturelle aspekter af sundhed, for eksempel en intervention med fokus på kulturel formidling af sundhed til etniske grupper og/eller generelle livsstilsfaktorer, som for eksempel forekomst af rygning hos etniske minoriteter. Der er 72 udgivelser, der vedrører kultur og livsstil. I alt 14 af disse omhandler enten *tolkning eller på anden måde kommunikation*, mens 7 inddrager forskelle i *sundheds-og sygdomsopfattelser* mellem forskellige kulturer. Der er 18 udgivelser omhandlende *kost*, 14 om *motion eller fysisk aktivitet*, 12 om *alkohol* og ni om *rygning* blandt etniske minoriteter i Danmark.

Levevilkår er anvendt som kategori, når udgivelserne beskriver de strukturelle og sociale faktorer, der påvirker sundheden. Der findes 65 udgivelser, hvor dette emne indgår. Rent *socio-*

økonomiske forhold som beskæftigelse, bolig, økonomi og uddannelse beskrives i 23 udgivelser under dette emne, og *socialt netværk* er inddraget i 12 af udgivelserne.

17 udgivelser beskriver **genetiske** sammenhænge med sygdom blandt etniske minoriteter. Fem af disse udgivelser omhandler *diabetes* og fire omhandler *konsangvinitet*.

Sundhedsvæsen:

Sundhedsydelse er anvendt som kategori for de udgivelser, der beskæftiger sig med brug af sundhedsydelse rent antalsmæssigt eller tilrettelæggelse af sundhedsydelse. Der er 73 udgivelser, hvor emnet indgår. Sundhedsydelse på *hospital/skadestue* beskrives i 17 af udgivelserne, mens sundhedsydelse hos *praktiserende læge* beskrives i otte af udgivelserne. Ti udgivelser omhandler *screening*. Udgivelser med fokus på sundhedsydelse har hyppigst beskæftiget sig med psykisk sygdom/lidelse (14), diabetes (12) og hjertekarsundhed (10).

Mødet i sundhedsvæsenet betegner udgivelser, der beskæftiger sig med mødet mellem behandler og patienter med etnisk minoritetsbaggrund (53). De 40 af udgivelserne omhandler *tolkning eller på anden måde kommunikation*, mens forskelle i *sundheds- og sygdomsopfattelse* indgår i 20 af udgivelserne, hvormed flere af udgivelserne indeholder begge emner.

Sundhedstilstand:

Mental sundhed er betegnende for udgivelser, der belyser både mentalt velbefindende og psykisk sygdom. Der er 71 af udgivelserne, der omhandler mental sundhed, hvoraf *psykisk sygdom* indgår i de 37, og *traume og/eller tortur* indgår i de 28. Der er 18 af udgivelserne, der omhandler *tolkning eller på anden måde kommunikation* under emnet mental sundhed. Divergerende *sundheds- og sygdomsopfattelser* beskrives i 11 af udgivelserne. Ni omhandler *selvmord*.

Hele 55 udgivelser omhandler **infektionssygdomme**, hvoraf 20 omhandler *tuberkulose*, 19 *HIV/AIDS* og seks *hepatitis A eller B*.

Begrebet **sygelighed** anvendes primært som betegnelse for udgivelser, der beskriver omfanget af en given sygdom for eksempel ved prævalens- eller incidenstal. Der er 52 af udgivelser, der falder indenfor dette emne. Heraf beskrives *psykisk sygdom* i de 13 og *traume og/eller tortur* i de 12. *Tandsundhed* beskrives i ni af udgivelserne. *Selvurderet helbred* og *tuberkulose* beskrives begge i otte, *HIV/AIDS* og *hjertekarsundhed* i syv, *astma/allergi*, *kræft* og *diabetes* i seks samt *lidelser i muskel, skelet eller led* i fem af udgivelserne.

Sundhedsstatus betegner udgivelser, der beskriver sundhedstilstanden bredt for eksempel ved omtale af en række indikatorer som vægt, øjen-øreproblemer, d-vitaminmangel eller selv-vurderet helbred. Dette karakteriserer 43 af udgivelserne. Således handler 11 af disse udgivelser om *selvvurderet helbred* og yderligere 11 udgivelser handler om *vægt*.

Kroniske sygdomme beskrives i 44 af udgivelserne. Heraf omhandler 17 af udgivelserne *hjertekarsundhed*, 16 af udgivelserne omhandler *diabetes*, mens 11 handler om *psykisk sygdom/lidelse*, 13 handler om *kræft*, ni om *astmalallergi*, otte om *lidelser i muskler, skelet eller led*, fire om *mave/tarm-sygdom* og fire om *blodsygdom*.

Reproduktiv sundhed beskrives i 37 af udgivelserne. Heraf handler 16 om *prævention* og 14 af udgivelserne om *tolk eller på anden måde kommunikation*. *Graviditet* er emne for 11 af udgivelserne, *abort* i de 11 og *HIV/AIDS* i de ni udgivelser.

Ulykker eller vold omtales i ti udgivelser. Syv af disse handler om *vold* og fire om *ulykker*.

De 249 udgivelser om etniske minoriteters sundhed i Danmark dækker sundhedsområdet meget bredt, og der er derfor kun få områder, som der findes sikker viden om. Desuden er der ikke på nuværende tidspunkt en kontinuerlig indsamling af data omhandlende etniske minoriteters sundhed i Danmark. På den baggrund kan området stadigvæk siges at være forholdsvis udforsket.

3.2 Sundhedstilstanden

I dette kapitel vil der blive set nærmere på, hvad vi på nuværende tidspunkt ved om etniske minoriteters sundhed og sygelighed i Danmark. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at der kan være store forskelle på sundhed og sygelighed alt efter hvilke undergrupper af etniske minoriteter, der ses på – både i forhold til socioøkonomisk status, oprindelsesland og om det for eksempel er indvandrere, efterkommere eller flygtninge. Ydermere er der en række metodiske svagheder ved flere af undersøgelserne af etniske minoriteters sundhed, som bør nævnes:

- Flere af undersøgelserne er baseret på et lille datamateriale, hvilket kan betyde, at resultaterne ikke er repræsentative for den undersøgte befolkning.
- Lave svarprocenter i nogle af undersøgelserne kan være tegn på, at større grupper med specielle karakteristika, som for eksempel lav uddannelse, er underrepræsenterede.

- I de færreste undersøgelser er der taget højde for betydningen af socioøkonomiske faktorer, hvilket muligvis kan forklare at flere undersøgelser kommer frem til forskellige resultater.
- Endelig er der som nævnt før (jf. afsnit 2.1) forskellige inklusionskriterier for etniske minoriteter i undersøgelserne, hvilket betyder, at undersøgelserne ikke nødvendigvis er direkte sammenlignelige.

3.2.1 Sundhed og helbredsrelateret livskvalitet

På trods af generel fremgang i sundhedstilstanden i Danmark har man registreret en negativ udvikling i sundhedstilstanden i bestemte geografiske områder med en høj repræsentation af etniske minoriteter (Sundhedsstyrelsen 2008). Flere danske undersøgelser har opgjort sundhed og helbredsrelateret livskvalitet for etniske minoritetsgrupper i form af selv vurderet helbred og oplevelse af stress. Hansen & Kjølner 2006 finder, at mens 19 % af danskere generelt vurderer eget helbred som værende nogenlunde, dårlig eller meget dårlig, er dette tilfældet for 35 % af ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab. Tilsvarende ses det i Singhammer et al. studiet fra 2008, at andelen med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred blandt alle indvandrergrupper er større end blandt etniske danskere. Den højeste forekomst ses blandt indvandrere fra Irak, hvor 48 % vurderer deres eget helbred som mindre godt eller dårligt. En undersøgelse fra 2006 fandt, at både unge indvandrere og efterkommere har et dårligere selv vurderet helbred end etniske danske unge (Bennedsen et al. 2006). Ligeledes oplever en mindre andel blandt tyrkiske københavnere, at deres helbred er virkelig godt eller godt i sammenligning med øvrige københavnere (Københavns Kommune 2006). En større andel blandt de etniske minoriteter end etniske danskere angiver desuden at være stressede i dagligdagen (Hansen & Kjølner 2006; Københavns Kommune 2006).

3.2.2 Sygelighed

Sygelighed kan måles i spørgeskemaundersøgelser ved for eksempel at spørge til specifikke helbredsproblemer og forekomst af langvarige sygdomme, gener og symptomer inden for en 14-dages periode. Ligeledes kan brug af medicin være en indikator for sygelighed. I registerundersøgelser er indlæggelser og ambulante kontakter proxymål for sygelighed.

Langvarig sygdom

Undersøgelsen foretaget af Ingerslev observerer en lavere forekomst af langvarig sygdom blandt etniske minoriteter sammenlignet med danskere (Ingerslev 2000), mens Københavns Kommune finder højere forekomst (Københavns Kommune 2006). I Københavns Kommunes undersøgelse af tyrkere finder man, at cirka halvdelen af tyrkerne har langvarig sygdom, mens

det samme gælder for en tredjedel af de øvrige københavnere. Samme tendens ses i undersøgelsen af Singhammer et al, som finder, at der i alle indvandregrupper er en større andel med langvarig sygdom sammenlignet med etniske danskere. Blandt efterkommere er der imidlertid ikke en højere forekomst af langvarig sygdom (Singhammer et al. 2008). I Hansen & Kjølner findes der ikke forskelle i forekomst af langvarig sygdom (Hansen & Kjølner 2006).

En af undersøgelserne har ydermere set på sygdomsbelastning i forhold til hvor mange, der har mere end en langvarig sygdom. Der ses ingen tydelige forskelle på andelen af indvandrere, der har angivet to langvarige sygdomme, sammenlignet med etniske danskere. De tydelige forskelle ses for tre eller flere langvarige sygdomme. Blandt alle indvandregrupper er der en større andel med tre eller flere langvarige sygdomme sammenlignet med etniske danskere. Den højeste forekomst ses hos indvandrere fra Irak (48 %) og Libanon/ Palæstina (47 %) (Singhammer et al. 2008).

Smerter eller ubehag

Mens Ingerslevs undersøgelse viser en højere forekomst af smertediagnoser (Ingerslev 2000), finder Hansen & Kjølner ikke forskelle i forekomsten af smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode mellem etniske minoritetsgrupper og etniske danskere (Hansen & Kjølner 2006).

Specifikke helbredsproblemer

Få specifikke helbredsproblemer forekommer entydigt forskelligt blandt etniske minoriteter og etniske danskere. Studier har vist, at forskellige typer af kroniske og smitsomme sygdomme er mere udbredte blandt nogle grupper af etniske minoriteter sammenlignet med etniske danskere, mens andre typer af kroniske sygdomme er mindre udbredte (Folmann & Jørgensen 2006). Nedenfor gennemgås forskellige sygdomme og helbredsproblemer for at se, om der er forskelle på forekomsten hos etniske minoriteter sammenlignet med etniske danskere.

Diabetes

Singhammer et al. finder, at forekomsten af diabetes hos alle grupper af indvandrere – med undtagelse af indvandrere fra Iran – er 6 til 8,5 gange højere end for etniske danskere. Tilsvarende finder Hansen & Kjølner en højere forekomst af diabetes blandt ikke-vestlige indvandrere (Hansen & Kjølner 2006). Andre undersøgelser bekræfter en høj overhyppighed af diabetes (type 1 eller 2) blandt indvandrere fra Pakistan, Somalia, Libanon, Tyrkiet, Ex-Jugoslavien og Grønland i forhold til danskere (Dyhr & Vibe-Petersen 2007; Sundhedsstyrelsen 2005; Ingerslev 2000; Jørgensen 2005; Vibe-Petersen & Perrild 2000).

Hjertekarsygdomme

Der findes ingen forskelle i selvrapporteret forhøjet blodtryk eller blodprop i hjertet/hjertekrampe mellem ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab og øvrige danskere i Hansen & Kjølbers undersøgelse (Hansen & Kjølber 2006). Singhammer et al. finder dog en forekomst af forhøjet blodtryk, der er en til to gange højere blandt indvandrere – med undtagelse af Iranere og Somaliere – sammenlignet med etniske danskere. Her finder man også en højere forekomst af hjerteproblemer blandt de fleste grupper af indvandrere sammenlignet med etniske danskere, men ingen forskelle i forekomsten af hjerneblødning (Singhammer et al. 2008). En enkelt undersøgelse finder stort set ingen forskel for indlæggelsesmønstre for sygdomme i kredsløbsorganer (Dyhr & Andersen 1998), mens flere forskellige undersøgelser finder flere hospitalskontakter på grund af hjerte-kar-sygdomme blandt en række eller enkelte etniske minoriteter sammenlignet med danskere (Sundhedsstyrelsen 2005; Folmann & Jørgensen 2006; Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning og Stadslægen 2000; Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning og Stadslægen 1998).

Kræft

Et registerstudie fra 2007 viser, at indvandrere fra ikke-vestlige lande har en lavere forekomst af kræft sammenlignet med etniske danskere, og at alle grupper af indvandrere har en lavere forekomst af bryst- og colorectal kræft (Nørredam et al. 2007). Også andre undersøgelser viser generelt en lavere forekomst af kræft blandt indvandrere (Singhammer et al. 2008; Sundhedsstyrelsen 2005; Folmann & Jørgensen 2006; Københavns Kommune Sundhedsforvaltning og Stadslægen 2000; Ingerslev 2000).

HIV/AIDS

Flere studier finder en højere forekomst af HIV/AIDS blandt etniske minoriteter sammenlignet med danskere (Ingerslev 2000; Statens Serum Institut 2005; Obel 2004). Der kan blandt andet nævnes et studie, der viser en årlig forekomst af hiv på 22,3 tilfælde per 100.000 indvandrere sammenlignet med 4,1 per 100.000 etniske danskere (Smith 2000). Den højere forekomst af HIV/AIDS genfindes dog ikke i Singhammer et al. undersøgelsen (Singhammer et al. 2008).

Luftvejssygdomme og allergi

Singhammer et al. finder en højere forekomst af allergi blandt indvandrere fra Iran, Libanon/Palæstina, Pakistan og Somalia og en højere forekomst af kronisk bronkitis blandt indvandrere fra Ex-Jugoslavien, Libanon/Palæstina og Tyrkiet sammenlignet med etniske danskere. I forhold til astma ses dog kun en højere forekomst i gruppen af indvandrere fra Libanon/Palæstina (Singhammer et al. 2008). Hansen & Kjølber observerer imidlertid ingen forskel-

le i forekomsten af allergi eller astma mellem ikke-vestlige indvandrere og etniske danskere (Hansen & Kjølner 2006). Folmann & Jørgensen finder dog en større sandsynlighed for kontakt med sygehus på grund af astma og mindre sandsynlighed for kontakt på grund af KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) blandt etniske minoriteter sammenlignet med danskere (Folmann & Jørgensen 2006). Andre undersøgelser finder en højere samlet forekomst af kroniske sygdomme i luftvejene blandt pakistanere, libanesere og tyrkere sammenlignet med danskere (Sundhedsstyrelsen 2005; Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning og Stadslægen 2000; Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning og Stadslægen 1998).

Infektionssygdomme

Mens Ingerslev finder, at dødeligheden af infektionssygdomme er højere for ikke-vestlige indvandrere end for etniske danskere (Ingerslev 2000), har kun efterkommerne i København en højere indlæggelsesrate for infektionssygdomme sammenlignet med danskere og indvandrere (Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning og Stadslægen 1998).

Muskel- og skeletsygdomme

Singhammer et al. finder en højere forekomst af osteoporose for alle indvandrergrupper og en højere forekomst af slidgigt/leddegigt og rygsygdom for de fleste grupper af indvandrere sammenlignet med etniske danskere (Singhammer et al. 2008). Folmann & Jørgensen finder dog, at de fleste etniske minoriteter har mindre sandsynlighed for sygehuskontakter for osteoporose sammenlignet med danskere, mens billedet er mere vekslende for de øvrige muskel- og skeletsygdomme (Folmann & Jørgensen 2006). Flere undersøgelser viser en højere forekomst af muskel og skeletlidelser blandt tyrkere og til dels også blandt afghanere, somaliere, pakistanere, iranere og libanesere. Der ses et vekslende billede i forekomsten af muskel- og skeletlidelser blandt etniske minoriteter, selv om flere undersøgelser finder en højere forekomst for udvalgte indvandrergrupper (Sundhedsstyrelsen 2005; Folmann & Jørgensen 2006; Hansen & Kjølner 2006; Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning og Stadslægen 2000; Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning og Stadslægen 1998).

Migræne og hyppig hovedpine

I Hansen & Kjølner har 18 % af de ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab migræne eller hyppig hovedpine, mens det samme gælder for 13 % af de øvrige danskere (Hansen & Kjølner 2006). Tilsvarende finder man i Singhammer et al., at alle grupper af indvandrere har en øget forekomst af migræne eller hyppig hovedpine. Den største andel ses blandt indvandrere med oprindelse i Ex-Jugoslavien, hvor 36 % angiver migræne eller hyppig hovedpine, mens det er 12 % blandt etniske danskere (Singhammer et al. 2008).

Ulykker

Når det gælder ulykker er indlæggelsesfrekvenser eller død på grund af læsioner, forgiftning, traumer og anden voldelig legemsbeskadigelse lavere for etniske minoritetsgrupper end for etniske danskere (Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning og Stadslægen 1998, Poulsen & Lange 1998, Ingerslev 2000).

Psykisk sundhed

Forekomsten af psykiske lidelser er opgjort forskelligt. En opgørelse af sygehuskontakter for depression og skizofreni viser, at der ikke findes forskelle i sandsynligheden for sygehuskontakt mellem de fleste etniske minoritetsgrupper og danskere (Folmann & Jørgensen 2006). I et andet dansk registerstudie udgør migration dog en risikofaktor for skizofreni (Cantor-Graae et al. 2003). I Hansen & Kjølbers undersøgelse er forekomsten af kronisk angst, depression, anden psykisk lidelse eller dårlige nerver markant højere blandt ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab sammenlignet med øvrige danskere (Hansen & Kjølber 2006). En større registerundersøgelse af etniske minoritetsgruppers kontaktmønster til det psykiatriske behandlingssystem viser, at patientraten er højest blandt adopterede samt efterkommere med én udenlandsk forælder, og at indvandrere per person har et lavere gennemsnitligt antal kontakter end etniske danskere, adopterede og efterkommere (Helweg-Larsen et al. 2007). Singhammer et al. finder, at indvandrere fra alle etniske minoritetsgrupper og efterkommere fra Pakistan og Tyrkiet har dårligere psykisk sundhed sammenlignet med etniske danskere. Undersøgelsen viser desuden, at den psykiske sundhed blandt indvandrere er dårligere blandt ældre sammenlignet med yngre, hvilket er anderledes blandt etniske danskere, hvor den psykiske sundhed er bedst blandt de ældre (Singhammer et al. 2008). En undersøgelse af det psykiske helbred blandt asylbørn i Danmark viser desuden, at asylbørn har flere psykiske symptomer som for eksempel hovedpine, mavepine, ked af det, irriteret eller i dårligt humør, nervøs, svært ved at falde i søvn og svimmel sammenlignet med etniske danske børn (Nielsen et al. 2007).

Selv mord

Undersøgelser af forekomsten af selvmord blandt etniske minoriteter sammenlignet med danskere er ikke entydige. Bille-Brahe finder for eksempel en lavere selvmordshyppighed blandt indvandrere, men en højere selvmordshyppighed blandt efterkommere (Bille-Brahe 2001). Qin et al. finder en højere risiko for selvmord blandt danske statsborgere født i udlandet eller Grønland og en lavere risiko blandt udenlandske statsborgere sammenlignet med danske statsborgere født i Danmark (Qin et al. 2003), mens Sundaram finder en forhøjet risiko for personer født i et af de nordiske lande og lavere risiko blandt personer født i Asien (Sundaram 2006). Forekomst af selvmordsforsøg synes også at være forskellige, idet Schmidt & Dal-

hoff rapporterer om en forhøjet risiko for paracetamolforgiftning blandt indvandrere fra Tyrkiet, Iran, Pakistan og Libanon (Schmidt & Dalhoff 2000).

Sundhedsadfærd og -vaner

En positiv holdning til betydningen af egen indsats for at bevare et godt helbred er en indikator for befolkningens motivation for at ændre sundhedsadfærd. I alt 57 % af de ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab i Hansen & Kjølner svarer, at de tror egen indsats er særdeles vigtig for at bevare et godt helbred, mens dette er tilfældet for 74 % af de øvrige danskere (Hansen & Kjølner 2006). Næsten tilsvarende tal findes ved sammenligning af tyrkiske københavnere med øvrige københavnere (Københavns Kommune 2006). En opgørelse fra 2005 fra Statens Institut for Folkesundhed "Sundhedsforhold blandt etniske minoriteter – en litteraturgennemgang" viser, at sundhedsadfærden blandt etniske minoritetsgrupper, som er determinant for sundhed og sygelighed, varierer fra baggrundsbefolkningen. Man skal dog være opmærksom på, at der er forskel på de etniske grupper imellem. I forhold til for eksempel alkoholindtag er der blandt somaliere, pakistanere og libanesere meget få, der drikker alkohol, mens blandt andet iranere har et alkoholforbrug på niveau med etniske danskere (Schläger et al. 2005). Nedenfor ses der på de enkelte risikofaktorer: kost, fysisk aktivitet, rygning og alkohol.

Kost og overvægt

Der er indikationer på, at de etniske minoriteter i mindst samme grad som danskere spiser frugt og grønt. En undersøgelse fra 2006 finder, at flere ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab dagligt spiser grønt end andre danskere (Hansen & Kjølner 2006). Andelen, der spiser frugt og grønt dagligt i en anden undersøgelse, er stort set den samme blandt tyrkiske og danske københavnere (Københavns Kommune 2006). Ses der på sukkerindtag gennem søde drikke og brug af sukker i te/kaffe viser Singhammer et al., at en større andel af indvandrere fra alle indvandregrupper og efterkommere fra Pakistan og Tyrkiet end danskere dagligt bruger sukker i forbindelse med, at de drikker te/kaffe. Tilsvarende finder de, at en større andel blandt indvandrere fra Ex-Jugoslavien og Somalien samt tyrkiske efterkommere dagligt drikker søde drikke sammenlignet med etniske danskere (Singhammer et al. 2008).

For overvægt findes ikke entydige tendenser. Singhammer et al. finder, at andelen af moderat overvægtige er større blandt indvandrere fra alle indvandregrupper sammenlignet med etniske danskere. Tilsvarende er der en større andel med svær overvægt blandt de fleste indvandregrupper, dog med undtagelse af dem med iransk og somalisk oprindelse (Singhammer et al. 2008). Der findes udtalte forskelle i Københavns Kommune, hvor knap hver fjerde tyrkiske københavnere oplyser et BMI på mindst 30, mens 8 % af de øvrige københavnere rapporterer

overvægt (Københavns Kommune 2006). En spørgeskema undersøgelse foretaget af sundhedsstyrelsen blandt 16-20-årige unge viser endvidere, at der blandt unge med muslimsk tro er en større andel af overvægtige end blandt unge med protestantisk tro (Sundhedsstyrelsen 2006). Hansen & Kjølner finder dog ikke forskelle i overvægt eller fedme mellem ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab og øvrige danskere (Hansen & Kjølner 2006).

Fysisk aktivitet

Der tegner sig et generelt billede af, at etniske minoriteter er mindre fysisk aktive. Et studie finder, at 26 % af ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab overvejende har stillestående fritidsaktiviteter, gør det samme sig gældende blandt 11 % af øvrige danskere (Hansen & Kjølner 2006). Et andet studie finder, at i alt 29 % af de tyrkiske københavnere i modsætning til 4 % af de øvrige københavnere angiver, at de aldrig dyrker motion i mindst en halv time per dag (Københavns Kommune 2006). Singhammer et al. finder tilsvarende, at en større andel blandt samtlige indvandrergrupper højst dyrker fysisk aktivitet en gang om ugen sammenlignet med etniske danskere, hvor den største andel ses blandt indvandrere fra Irak (62 %). Til sammenligning er det 25 % blandt etniske danskere. Ved sammenligning af efterkommere fra Pakistan og Tyrkiet med etniske danskere mellem 18-39 år, er der dog en mindre andel blandt efterkommerne, der kun er fysisk aktive højst en gang om ugen (Singhammer et al. 2008). For deltagelse i sport og motion finder Ingerslev kun forskel mellem indvandrere og danskere for kvindernes vedkommende, idet en mindre andel i de fleste grupper af indvandrerkvinder dyrker motion sammenlignet med danske kvinder (Ingerslev 2000). Sundhedsstyrelsens undersøgelse fra 2006 viser endvidere, at unge med muslimsk tro er mindre aktive både i forbindelse med fysisk aktivitet i fritiden og transport sammenlignet med unge med protestantisk tro (Sundhedsstyrelsen 2006).

Rygning

Mindre entydige tendenser gør sig gældende for rygning. Ingerslev finder kun mindre forskelle i rygning mellem indvandrermand og danske mænd, mens indvandrerkvinder fra Pakistan, Somalia, Vietnam, Iran, Libanon og Tyrkiet ryger væsentligt mindre end danske kvinder (Ingerslev 2000). Singhammer et al. finder ligeledes, at der er en mindre andel af dagligrygere blandt indvandrerkvinder fra Pakistan, Somalia, Iran og Irak end blandt etniske danske kvinder. Modsat er der en større andel blandt indvandrermand fra samtlige indvandrergrupper, der ryger dagligt, dog med undtagelse af mænd med oprindelse i Somalia. Den største rygerandel findes blandt mænd med tyrkisk baggrund, hvor hele 60 % af de adspurgte er dagligrygere sammenlignet med 26 % af de etnisk danske mænd. Også blandt de mandlige efterkommere fra Pakistan og Tyrkiet er der en større andel af dagligrygere, mens der er en mindre andel blandt de kvindelige efterkommere fra Pakistan (Singhammer et al. 2008). Københavns

Kommune finder, at der blandt tyrkerne er 47 % dagligrygere, primært blandt mændene, i modsætning til 30 % blandt øvrige københavnere (Københavns Kommune 2006), mens Hansen & Kjølner ingen forskelle finder i andelen af dagligrygere mellem ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab og øvrige danskere (Hansen & Kjølner 2006). Blandt unge med muslimsk tro finder Sundhedsstyrelsen ligeledes ingen forskelle i rygevaner sammenlignet med etniske danske unge med protestantisk tro (Sundhedsstyrelsen 2006).

Alkohol

En langt mindre andel indvandrere oplyser et forbrug, der overstiger Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser sammenlignet med danskere (Københavns Kommune 2006; Hansen & Kjølner 2006). Ingerslevs undersøgelse bekræfter, at indvandrere fra Tyrkiet, Libanon, Pakistan, Somalia, Vietnam og Ex-Jugoslavien ikke drikker alkohol i nært samme omfang som danskere, mens indvandrere med polsk oprindelse og mænd med iransk oprindelse drikker alkohol på niveau med etniske danskere (Ingerslev 2000). Blandt både kvindelige og mandlige efterkommere fra Pakistan og Tyrkiet er der ligeledes færre, der overskrider genstandsgrænserne sammenlignet med etniske danskere i samme aldersgruppe (Singhammer et al. 2008). Blandt etniske minoritetsunge med muslimsk baggrund mellem 16-20 år er der ligeledes et lavere forbrug af alkohol (Sundhedsstyrelsen 2006).

4 Adgang til sundhedsvæsenet og retten til behandling

Staten, de fem regioner og de 98 kommuner varetager de forskellige opgaver i det danske sundhedsvæsen. Staten har ansvaret for på landsplan at fastlægge de overordnede sundhedspolitiske værdier og mål for det offentlige sundhedsvæsen, mens regionerne har ansvaret for driften af sygehusvæsenet og administration af praksissektoren. Kommunerne varetager den kommunale forebyggelse, hjemmesygepleje, genoptræning (der ikke foregår under indlæggelse), børne- og omsorgstandpleje og specialtandpleje samt behandling for alkohol- og stofmisbrug.

Regionerne og kommunerne har det samlede ansvar for at administrere sundhedslovens bestemmelser om hvem, der har ret til sundhedsydelse i Danmark (Sundhed.dk 2009). Sundhedsloven § 7 siger, at alle personer, der har bopæl her i landet, har ret til lovens ydelser og er dermed under den danske sygeforsikring. Med bopæl forstås, at personen skal være tilmeldt folkeregisteret (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2009). Ydelserne omfatter blandt andet gratis behandling på offentlige sygehuse, gratis lægehjælp fra praktiserende læger og speciallæger samt tilskud til medicin, tandlægehjælp og fysioterapi. De praktiserende læger varetager befolkningens almene sundhedsforhold ved at behandle de sygdomme, der ikke kræver behandling hos speciallæge eller på hospital. Samtidig har den praktiserende læge en 'gatekeeper' funktion og kan herigennem henvise til videre behandling hos blandt andet speciallæger, fysioterapeuter og hospital. Sundhedsvæsenet finansieres gennem skatten som dels betales til staten og dels til kommunen. Derudover betaler man også en såkaldt sundhedsskat på otte procent, som først og fremmest går til at drive sygehuse i de fem regioner (Sundhed.dk 2009).

Adgangen til sundhedsvæsenet adskiller sig for forskellige minoritetsgrupper med forskellig juridisk status. Asylansøgere, udokumenterede (illegale) og afviste migranter, som i Danmark ikke er omfattet af sygeforsikringen, har ikke formel ret til sundhedsydelser med mindre de er børn eller gravide (Hansen et al. 2006; Nørredam et al. 2006). Det er dog med undtagelse af akutte sundhedsydelser, hvor Sundhedsloven § 80 siger, at regionsrådet yder akut behandling til personer, som ikke har bopæl her i landet, men som midlertidigt opholder sig i regionen. Asylansøgere, der bor eller har tilknytning til et asylcenter, kan dog få lægehjælp mm. på centeret (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2009). Kvoteflygtninge derimod tildeles en praktiserende læge i den kommune, hvor de får bopæl, og de modtager en almen undersøgelse samt hiv- og tuberkulose-test. De har, efter en karantæneperiode på seks uger fra den dag de opnår opholdstilladelse, ret til behandling under den danske sygeforsikring. Familiesammenførte indvandrere bliver også efter en karantæneperiode på seks uger inkluderet under

sygeforsikringen og har derved ret til de forskellige sundhedsydelse. Det viser sig dog, at de ofte ikke får tilbud om undersøgelse og information, og derfor har en stor del af dem ikke været igennem en lægeundersøgelse og børnene har ikke været igennem det danske børnevaccinationsprogram (Nørredam et al. 2006). Der er ikke dokumenteret forskelle i adgang til sundhedsvæsenet i de få registerundersøgelser, der findes herom (Krasnik et al. 2002; Nørredam et al. 1999).

Tabel 4.1 Matrice over retten til behandling i det danske sundhedsvæsen blandt forskellige grupper af etniske minoriteter i Danmark

Danskere med bopæl i Danmark		Har ret til sundhedsydelser, der er dækket under den danske sygeforsikring ifølge Sundhedsloven. Det vil sige ret til behandling hos alment praktiserende læger og speciallæger samt tilskud til medicin, tandlægehjælp, fysioterapi, fodterapi, kiropraktorhjælp og psykologhjælp. Kan frit vælge en praktiserende læge
Familiesammenførte		Har ret til sundhedsydelser, der er dækket under den danske sygeforsikring ifølge Sundhedsloven efter en karantæneperiode på seks uger. Det vil sige ret til behandling hos alment praktiserende læger og speciallæger samt tilskud til medicin, tandlægehjælp, fysioterapi, fodterapi, kiropraktorhjælp og psykologhjælp. Kan frit vælge en praktiserende læge
Asylansøgere (gælder også illegale og afviste immigranter)		Har kun ret til akut behandling. Børn har ret til forebyggende undersøgelser ifølge Lov om forebyggende undersøgelser for børn og unge, der omfatter sundhedspleje, børnevaccinationer, forebyggende undersøgelse hos praktiserende læge, skolesundhedstjenesten og den kommunale tandpleje
Kvoteflygtninge		Har ret til sundhedsydelser, der er dækket under den danske sygeforsikring ifølge Sundhedsloven efter en karantæneperiode på seks uger. Det vil sige ret til behandling hos alment praktiserende læger og speciallæger samt tilskud til medicin, tandlægehjælp, fysioterapi, fodterapi, kiropraktorhjælp og psykologhjælp. Tildeles en praktiserende læge ved ankomst

5 Mødet med sundhedsvæsenet

5.1 Brug af sundhedsvæsenet

En række undersøgelser har søgt at dokumentere forskelle i brug af sundhedsydelser mellem etniske minoriteter og danskere. De nyeste undersøgelser af kontakt til praktiserende læge tyder på en generel højere forekomst af kontakter blandt flere etniske minoritetsgrupper (Folmann & Jørgensen 2006; Hansen & Kjølner 2006; Ingerslev 2000), mens tidligere undersøgelser til dels tyder på det modsatte (Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning og Stadslæggen 1998; Poulsen & Lange 1998; Dyhr & Andersen 2006). En række undersøgelser viser endvidere, at færre etniske minoritetsgrupper har kontakter til tandlæge sammenlignet med etniske danskere (Ingerslev 2000; Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning og Stadslæggen 1998; Poulsen & Lange 1998; Madsen 2002), mens en enkelt undersøgelse ikke finder forskelle i kontakt til tandlæge mellem ikke-vestlige indvandrere og danskere (Hansen & Kjølner 2006).

Hansen & Kjølner viser, at relativt færre ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab end øvrige danskere har været til forebyggende undersøgelser (Hansen & Kjølner 2006). En anden undersøgelse har tilsvarende vist, at en mindre andel indvandrerkvinder fra Ex-Jugoslavien, Pakistan og Tyrkiet bruger forebyggende undersøgelser i form af mammografi-screening (Holk et al. 2002), og en viser at indvandrerkvinder gør mindre brug af forebyggende undersøgelser i forbindelse med graviditet som for eksempel jordemoderundersøgelser (Schläger et al. 2005). Derimod har lige store andele af tyrkiske københavnere og øvrige københavnere talt med deres praktiserende læge om deres sundhedsvaner (Københavns kommune 2006). Der ses en forhøjet abortkvotient blandt kvinder fra Ex-Jugoslavien og Iran og blandt efterkommere fra ikke-vestlige lande (Sundhedsstyrelsen 2005).

Med hensyn til indlæggelser og skadestuebesøg konkluderer flere undersøgelser, at der er flere kontakter blandt flere ikke-vestlige indvandrergrupper, men den modsatte tendens og mere nuancerede tendenser afhængig af nationalitet og køn findes også (Folmann & Jørgensen 2006; Ingerslev 2000; Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning og Stadslæggen 1998; Andersen & Dyhr 2006; Nørredam 2004).

5.2 Uformelle barrierer i mødet med sundhedsvæsenet

Det er en række uformelle barrierer af sproglig, psykologisk og sociokulturel karakter, der i forskellig grad hindrer adgangen til sundhedsvæsenet for etniske minoriteter (Nørredam et al. 2006). Nørredam et al. finder for eksempel, at nogle indvandrergrupper har barrierer i forhold

til at kontakte deres praktiserende læge ved sygdom og mere akutte helbredsproblemer og søger i stedet hjælp på skadestuen (Nørredam et al. 2007). Nedenfor oplistes relevante problematikker i etniske minoriteters møde med sundhedsvæsenet: manglende kendskab til det danske sundhedsvæsen og de tilbud der findes; anderledes opfattelse af sundhed, sygdom og sygdomsrisici og kommunikationsbrist i mødet med det danske sundhedspersonale.

Kendskab til sundhedsvæsenet og sundhedstilbud

Etniske minoriteter kan være særligt udsatte i forhold til manglende kendskab til det danske samfund og sundhedsvæsen (Sundhedsstyrelsen 2008). En undersøgelse fra 2005 om flygtninge og indvandreres viden, holdninger og erfaringer med prævention og reproduktiv sundhed, samt brug af sundhedstilbud, viser, at minoriteterne gennemgående mangler kendskab til sundhedstilbud i Danmark. Det gælder både manglende viden om hvilke sundhedstilbud, der findes, og om hvad de, der kendes til, indeholder og indebærer. De adspurgte i undersøgelsen efterspurgte derfor en generel introduktion til, hvordan det danske sundhedssystem fungerer (Henriksson et al. 2005). En anden undersøgelse konkluderer, at rammerne for mødet i sundhedsvæsenet ikke passer til for eksempel første generationsindvandrerkvinder. Indretningen af sundhedsvæsenet er meget 'strømlinet' og skal fungere så effektivt, at det tilsyneladende ikke passer til patienter, som ikke på forhånd kender systemet, ikke kan det danske sprog samt er socialt isolerede (Jacobsen et al. 2004).

Opfattelse af sundhed, sygdom og sygdomsrisici

En rapport fra Sundhedsstyrelsen vedrørende etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici kommer frem til, at etnicitet har indflydelse på opfattelsen af sundhed og sygdom. Undersøgelsen viser, at opfattelsen af sygdomsrisici varierer ligesom opfattelsen af i hvilken grad, den enkelte opfatter at have indflydelse på disse risici varierer mellem etniske minoriteter og etniske danskere. Rapporten lægger dog også vægt på, at en del af de identificerede variationer i opfattelsen af sygdom og sundhed kan forklares med sociale forskelle. Etniske minoritetsgrupper er overrepræsenterede i lavere socialgrupper, som generelt har færre ressourcer til rådighed, har dårligere helbred og er udsat for flere risikofaktorer. Set i lyset af den samlede livssituation, kan det være, at mange sygdomsrisici derfor tillægges mindre vægt (Mygind et al. 2006).

En undersøgelse af sygdoms- og sundhedsopfattelse og -adfærd blandt patienter med irakisk baggrund finder også at en anden opfattelse af risikofaktorer gør sig gældende blandt irakerne end de, der beskrives i danske forebyggelseskampagner (Hansen et al. 2008). Undersøgelsen konkluderer bl.a., at forskellige opfattelser af sygdom, sundhed og risiko samt en manglende

fælles viden mellem irakerne og de danske læger har betydning for en udbredt mistro til danske læger.

Mødet med sundhedspersonalet

Forskellige former for kommunikationsbrist, både sproglige og ikke-sproglige, kan påvirke etniske minoriteters møde med det danske sundhedsvæsen. En rapport fra Sundhedsstyrelsen fastslår, at der i 2006 blev identificeret 29 utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase, hvor sprogproblemer spillede en afgørende rolle. En del hændelser skyldtes, at der ikke blev anvendt professionel tolk. Derfor forstod patienten ikke afgørende besked om f.eks. faste og medicinering, eller det var ikke muligt at opnå informeret samtykke (Sundhedsstyrelsen 2007). Flere undersøgelser bekræfter, hvorledes kommunikation og dialog mellem sundhedspersonale og etniske minoriteter besværliggøres af sproglige vanskeligheder (Hansen et al. 2008; Dyhr 1996; Michaelsen et al. 2004, Esholdt et al. 2009, Jahn 2002). I Esholdt et al.'s studium af etniske minoriteters og danskeres oplevelser af forløbet fra deres praktiserende læge til den første tid på hospitalet svarer 60 % af de etniske minoriteter, der angiver at have brug for tolk, at de er blevet tilbudt en tolk. Undersøgelsen viser, at uopfyldte behov for tolk under indlæggelsen kan resultere i utryghed og uvidenhed om, hvilke undersøgelser eller indgreb der skal gennemgås/er gennemgået (Esholdt et al. 2009). Dyhr's undersøgelse af tyrkiske indvandreres møde med den praktiserende læge fandt, at sprogbarriererne og manglende respekt fra lægens side var de største problemer ved konsultation i lægepraksis (Dyhr 1996). I en anden undersøgelse giver indvandrerkvinder med kroniske sygdomme udtryk for problemer med at kommunikere med det danske sundhedspersonale, og det fremhæves hvorledes sprog er en afgørende faktor for opretholdelse af tillid mellem behandler og patient (Nielsen 2005). Michaelsen et al. finder tilsvarende, at sundhedspersonalet på hospitaler ofte har problemer kommunikation og rådgivning af indvandrerpatienter ofte pga. manglende tolkning. Det medfører en forringelse af kvaliteten af rådgivningen, så den ofte ikke er på niveau med den service, der tilbydes danske patienter, siger personalet. Manglen på uddannede tolke for inden for sundhedsvæsenet er derfor problematisk. Problemer med tolkning kan forventes at vokse yderligere i fremtiden med en ændring i sundhedsloven, som effektueres i 2011. Lovændringen fratager personer, der har boet i landet i mere end syv år, retten til gratis tolkning. Det kan have konsekvenser i forhold til sundhedsloves regler om informeret samtykke (§ 15). Desuden kan det forventes at etniske minoriteter i højere grad vil benytte sig af familie og børn til at oversætte ved læge- og hospitalsbesøg, hvilket frarådes af Sundhedsstyrelsen også af etiske årsager (Sundhedsstyrelsen 2007).

Nogle studier fremhæver, hvordan generaliseringer af etniske minoriteter kan være en barriere i mødet med sundhedsvæsenet. I en undersøgelse af asylansøgende kvinders sundhedssituati-

on giver kvinderne udtryk for, at de bliver behandlet som en homogen gruppe i stedet for som individer. Kvinderne er traumatiserede og finder, at sundhedssamtalen ved ankomsten til Danmark langt fra er tilstrækkelig og ikke udmønter sig i den nødvendige videre behandling (Gormsen, 1998). En evaluering af diabetesundervisning for tyrkiske og arabiske patienter i Århus fremhæver ligeledes, at afsæt i den enkeltes sygdoms- og sundhedsopfattelse frem for kulturen som sådan, skaber bedre forudsætninger for succesfuld behandling (Wittrrup et al 2007). En undersøgelse blandt personalet på Obstetrisk klinik på Rigshospitalet finder, at personalet generaliserer ud fra enkeltstående dårligere oplevelser med patienter af anden etnisk oprindelse end dansk og undgår at forklare pågældende patienter hospitalets procedurer på tilstrækkelig vis (Jahn 2002).

Forskellige forventninger til rollen og kommunikationsformen hos patient og sundhedspersonale/læge kan også påvirke mødet. Esholdt et al.'s undersøgelse af patienters oplevelser af forløbet fra mødet med deres læge til hospitalsbesøg viser, at sammenlignet med danskere oplever flere indvandrere /efterkommere at den praktiserende læge ikke er lydhør, at de ikke er inddraget nok i beslutninger omkring behandlingsproces, at familiemedlemmer inddrages for meget og at der begås fejl af den praktiserende læge. Derudover oplever indvandre- re/efterkommere problemer i forløbet, der ikke gør sig gældende for danskere for eksempel diskrimination (Esholdt et al. 2009). En spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejersker, læger, og social- og sundhedsassistenter fandt, at der er en tendens blandt sundhedspersonalet til at mene, at nogle patienter med anden etnisk baggrund overdramatiserer, overreagerer på smerte, og familierne til patienter med etnisk minoritetsbaggrund opfattes som mere kræven- de. Størstedelen mente dog samtidig, at de havde et godt samarbejde med de etniske minori- teter. Undersøgelsen konkluderer også, at nogle etniske minoriteter har behov for mere sund- hedsfaglig støtte til at håndtere deres sygdomssituation, end tilfældet er (Michaelsen et al 2004).

De beskrevne problematikker vidner om nye krav til blandt andet kommunikation og formidling for sundhedspersonale. Michaelsen et al.'s og andre undersøgelser konkluderer, at der er be- hov for mere uddannelse målrettet sundhedspersonale vedrørende temaer som kommunika- tion og kultur samt indvandreres sundheds- og sygelighedsforhold og sygdomsmønstre i et glo- balt perspektiv (Michaelsen et al. 2004; Nielsen et al. 2008).

7 Sundhedsfremmende tiltag rettet mod etniske minoriteter

Folkesundhedsprogrammet "Sund hele livet" udgør den nationale sundhedsstrategi i Danmark. Den refererer ikke særskilt til etniske minoriteter, men en af de målgrupper, der fokuseres på i programmet er udsatte grupper, hvortil etniske minoriteter kan regnes. Der er således ikke egentlige nationale strategier målrettet etniske minoriteter på sundhedsområdet. Sundhedsstyrelsen har imidlertid udarbejdet handleplaner målrettet etniske minoriteter på enkelte områder, hvor der er vurderet behov for en forstærket indsats. Der er eksempelvis udarbejdet en tillægsstrategi til den nationale diabetesbehandlingsplan for etniske minoriteter. Sundhedsstyrelsen har ligeledes på nationalt plan sat fokus på uønsket graviditet og hiv/aids blandt flygtninge og indvandrere, sidstnævnte i samarbejde med Ministeriet for Flygtninge og Indvandrere. Etniske minoriteters sundhed har været et prioriteret indsatsområde for Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse, hvor der er oprettet en stilling, som specifikt beskæftiger sig med etniske minoriteter.

Sundhedsstyrelsen har initieret og støttet en række borgerrettede, kommunale og regionale initiativer, primært af metodeudviklende karakter. Den overordnede tilgang har været, ikke at skabe parallelle sundhedssystemer men snarere at integrere indsatser målrettet etniske minoriteter indenfor eksisterende sundhedstilbud. Endvidere har Sundhedsstyrelsens fokus været at skabe fora for erfarings- og vidensudveksling mellem kommunale, regionale og private aktører på sundhedsområdet. Sundhedsstyrelsens borgerrettede initiativer indebærer for eksempel informationsarrangementer, udgivelse af undervisningsmaterialer med henblik på danskundervisning på sprogskoler og sprogcentre, pjecer, for eksempel en introduktion til det danske sundhedsvæsen², udfærdigelse af DVD'er om ernæring og rygestop og forskellige radiospots. I forhold til sundhedspersonale har Sundhedsstyrelsen iværksat initiativer til opkvalificering af praktiserende læger i forhold til rådgivning om prævention og abort og afholdt undervisningsseminarer for sygehuspersonale. Der er endvidere udarbejdet en række forskellige materialer, der retter sig til sundhedspersonaler. Regionalt har Sundhedsstyrelsen støttet et forsøgsprojekt med kulturelle mediatorer, beskrevet nedenfor. Endelig har Sundhedsstyrelsen i stigende grad fået udarbejdet en række rapporter om og støttet forskningstiltag til kortlægning af etniske minoriteters sundhedsforhold.

Forsøgsprojektet med kulturelle mediatorer afspejler ideen om at integrere tilbud til etniske minoriteter i det eksisterende sundhedssystem. På baggrund af erfaringer fra udlandet har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Glostrup Hospital, Odense Universitets Hospital og Bispebjerg Hospital per. 1. juni 2008 igangsat en afprøvning af kulturelle mediatorer som meto-

² Materiale og pjecerne kan downloades på www.sst.dk/etniskeminoriteter

de til at forbedre mødet og kommunikationen mellem sundhedspersonalet og patienter med anden etnisk baggrund på danske hospitaler. Forsøget løber frem til juni 2009. De kulturelle mediatorer har tre hovedopgaver:

- uddanne personalet i interkulturel kommunikation og konflikthåndtering
- vejlede og rådgive patienter om opbygningen af det danske sundhedsvæsen og forklare behandlingsforløb
- skal deltage i direkte kommunikation mellem behandler og patient som kulturformidlere eller konfliktlødere

De fleste aktiviteter i Danmark målrettet etniske minoriteter på sundhedsområdet synes at bestå af individuelle lokale interventioner på hospitaler eller i kommuner samt aktiviteter udført af ildsjæle eller andre med en særlig interesse for etniske minoriteters sundhed³. I det følgende gennemgås flere sådanne tiltag.

Københavns Kommune fremsatte for perioden 1999– 2004 målsætningen, at folkesundhedsarbejdet skulle udvikles med udgangspunkt i etniske minoriteters behov. Der blev udviklet en handlingsplan som i 2005 bl.a. medførte projektet "Sundhed på dit sprog" hvor et uddannet korps af sundhedsformidlere med anden etnisk baggrund end dansk kan tilkaldes til at informere grupper af etniske minoriteter om sundhed (Folkesundhed København 2006; Københavns Kommune 2009). Efterfølgende har en række andre kommuner etableret lignende sundhedsformidlerkorps. Flere kommuner har desuden sat fokus på forebyggelse rettet mod borgere med en anden etnisk baggrund end dansk, gennem sundhedscentre eller etniske sundhedshuse, der tilbyder oplysning og dialog om sundhed med udgangspunkt i målgruppens egne sociale og kulturelle forhold (Sundhedsstyrelsen 2008) for eksempel Nørrebro og Bispebjerg Sundhedscenter i København, Volsmose Sundhedscenter i Odense, Vejle Sundhedscenter og de etniske sundhedshuse i Køge og Gjellerup. Albertslund kommune har tillige særlige tiltag målrettet etniske minoriteter på sundhedsområdet.

På regionalt niveau har en række hospitaler opstartet initiativer målrettet etniske minoriteter. For eksempel har diabetes undervisning været tilbudt udvalgte etniske minoritetsgrupper på Bispebjerg og Glostrup diabetes ambulatorium, Middelfart sygehus og Odense Universitetshospital. Odense Universitetshospital har desuden oprettet en indvandrermedicinsk klinik under infektionsmedicinsk afdeling for at kunne yde patienter med en anden etnisk baggrund særlig støtte.

³ Baseret på Sundhedsstyrelsens database over sundhedsrelaterede aktiviteter målrettet etniske minoriteter. Database nedlægges per 1. April 2009.

Flere patientorganisationer har sat fokus på etniske minoriteter. Diabetesforeningen kørte for eksempel et modelprojektet for at afprøve nye metoder til tidlig opsporing af type 2-diabetes i Volsmose i Odense, hvor man bl.a. uddannede 'diabetesambassadører', med anden etnisk baggrund, der gav råd og vejledning om livsstil, motion etc. Sex og Samfund har specialiseret sig i seksual undervisning til etniske minoriteter og Gigtforeningen har specielle træningshold og har lavet en oplysnings dvd i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. AIDS Fondet's organisation Cross Over har også sat særligt fokus på etniske minoriteter og kørt flere kampagner f.eks. gennem brug af lokale medier. Flere organisationer har udgivet skriftligt materiale om sundhed, såsom Komiteen for Sundhedsoplysning, der har udgivet hæftet Sunde børn i et nyt land på otte forskellige sprog. Kræftens Bekæmpelse udgav i 2008 udgav pjecen "Symptomer på kræft" på otte forskellige sprog og har i samarbejde med Sundhedsstyrelsen udgivet pjecer om de fire største kræftsygdomme på seks sprog (Kræftens Bekæmpelse 2009). Mange af disse pjecer er ikke dog ikke altid umiddelbart tilgængelige for de etniske minoriteter, da de ikke er systematisk udbredt. Gennemgå Internettet for sundhedsoplysninger udformet på andre sprog end dansk, kan det være svært at finde frem til materialet og informationerne – selv for etniske danskere.

Videnscentre og forskningsinstitutter

I 2006 oprette Statens Institut for Folkesundhed forskningsnetværket Etniske Minoriteters Sundhed, med henblik på at skabe en platform for vidensdeling, sparring og samarbejde på området. Netværket består i dag af over 100 forskere, og der afholdes endagsseminarer to gange årligt, hvor færdige og ufærdige projekter fremlægges og diskuteres. Folkesundhedsvidenskab i forbindelse med etniske minoriteter bliver desuden i stigende udbudt på universiteter. Roskilde Universitetscenter tilbyder for eksempel som noget nyt undervisning i sundhedsfremme og sundhedsstrategier med fokus på marginaliserede grupper inklusiv etniske minoriteter. En række andre forskningsinstitutter og videnscentre beskæftiger sig desuden sig med indsamling af viden vedrørende sygdom og sundhed blandt etniske minoriteter i Danmark.

- Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
- Videnscenter for Transkulturel Psykiatri
- Rehabilitering- og Forskningscentret for Torturofre
- Center for Multi-Etnisk Traumaforskning (MET), Københavns Universitet
- Videnscenter for Socialpsykiatri

I praksissektoren og på hospitaler findes også flere initiativer, for eksempel:

- Indvandrerkonsulentfunktion i almen praksis, Forskningsenheden for Almen Praksis København (etårigt forsøgsprojekt, 2002)
- Kollegial Vejledning om Abort og Indvandrerkvinder (KVAI) (opgradering af alment praktiserende læger vedrørende præventionsrådgivning til indvandrerkvinder, projekt under Sundhedsstyrelsen 2005-2006)
- Indvandrermedicinsk klinik, Odense Universitetshospital
- 'Migrant Friendly Hospitals', Kolding Sygehus

Flere interesse- og frivillige organisationer beskæftiger sig desuden med tilgængelighed og kvalitet af sundhedsydelser inklusiv omsorgs- og krisearbejde for etniske minoriteter. Dette vidner om en stigende 'bottom up' approach:

- Sundhedsmekka (stiftet i 2008)
- Etnisk ressource team under Islamisk-Kristent Studiecenter (stiftet i 2003)
- Sehat – Sundhed for alle (stiftet i 2002)
- Multikulturel Forening (stiftet i 2002)
- Selskabet Interkulturel Psykologi (stiftet i 1994)

8 Sammenfatning

Indvandrere og efterkommere udgør per 1. januar 2008 9,1 % af den samlede danske befolkning. De tre største immigrant grupper er fra Tyrkiet, Irak og Tyskland. Asylansøgere kommer hovedsagligt fra Irak, Serbien, Montenegro, Afghanistan og Iran. Indvandrere fra ikke-vestlige lande har en markant højere arbejdsløshed (cirka 13 %) sammenlignet med etniske danskere (3 %) mens tilknytningen til uddannelsessystemet for både unge indvandrere og efterkommere er blevet styrket de sidste ti år. Flest er bosat i Region Hovedstaden, og 59,3 % af indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande bor i alment boligbyggeri sammenlignet med 14,1 % etniske danskere.

Siden 2002 har en række politiske foranstaltninger gjort det sværere at få asyl og opholdstilladelse i Danmark. Det har resulteret i et betydeligt fald i asyldelse og familiesammenføringer, som blev halveret fra 2000-2007. Det generelle klima i forhold til etniske minoriteter, ikke mindst med muslimsk baggrund, er desuden blevet mere negativt og diskrimination synes at forekomme hyppigere i Danmark sammenlignet med andre EU lande.

Udgivelser om etniske minoriteters sundhed stammer primært fra forskningsverdenen, men kommuner og organisationer udgør også en betydelig kilde til viden. Reel forskning på området er sparsom. Majoriteten af de studier, der er foretaget, er kvantitative. Flere udgivelser omhandler kultur og livsstil, mens relativt få har fokus på genetikken bag sygdom blandt etniske minoriteter i Danmark. Det er brug for mere viden om etniske minoriteters sygelighed og sundhed både mellem etniske minoritetsgrupper samt i forhold til etniske danskere.

Eksisterende forskning tegner et billede af forskellige sygdomsmønstre etniske minoritetsgrupper imellem samt i forhold til etniske danskere. Generelt vurderer etniske minoriteter deres eget helbred som dårligere end etniske danskere og oplever oftere stress. Flere langvarige sygdomme forekommer oftere blandt etniske minoriteter, for eksempel diabetes mens kræft forekommer sjældnere. Nogle studier, men ikke alle, finder en højere forekomst af HIV/AIDS mens der er tegn på, at dødeligheden som følge af infektionssygdomme er højere blandt etniske minoriteter. Psykisk sundhed er dårligere blandt etniske minoriteter, for eksempel forekommer kronisk angst, depression eller dårlige nerver hyppigere. Asylbørn er særligt udsatte i forhold til psykisk sundhed.

I forhold til sundhedsvaner har etniske minoriteter ofte et større sukkerindtag og er mindre fysisk aktive. Mænd fra nogle minoritetsgrupper ryger mere, mens kvinder med etnisk minoritetsbaggrund generelt ryger mindre. De fleste etniske minoritetsgrupper har et lavere alkoholforbrug sammenlignet med danskere, også blandt unge.

Ifølge sundhedsloven har alle, der er tilmeldt folkeregisteret, ret til ydelser under den danske sygeforsikring. Familiesammenførte og kvoteflygtninge har en karantæneperiode på seks uger. Asylansøgere, udokumenterede (illegale) og afviste immigranter har krav på sundhedsydelser i akutte tilfælde og Røde Kors kan anmode om støtte til anden behandling gennem Udlændinge Service. En række uformelle barrierer karakteriserer imidlertid adgang til sundhedsvæsenet. For eksempel etniske minoriteters manglende viden om relevante sundhedstilbud, en anderledes sygdoms- og sundhedsopfattelse, social baggrund eller forskellige kommunikationsbrist i mødet med sundhedspersonale. Sprogveskkeligheder og manglende tolkning er ofte et problem i denne sammenhæng. Flere etniske minoritetspatienter oplever usikkerhed og manglende tillid og tryghed i mødet med sundhedsvæsenet.

Der er ingen national strategi målrettet etniske minoriteter på sundhedsområdet. Sundhedsstyrelsen har imidlertid udviklet handleplaner på udvalgte indsatsområder. Desuden støttes en række borgerrettede, kommunale og regionale initiativer, ligesom forskning i stigende grad støttes. De fleste initiativer målrettet etniske minoriteters sundhed i Danmark er individuelle projekter iværksat af kommuner, regioner, foreninger og organisationer med en særlig interesse i emnet.

Afslutningsvis kan det siges, at mens etniske minoriteter i Danmark relativt set nyder mange formelle rettigheder på sundhedsområdet i overensstemmelse med princippet om fri og lige adgang for alle, så påvirker uformelle barrierer adgangen til og kvaliteten af sundhedsydelser. Der er behov for mere og nuanceret viden om en række områder vedrørende etniske minoriteters sundhed og sygelighed samt møde med det danske sundhedsvæsen, hvis vellykkede forebyggelses-, sundhedsfremme- og behandlingsindsatser skal iværksættes og takle sådanne barrierer. Det er imidlertid i første omgang et politisk spørgsmål hvorvidt, hvorledes og i hvilket omfang sundhedsindsatser i Danmark målrettes etniske minoriteter.

Referencer

Albertslund Kommune (2008). Albertslund Kommunes Integrationsindsats 2008. Albertslund Kommune.

Andersen JS & Dyhr L (2006) Kontaktraten til almen praksis I vagttid og skadestue for indvandrere med gæstearbejder- og flygtningebaggrund i Københavns Kommune 1998. Ugeskr Læger 2006;168:3222-7.

Bhopal R (2004) Glossary of terms relating to ethnivty and race: for reflection and debate. J Epidemiol Community Health 2004;58(6):441-5.

Bennedsen A, Ibfelt EH, Hansen JL & Helweg-Larsen K (2006) Selvvurderet helbred blandt unge fra etniske minoriteter i Danmark. Ugeskrift for Læger 2006;168(17):1645-9.

Bille-Brahne U (2001) Selvmord og selvmordsforsøg blandt indvandrere og deres efterkommere. Center for selvmordsforskning, Odense.

British Council (2004) The European Civic Citizenship and Inclusion Index. Published by the British Council. 1. edition.

Cantor-Graae E, Pedersen CB, McNeil TF & Mortensen PB (2003) Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohort study. Br J Psychiatry 2003;182:117-22.

Dansk Flygtningehjælp (2009) Lokaliseret d. 02.03.09 på:
[http://www.flygtning.dk/Enkel_nyhed.1120.0.html?&cHash=26b329b27a&tx_ttnews\[backPid\]=1334&tx_ttnews\[tt_news\]=940](http://www.flygtning.dk/Enkel_nyhed.1120.0.html?&cHash=26b329b27a&tx_ttnews[backPid]=1334&tx_ttnews[tt_news]=940)

Dansk Flygtningehjælp (2008) Lokaliseret d. 18.12.2008 på:
http://www.flygtning.dk/Hvordan_kommer_de_ti.885.0.html

Dansk Institut for Internationale Studier (2009) Lokaliseret d. 02.03.09 på:
<http://www.diiis.dk/sw73559.asp>

Danmarks Statistik (2008) Lokaliseret d. 20.11.2008 på:
www.statistikbanken.dk

Dyhr L (1996) Problems in the meeting between general practitioners and Turkish immigrant women in Denmark seen from a clinical perspective. Ph.d. thesis. Central forskningsenhed for Almen praksis, København.

Dyhr L & Andersen JS (2006) Kontaktraten til almen praksis i dagtid for indvandrere med gæstearbejder- og flygtningebaggrund i Københavns Kommune i 1998. Ugeskrift for Læger 2006;168:3217-22.

Dyhr L & Vibe-Petersen J (2007) "Indvandrere og type 2-diabetes. Forekomst, behandling og forebyggelse set i et kønsperspektiv". Ugeskrift for Læger 2007; 169/25.

ECRI (2006) Tredje rapport om Danmark 16. maj 2006. Den Europæiske Kommission mod Racisme og Intolerance (European Commission against Racism and Intolerance – ECRI), Strasbourg.

Esholdt HF, Fuglsang M (2009). *Etniske forskelle i patienters oplevelser. En spørgeskema- og interviewundersøgelse om forskelle i indvandreres/efterkommeres og danskeres oplevelser i forløbet fra praktiserende læge til hospital. Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden.*

European Commission (2008) Discrimination in the European Union: Perceptions, Experiences and Attitudes. Special EUROBAROMETER 296, published by Directorate General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.

Folkesundhed København (2006) Sundhed på dit Sprog. Evalueringsrapport. Tekst af Annette Sonne Nielsen, Folkesundhed København, København.

Folmann NM og Jørgensen T (2006) Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen, København.

Gormsen R (1998) Asylsøgende kvinders sundhedssituation. Master thesis. Københavns Universitet, København.

Hansen AR & Kjølner M (2006) Sundhed blandt etniske minoriteter i SUSY-2005. Arbejdsnotat. Statens Institut for Folkesundhed, København.

Hansen AR, Krasnik A & Høg E (2006) Adgang til sundhedsydelser for udokumenterede indvandrere. Ugeskr Læger 2006;168:3011-3.

Hansen L, Nauerby T & Reinhold A (2008) Livsstil og Risiko. Modeller for sundhedsfremmende arbejde med etniske minoriteter. UC Vest Press.

Healy J & Mckee M (2004) Accessing Health Care: Responding to Diversity, Oxford University Press, Oxford.

Helweg-Larsen K, Kastrup M, Baez A & Flachs EM (2007) Etniske forskelle i kontaktmønster til psykiatrisk behandling. Et registerbaseret studie. Videnscenter for Transkulturel Psykiatri og Statens Institut for Folkesundhed, København.

Henriksson, G et al. (2005) Viden og forandring – flygtninge og indvandreres viden, holdninger og erfaringer med prævention og reproduktiv sundhed samt brug af sundhedstilbud. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. Skrevet for Sundhedsstyrelsen, København.

Holk IK, Rosdahl N & Pedersen KL (2002) Indvandrerkvinders brug af mammografiscreening. Ugeskr Læger 2002;164(2):195-200.

Hussain M (2007) Muslims in the EU preliminary Research report EU MAP project Open Society Institute, Budapest.

Ingerslev O (2000) Sundhedsforhold blandt indvandrere. I: Mogensen GV, Matthiessen PC(red.). Integration i Danmark omkring årtusindeskiftet. Århus Universitet, Århus.

Jahn AW (2002). Usynlig forskelsbehandling. Sygeplejersken, 2002. 16.

Jacobsen ET, Karise S & Dyhr L (2004) Mødet mellem 1. generationsindvandrerkvinder & det danske sundhedsvæsen. DSI, København.

Jørgensen ME (2005) Diabetes hos grønlandere i Danmark. Ikke højere forekomst af diabetes blandt grønlandere i Danmark end i Grønland. Statens Institut for Folkesundhed; København.

Krasnik A, Nørredam M, Sørensen TM, Michaelsen JJ, Nielsen AS & Keiding N (2002) Effects of ethnic background on Danish hospital utilisation patterns. Soc Sci Med 2002;55(7):1207-11.

Kristiansen M & Nielsen AM (2004) Komplekse møder: Hospitalspersonalets oplevelser af mødet med etniske minoritetspatienter på en børneafdeling. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, København.

Kræftens Bekæmpelse (2009) Lokaliseret d. 27.02.09 på:
<http://kbnet4.cancer.dk/webshop/default.aspx?hkat=111&hknavn=Etniske%20minoriteter>

Københavns Kommune (2009) Lokaliseret s. 25.02.09 på:
<http://www2.kk.dk/folkesundhed/pegasus.nsf/all/6AE0382609742E32C1256FC7003BAE95?OpenDocument>

Københavns Kommune (2006) Sundhedsprofil for Københavns Kommune 2005 – tyrkiske statsborgere. København.

Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning og Stadslægen (2000) Sundhed og Sygdom i København 2000. Københavns Kommune, København.

Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning og Stadslægen (1998) Sundhed og Sygdom i København '98. 1. temadel. Københavns Kommune, København.

Madsen G (2002) Voksne indvandreres brug af tandplejesystemet og tandstatus hos deres børn. Aarhus Universitet, Århus.

Michaelsen J, Krasnik A, Nielsen A, Nørredam M & Torres AM (2004) Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital. Scand J Public Health 2004;32(4):287-95.

Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration (2008) Tal og fakta. Befolkningsstatistik om udlændinge. Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration og Udlændingetjeneste, København, Danmark.

Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration (2007) Tal og fakta – udlændinges tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet. Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration og Udlændingetjeneste, København, Danmark.

Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration og Udlændingetjeneste (2008) Lokaliseret d. 04.12.2008 på: www.nyidanmark.dk

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2009) Lokaliseret d. 18.01.2009 på:
http://www.im.dk/artikler_im_dk/Files/Fil1/3857.pdf

Mygind A, Kristiansen M, Krasnik A & Nørredam M (2006) Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici – betydningen af etnicitet og migration. Afdelingen for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. Udgivet for Sundhedsstyrelsen, København.

- Nielsen AS (2005). Painful experiences. An anthropological analysis of migrant women's narratives about disease, marginalisation and discursive hegemony. PhD thesis. Københavns Universitet, København.
- Nielsen AS, Krasnik A, Michaelsen JJ, Nørredam M & Torres AM (2008) Hospitalspersonale har forskellige holdninger til indvandrerpatienter. Ugeskr Læger 2008;170(7):541-44.
- Nielsen SS, Nørredam M, Christiansen KL, Obel C & Krasnik A (2007) Psykisk helbred blandt asylbørn i Danmark. Ugeskr Læger 2007;169(43):3660-5.
- Nørredam M (2004) Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. Scand J Public Health 2004;32(1):53-9.
- Nørredam M, Mygind A, Nielsen AS, Bagger J & Krasnik A (2007) Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin. European Journal of Public Health 2007;17:497-502.
- Nørredam M, Krasnik A, Pipper C & Keiding N (2007) Cancer incidence among 1st generation migrants compared to native Danes - a retrospective cohort study. Eur J Cancer 2007;43:2717-21.
- Nørredam M, Nielsen AS & Krasnik A (2006) Adgang til sundhedsydelser for migranter. Ugeskr Læger 2006;168:3008-10.
- Nørredam M, Krasnik A & Petersen JH (1999) Indvandrerkvinders adgang til det danske sundhedsvæsen - Adgang til hospitalsbehandling blandt indvandrekvinder med brystkræft sammenlignet med danske kvinder. Ugeskr Læger 1999;161(31):4385-8.
- Obel N (2004) Rapport fra Den Danske HIV Kohorte. Infektionsmedicinsk sektion, Medicinsk afdeling C, Odense Universitets Hospital, Odense.
- Poulsen ME & Lange A (1998) Indvandrere i Danmark. Danmarks Statistik, København.
- Qin P, Agerbo E & Mortensen PB (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. Am J Psychiatry 2003;160(4):765-72.
- Schläger D, Rasmussen NKR & Kjølner M (2005) Sundhedsforhold blandt etniske minoriteter - en litteraturgennemgang. Arbejdsnotat. Statens Institut for Folkesundhed, København.
- Schmidt LE & Dalhoff KP. Indvandrere med paracetamol forgiftning på en hepatologisk afdeling. Ugeskrift for Læger 2000;162(46):6229-32.
- Singla R (2008) Now and then - Life Trajectories, family relationships and diasporic identities: A follow-up study of young adults. Vol 46, Copenhagen Studies in Bilingualism, University of Copenhagen.
- Smith (2000) Seksuelt overførbare infektioner blandt indvandrere i Danmark. Ugeskrift for Læger 2002;162(46):6237-40.
- Statens Serum Institut (2005) HIV og AIDS årsopgørelser 2004. EPI-nyt uge 36 2005. Statens Serum Institut, København.

Sundaram V (2006) Etniske forskelle i selvmordsrisikoen i Danmark. I: Helweg-Larsen (red.) Selvmord i Danmark. Markant fald i selvmord, men stigende antal selvmordsforsøg. Hvorfor? Statens Institut for Folkesundhed, København.

Sundhed.dk(2009) Lokaliseret d. 24.02.2009 på:
<http://www.sundhed.dk/wps/portal/s.155/1882>

Sundhedsloven (2009). Lokaliseret d. 13.003.2009 på:
http://www.folketinget.dk/doc.aspx?samling/20042/lovforslag/174/som_vedtaget.htm

Sundhedsstyrelsen (2009) Lokaliseret d. 24.02.2009 på:
http://www.sst.dk/Forebyggelse/Maalgrupper_og_forebyggelsesmiljoer/Etniske_minoriteter/Projektdatabase.aspx?lang=da

Sundhedsstyrelsen (2008). Forebyggelse og sundhedsfremme blandt etniske minoriteter - inspiration til kommunen. Sundhedsstyrelsen; København.

Sundhedsstyrelsen (2007). Temarapport 2007: Sprogproblemer mellem sundhedspersonalet og fremmedsprogede patienter. Sundhedsstyrelsen, København.

Sundhedsstyrelsen (2006) Etnicitet og sundhedsadfærd blandt unge. SundNyt om Etniske minoriteter; 2006(4).

Sundhedsstyrelsen (2005) Faktablade om abort og indvandrerkvinder – information til indsats ifm. "Kollegial Vejledning om Abort og Indvandrere" (KVAI). Sundhedsstyrelsen; København.

Sundhedsstyrelsen (2005) Indvandrers sundhed og sygelighed – opgørelse af behandlingsrater (2002). Sundhedsstyrelsen; København.

Vibe-Petersen J & Perrild HJ (2000) Type-2 diabetes blandt indvandrere. Ugeskrift for læger 2000;162(46):6220-2.

Vejle Kommune (2009). Lokaliseret d. 9.3.09 på www.vejle.dk/page32518.aspx

Wittrup I, Kristensen JK (2007) Diabeteskole for Etniske Minoriteter i Nærmiljøet. Udvikling og evaluering af et undervisningstilbud. Region Midtjylland. Center for Folkesundhed.