

- *Sundhedsforhold blandt etniske minoriteter i Danmark er sparsomt belyst. Dette kapitel skitserer nogle tendenser baseret på foreliggende undersøgelser.*
- *Antallet af indvandrere og efterkommere er pr. 1. januar 2007 i alt 477.700 personer, hvoraf ca. tre fjerdedele er indvandrere, og ca. en fjerdedel er efterkommere. Det svarer til 8,8 % af befolkningen.*
- *Der findes ikke en entydig definition af begrebet etnisk minoritet. I epidemiologisk forskning måles etnicitet ofte ved fødeland.*
- *En større andel blandt de etniske minoriteter end blandt danskere vurderer, at deres helbred er dårligt, og at de er stressede. Blandt de etniske minoriteter er forekomsten af diabetes og HIV/AIDS højere, mens forekomsten af kræft er lavere, og en mindre andel indlægges pga. ulykker.*
- *En større andel af de etniske minoriteter har brugt praktiserende læge, mens en mindre andel har fået foretaget forebyggende helbredscheck sammenlignet med danskere.*
- *En mindre andel med etnisk minoritetsbaggrund tror på vigtigheden af egen indsats for at bevare et godt helbred og overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser sammenlignet med danskere. En mindst lige så stor andel blandt etniske minoriteter, som blandt danskere, spiser frugt og grønt. En større andel har stillesiddende fritidsaktiviteter og et ringere socialt netværk.*

Definitioner og afgrænsning

De etniske minoriteter udgør en stadigt stigende del af den danske befolkning, men der er kun sparsom viden om deres sundheds- og sygelighedsforhold. Baseret på den foreliggende litteratur på området beskrives i dette kapitel følgende sundheds- og sygelighedsforhold for etniske minoriteter i Danmark: Sundhed og helbredsrelateret livskvalitet, sygelighed, brug af og møde med sundhedsvæsenet, sundhedsadfærd og sociale relationer.

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 (1).

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 34.1).

Tabel 34.1. Danmarks Statistiks definition af dansker, indvandrere og efterkommere.

	Eget fødeland	Forældres fødeland og statsborgerskab
Dansker	Uden betydning.	Mindst én forælder født i Danmark OG den samme forælder har dansk statsborgerskab.
Indvandrere	Født udenfor Danmark.	Begge forældre er født i udlandet ELLER begge forældre har udenlandsk statsborgerskab.
Efterkommer	Danmark.	Begge forældre er født i udlandet ELLER begge forældre har udenlandsk statsborgerskab.

Kilde: Danmarks Statistik, 2006.

Tidligere undersøgelser af etniske minoriteters sundhed i Danmark har i vid udstrækning inkluderet indvandrere, efterkommere og danskere ifølge Danmarks Statistiks definitioner, men i undersøgelseernes efterfølgende kategoriseringer er der i varierende grad fokuseret på fødeland, generation og statsborgerskab. Tre større undersøgelser har alle anvendt Danmarks Statistiks definition af indvandrere og efterkommere. Den ene har opgjort resultaterne separat for indvandrere og efterkommere og desuden opdelt indvandrerne fra de største ikke-vestlige lande efter fødeland (Ex-Jugoslavien, Iran, Libanon, Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkiet og Vietnam) (6,12). Den anden opgør også indvandrere efter fødeland, og inkluderer indvandrergrupper af en vis størrelse (2). Den tredje inkluderer personer fra de største ikke-vestlige landegrupper, men har opgjort resultater for indvandrere og efterkommere samlet (3). I en fjerde undersøgelse har man kun inkluderet tyrkiske statsborgere, dvs. både indvandrere og efterkommere (4). En femte undersøgelse er baseret på ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab (5). Alle ovennævnte undersøgelser sammenligner med danskere. De forskellige inklusionskriterier for etniske minoriteter betyder, at sammenligningerne undersøgelse imellem bør tages med forbehold. I dette kapitel anvendes begrebet etniske minoriteter for alle indvandrere og efterkommere, mens der ved omtale af resultater fra andre undersøgelser anvendes de begreber, som de enkelte kilder selv angiver.

For at øge sammenligneligheden mellem undersøgelser, vil det i fremtidige undersøgelser være fordelagtigt med stor detaljeringsgrad i forhold til fødeland, generation og statsborgerskab, idet

- indvandrere og efterkommere med forskellig oprindelse kan have meget forskellige sundhedsvaner, årsager til migration mv.
- indvandrere og efterkommere samt personer med dansk og udenlandsk statsborgerskab adskiller sig bl.a. fra hinanden med hensyn til, hvor længe de har været i landet, hvilket må formodes at være af betydning for deres sundhedsforhold.

Etniske minoriteter i Danmark

Ifølge Danmarks Statistik udgøres i alt 8,8 % af befolkningen af indvandrere og efterkommere, som pr. 1. januar 2007 tæller 477.700 personer, hvoraf 360.902 er indvandrere og 116.798 er efterkommere. Fordelingen af vestlige og ikke-vestlige indvandrere og efterkommere og danskere efter køn og alder fremgår af tabel 34.2.

Generelt er det danskere og indvandrere, der ligner hinanden mest mht. køns- og aldersfordeling. Efterkommerne, og især de ikke-vestlige, er yngre end danskerne og indvandrerne. De 0-15 årige udgør en større andel blandt danskerne end blandt indvandrerne. Der er flere mænd end kvinder blandt efterkommere, mens der er flere kvinder blandt danskere og indvandrere.

Af tabel 34.3 fremgår det, at de fleste indvandrere og efterkommere bor i Region Hovedstaden og færrest i Region Nordjylland og Region Sjælland.

Af tabel 34.4 fremgår de største befolkningsgrupper i Danmark efter oprindelsesland (fødeland/statsborgerskabsland). Personer med tyrkisk herkomst udgør den største gruppe.

Tabel 34.2. Indvandrere, efterkommere med dansk og udenlandsk statsborgerskab og danskere pr. 1 januar 2007 fordelt efter køn og alder. Procent.

	Vestlige indvandrere	Ikke-vestlige indvandrere	Vestlige efterkommere	Ikke-vestlige efterkommere	Danskere
<i>Mænd</i>					
0-15 år	4,4	7,9	39,0	75,7	20,3
16-24 år	11,7	15,7	12,6	15,8	10,1
25-44 år	40,4	46,3	25,1	8,2	27,7
45-64 år	32,0	25,2	19,0	0,3	27,8
65-79 år	9,5	4,5	3,6	0,0	11,1
≥ 80 år	1,9	0,5	0,8	0,0	3,1
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal mænd i alt	61.578	114.712	8.731	50.950	2.460.691
<i>Kvinder</i>					
0-15 år	3,7	7,3	39,3	75,7	19,0
16-24 år	13,0	14,4	12,5	15,7	9,4
25-44 år	35,0	51,2	24,2	8,3	26,3
45-64 år	29,4	25,2	18,3	0,3	27,2
65-79 år	13,4	4,6	3,7	0,0	12,4
≥ 80 år	5,5	0,9	2,0	0,0	5,7
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal kvinder i alt	68.725	115.887	8.141	48.976	2.508.693
I alt	130.303	230.599	16.872	99.926	4.969.384

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.

Tabel 34.3. Fordeling af indvandrere, efterkommere med dansk og udenlandsk statsborgerskab og danskere pr. 1. januar 2007 efter region. Procent.

	Vestlige indvandrere	Ikke-vestlige indvandrere	Vestlige efterkommere	Ikke-vestlige efterkommere	Danskere
<i>Region</i>					
Hovedstaden	58.781	108.754	8.485	52.746	1.407.983
Sjælland	12.551	25.463	1.895	10.562	765.647
Syddanmark	26.544	40.835	3.045	15.460	1.103.933
Midtjylland	23.198	41.973	2.524	17.315	1.142.418
Nordjylland	9.229	13.574	923	3.843	549.403
Antal i alt	130.303	230.599	16.872	99.926	4.969.384

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.

Tabel 34.4. Indvandrere og efterkommere i Danmark pr. 1. januar 2007. De 15 største befolkningsgrupper efter oprindelsesland.

Oprindelsesland	Indvandrere	Efterkommere	I alt
Tyrkiet	31.066	25.074	56.140
Irak	20.673	6.697	27.370
Tyskland	23.942	2.986	26.928
Libanon	12.037	10.925	22.962
Bosnien-Hercegovina	17.603	3.503	21.106
Pakistan	10.513	8.731	19.244
Ex-Jugoslavien	11.491	5.716	17.207
Polen	14.679	2.343	17.022
Somalia	10.356	5.837	16.193
Norge	14.211	1.730	15.941
Sverige	12.720	2.091	14.811
Iran	11.761	2.790	14.551
Vietnam	8.731	4.362	13.093
Storbritannien	11.060	1.359	12.419
Afghanistan	9.574	1.980	11.554

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.

Sundhed og helbredsrelateret livskvalitet

To undersøgelser har opgjort sundhed og helbredsrelateret livskvalitet for etniske minoritetsgrupper i form af selv vurderet helbred og oplevelse af stress. Hansen & Kjølner (5) finder, at mens 35 % af de ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab vurderer eget helbred som værende nogenlunde, dårlig eller meget dårlig, er dette tilfældet for 19 % af de øvrige danskere. Ligeledes oplever en mindre andel blandt tyrkiske københavnere, at deres helbred er virkelig godt eller godt i sammenligning med øvrige københavnere (4). I begge undersøgelser angiver større andele blandt de etniske minoriteter end danskere at være stressede i dagligdagen.

Sygelighed

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

Langvarig sygdom

Ingerslev (12) observerer en lavere forekomst af langvarig sygdom blandt etniske minoriteter, sammenlignet med danskere, mens Københavns Kommune (4) finder højere forekomst. I Københavns Kommunes undersøgelse af tyrkere finder man, at ca. halvdelen af tyrkerne har langvarig sygdom, mens det samme gælder for en tredjedel af de øvrige københavnere. Hansen & Kjølner (5), finder ikke forskelle i forekomst af langvarig sygdom.

Smerter eller ubehag

Mens Ingerslevs undersøgelse (12) viser en højere forekomst af smertediagnoser, finder Hansen & Kjølner (5) ikke forskelle i forekomsten af smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode mellem de etniske minoritetsgrupper og danskere.

Specifikke helbredsproblemer

Få specifikke helbredsproblemer forekommer entydigt forskelligt blandt etniske minoriteter og danskere. For specifikke helbredsproblemer ses de mest tydelige forskelle mellem etniske minoriteter og danskere for diabetes, kræft, HIV/AIDS og ulykker. Hansen & Kjølner (5) finder en højere forekomst af diabetes blandt de ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab. I andre undersøgelser forekommer diabetes oftere blandt bl.a. indvandrere fra Pakistan, Somalia, Libanon, Tyrkiet, Ex-Jugoslavien og Grønland end blandt danskere (2,12,14,15). Flere undersøgelser viser generelt en lavere forekomst af kræft (2,3,8,12) og en højere forekomst af HIV/AIDS blandt etniske minoriteter sammenlignet med danskere (12,16,17). Når det gælder ulykker er indlæggelsesfrekvenser eller død pga. læsioner, forgiftning, traumer og anden voldelig legemsbeskadigelse lavere for etniske minoritetsgrupper end for danskere (8,9,12).

Generelle undersøgelser af sundhedsforhold blandt etniske minoriteter opdelt efter type undersøgelse og emner.

	Sundhed & sygelighed	Brug af sundhedsvæsenet	Sundhedsvaner
<i>Registerundersøgelser</i>			
Folmann & Jørgensen: Etniske minoriteter - sygdom og brug af sundhedsvæsenet (2006) (3). Landsdækkende undersøgelse baseret på sygehuskontakter, sygesikringsydelser og medicinforbrug blandt danskere og indvandrere og efterkommere fra Tyrkiet, Ex-Jugoslavien, Pakistan, Iran, Irak, Libanon, Somalia, Marokko og Vietnam.	X	X	
Sundhedsstyrelsen: Indvandreres sundhed og sygelighed - opgørelse af behandlingsrater (2002) (2). Opgørelse af behandlingsrater for udvalgte sygdomme baseret på sygehuskontakter blandt personer fra Danmark, Afghanistan, EU og USA m.fl., Ex-Jugoslavien, Iran/Irak, Libanon, Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkiet, Vietnam, Østeuropa/SNG, Øvrige Afrika samt Øvrige Mellemøsten og Nordafrika.	X	X	
Ingerslev: Indvandreres kontakt til sundhedsvæsenet (2000) (6). Opgørelse af kontakt til sundhedsvæsenet blandt personer fra Tyrkiet, Ex-Jugoslavien, Pakistan, Iran, Libanon, Somalia, Vietnam og Polen.		X	
Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning og Stadslægen: Sundhed og Sygdom i København 2000 (7). Sygehuskontakter ved Bispebjerg Hospital blandt patienter fra Danmark og bl.a. Tyrkiet, Somalia, Marokko, Iran, Irak, Pakistan, Libanon, Ex-Jugoslavien, Østeuropa inkl. Sovjetunionen.	X	X	
Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning og Stadslægen: Sundhed og sygdom i København 1998. 1. Temadel (8). Opgørelse af forekomsten af udvalgte somatiske sygdomme ved indlæggelser på hospital samt brugen af praktiserende læge og tandlæge blandt indvandrere og efterkommere i Københavns Kommune.	X	X	
Poulsen & Lange: Indvandrere i Danmark (1998) (9). Opgørelse af sygehusbenyttelse, udvalgte diagnoser og sygesikringsydelser blandt indvandrere, efterkommere og danskere.	X	X	
Dyhr & Andersen: Kontaktraten til almen praksis i dagtid for indvandrere med gæstearbejder- og flygtningebaggrund i Københavns Kommune, 2006 (10). Omfatter personer fra Tyrkiet, Pakistan, Ex-Jugoslavien, Marokko, Somalia, Palæstina, Iran og Irak.		X	
Andersen & Dyhr: Kontaktraten til vagtlæge og skadestue for indvandrere med gæstearbejder- og flygtningebaggrund i Københavns Kommune, 2006 (11). Omfatter personer fra Tyrkiet, Pakistan, Ex-Jugoslavien, Marokko, Somalia, Palæstina, Iran og Irak.		X	
<i>Spørgeskemaundersøgelser</i>			
Hansen & Kjølner: Sundhed blandt etniske minoriteter i SUSY-2005 (5). Interviewundersøgelse blandt 9.901 danskere og 136 ikke-vestlige indvandrere i aldersgruppen 25-64 år med dansk statsborgerskab.	X	X	X
Københavns Kommune: Sundhedsprofil for Københavns Kommune – tyrkiske statsborgere (4). Spørgeskemaundersøgelse blandt 693 tyrkiske københavnere og 2.946 øvrige københavnere.	X	X	X
Ingerslev: Sundhedsforhold blandt indvandrere (2000) (12). Interview med 961 danskere og 3.615 ikke-vestlige indvandrere og efterkommere fra Tyrkiet, Ex-Jugoslavien, Pakistan, Iran, Libanon, Somalia, Vietnam og Polen samt opgørelse af indlæggelser for en række sygdomsdiagnoser.	X	X	X
<i>Andre kilder til litteratur om etniske minoriteters sundhed</i>			
Hansen: Etniske minoriteters sundhed: Litteraturløst (13).	X	X	X

Tilstande hvor der ikke er entydige forskelle i forekomst mellem etniske minoriteter og danskere:

I Hansen & Kjølner (5) har 18 % af de ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab migræne eller hyppig hovedpine, mens det samme gælder for 13 % af de øvrige danskere. Forekomsten af migræne eller hyppig hovedpine for etniske minoriteter er ikke tidligere opgjort i Danmark.

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 minoriteter og danskere (3). I et andet dansk registerstudie udgør migration en risikofaktor for skizofreni (18). I Hansen & Kjølners undersøgelse (5) er forekomsten af kronisk angst, depression eller anden psykisk lidelse, dårlige nerver markant højere blandt de ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab sammenlignet med de øvrige danskere. 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 pr. person har et lavere gennemsnitligt antal kontakter end etniske danskere, adopterede og efterkommere (19).

Der er ikke observeret forskelle i forekomsten af allergi eller astma mellem ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab og andre danskere (5). Folmann & Jørgensen (3) finder dog en større sandsynlighed for kontakt med sygehus pga. astma og mindre sandsynlighed for kontakt pga. KOL blandt etniske minoriteter sammenlignet med danskere. Andre undersøgelser finder en højere samlet forekomst af kroniske sygdomme i luftvejene blandt pakistanere, libanesere og tyrkere sammenlignet med danskere (2,7,8).

Folmann & Jørgensen (3) finder, at de fleste etniske minoriteter har mindre sandsynlighed for sygehuskontakter for osteoporose sammenlignet med danskere og et mere vekslende billede for øvrige muskel- og skeletsygdomme.

Flere undersøgelser viser en højere forekomst af muskel- og skeletlidelser blandt tyrkere og til dels også blandt afghanere, somaliere, pakistanere, iranere og libanesere, men der ses et vekslende billede i forekomsten af muskel- og skeletlidelser blandt etniske minoriteter, selv om flere undersøgelser finder en højere forekomst for udvalgte indvandregrupper (2,3,5,7,8).

Der findes ingen forskelle i selvrapporeret forhøjet blodtryk eller blodprop i hjertet/hjertekrampe mellem ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab og øvrige danskere i Hansen & Kjølners undersøgelse (5). En enkelt undersøgelse finder stort set ingen forskel for indlæggelsesmønstre for sygdomme i kredsløbsorganer (9), mens flere forskellige undersøgelser finder flere hospitalskontakter pga. hjerte-kar-sygdomme blandt en række eller enkelte etniske minoriteter sammenlignet med danskere (2,3,7,8).

Mens Ingerslev (12) finder, at dødeligheden af infektionssygdomme er højere for ikke-vestlige indvandrere end for danskere, har kun efterkommerne i København en højere indlæggelsesrate for infektionssygdomme sammenlignet med danskere og indvandrere (8).

Undersøgelser af forekomsten af selvmord blandt etniske minoriteter sammenlignet med danskere er ikke entydige. Bille-Brahe (20) finder f.eks. en lavere selvmordshyppighed blandt indvandrere, men en højere selvmordshyppighed blandt efterkommere. Qin, Agerbo & Mortensen (21) 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, mens Sundaram (22) finder en forhøjet risiko for personer født i et af de nordiske lande og lavere risiko blandt personer født i Asien. Forekomst af selvmordsforsøg synes også at være forskellige, idet Schmidt & Dalhoff (23) rapporterer om en forhøjet risiko for paracetamolforgiftning blandt indvandrere fra Tyrkiet, Iran, Pakistan og Libanon.

For en lang række tilstande er der ikke entydige forskelle mellem etniske minoriteter og danskere. Det gælder migræne eller hyppig hovedpine, psykiske lidelser, allergi, astma og andre kroniske sygdomme i luftvejene, slidgigt, leddegigt, rygsygdom, osteoporose og muskel- og skeletlidelser, hjerte-kar-sygdomme, infektionssygdomme og selvmord (se boksen).

Undersøgelser af medicinforbrug blandt etniske minoriteter og danskere viser meget forskelligartede resultater, der spænder fra mindre brugerandel blandt de etniske minoriteter (3) til ingen forskel (5) og større brugerandel (4).

Brug af sundhedsvæsenet

Adgang til sundhedsvæsenet

Brug af sundhedsvæsenet afspejler til dels behov for behandling og dels adgang til sundhedsvæsenet. Adgang til sundhedsvæsenet adskiller sig for forskellige minoritetsgrupper både på grund af forskelle i formelle rettigheder og uformelle barrierer. I den formelle adgang til sundhedsvæsenets ydelser udover de akutte ydelser gør særlige regler sig gældende for asylmodtagere, udokumenterede (illegale) og afviste migranter (24,25). Samtidig kan en række uformelle barrierer af sproglig, psykologisk og sociokulturel karakter i særlig grad hindre adgangen til sundhedsydelser for etniske minoriteter (25). Der er ikke dokumenteret forskelle i adgang til sundhedsvæsenet i de få registerundersøgelser, der findes herom (26,27).

Sundhedsydelser

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 (3,5,6), mens tidligere undersøgelser til dels tyder på det modsatte (8-10). En række tidligere undersøgelser viser, at en betydelig større andel danskere har kontakter til tandlæge sammenlignet med forskellige etniske minoritetsgrupper (6,8,9,28), mens en enkelt undersøgelse ikke finder forskelle i kontakt til tandlæge mellem ikke-vestlige indvandrere og danskere (5).

Hansen & Kjølner (5) viser, at relativt færre ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab end øvrige danskere har været til forebyggende undersøgelser. En anden undersøgelse har tilsvarende vist, at en mindre andel indvandrerkvinder fra Ex-Jugoslavien, Pakistan og Tyrkiet bruger forebyggende undersøgelser i form af mammografiscreening (29). Derimod har lige store andele af tyrkiske københavnere og øvrige københavnere talt med deres praktiserende læge om deres sundhedsvaner (4).

Mht. indlæggelser og skadestuebesøg konkluderer flere undersøgelser generelt, at der er et højere forbrug blandt flere ikke-vestlige indvandrergupper, men den modsatte tendens og mere nuancerede tendenser afhængig af nationalitet og køn findes også (3,6,7,8,11,30). Der ses en forhøjet abortkvotient blandt kvinder fra Ex-Jugoslavien og Iran og blandt efterkommere fra ikke-vestlige lande (31).

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 (5) 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. Næsten tilsvarende tal findes ved sammenligning af tyrkiske københavnere med øvrige københavnere (4).

Sundhedsvaner blandt etniske minoriteter i Danmark er belyst af Hansen & Kjølner (5), i Københavns Kommune (4) og af Ingerslev (12). De tre undersøgelser viser relativt entydige resultater. En større andel blandt etniske minoritetsgrupper har stillesiddende fritidsaktiviteter, mindre andele overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse, og mindst lige så mange blandt etniske minoritetsgrupper spiser frugt og grønt sammenlignet med danskere. I boksen nedenfor uddybes både disse resultater samt mindre entydige tendenser for forskelle i sundhedsvaner mellem etniske minoritetsgrupper og danskere.

Sociale relationer

Der ses et ringere socialt netværk blandt etniske minoritetsgrupper sammenlignet med danskere. Væsentligt større andele indvandrere svarer, at de ikke kan regne med hjælp fra andre, hvis de bliver syge og har brug for hjælp til praktiske problemer, og større andele er ofte alene, selvom de egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre i sammenligning med danskere (4,5).

Metodologiske problemer

De ofte modstridende resultater i undersøgelse, der indgår i dette afsnit, kan til dels skyldes en række metodologiske svagheder ved undersøgelse, som derfor bør nævnes.

- Flere af undersøgelse er baseret på et lille datamateriale, hvilket kan betyde, at resultaterne ikke er repræsentative for den undersøgte befolkning.
- Lave svarprocenter i nogle af undersøgelse kan være et tegn på, at større grupper med specielle karakteristika, som f.eks. lav uddannelse, er underrepræsenterede.
- I de færreste af undersøgelse er der taget højde for betydningen af socioøkonomiske faktorer, hvilket muligvis kan forklare nogle af de fundne resultater og forskelle undersøgelse imellem.
- Endelig er der som nævnt indledningsvis forskellige inklusionskriterier for etniske minoriteter i undersøgelse, hvilket betyder, at undersøgelse ikke nødvendigvis er direkte sammenlignelige.

Sundhedsvaner

Mens 26 % af de ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab overvejende har stillesiddende fritidsaktiviteter, gør det samme sig gældende blandt 11 % af de øvrige danskere (5). Tyrkiske københavnere har ligeledes i højere grad stillesiddende fritidsaktiviteter. 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 pr. dag (4). For deltagelse i sport og motion finder Ingerslev (12) 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.

En langt mindre andel indvandrere oplyser et forbrug, der overstiger Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser sammenlignet med danskere (4,5). Tilsvarende, ifølge Ingerslevs (12) undersøgelse, drikker indvandrere fra Tyrkiet, Libanon, Pakistan, Somalia, Vietnam og Ex-Jugoslavien ikke alkohol i nært samme omfang som danskere, mens personer fra Polen og mænd fra Iran drikker alkohol på niveau med danskere.

Der er indikationer på, at de etniske minoriteter i mindst samme grad som danskere spiser frugt og grønt. Hansen & Kjølner (5) finder, at flere ikke-vestlige indvandrere med

dansk statsborgerskab dagligt spiser grønt end andre danskere. Andelen, der spiser frugt og grønt dagligt i en anden undersøgelse, er stort set den samme blandt tyrkiske og danske københavnere (4).

Mindre entydige tendenser gør sig gældende for rygning. Ingerslev (12) 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. Hansen & Kjølner (5) finder ingen forskelle i andelen af dagligrygere mellem ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab og øvrige danskere, mens man i Københavns Kommune (4) finder, at der blandt tyrkerne er 47 % dagligrygere, primært blandt mændene, i modsætning til 30 % blandt øvrige københavnere.

Heller ikke for overvægt findes entydige tendenser. Mens der ikke findes forskelle i overvægt eller fedme mellem ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab og øvrige danskere på baggrund af Hansen & Kjølner (5), findes der udtalte forskelle i Københavns Kommune (4), hvor knap hver fjerde tyrkiske københavnere oplyser et BMI på mindst 30, mens 8 % af de øvrige københavnere rapporterer overvægt.

Hvad mangler vi viden om?

Der er generelt brug for flere, større og nyere undersøgelser om sundhedsforhold blandt etniske minoritetsgrupper i Danmark, der samtidig tager højde for nationalitet, generation og årsager til migration. Det vil desuden være relevant at afprøve andre eller supplerende måder at måle etnicitet på end ved fødeland og statsborgerskab. Betydningen af socioøkonomiske forhold bør også belyses yderligere.

Første skridt til imødekommelse af disse behov forventes at ske med en national etnisk sundhedsprofil, som er under udarbejdelse i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og en række større regioner og kommuner i Danmark. Der forventes resultater herfra i løbet af 2008.

Dette kapitel belyser både nogle samstemmende og nogle mere tvetydige tendenser for sundhedsforhold blandt forskellige grupper af etniske minoriteter sammenlignet med danskere. Der er brug for at underbygge og undersøge disse sammenhænge yderligere. Der savnes desuden analytiske undersøgelser, der går i dybden med at forklare forskelle og ligheder mellem etniske minoritetsgrupper og

etniske danskere, herunder at undersøge om der er sundhedsvaner og helbredsproblemer, der kun ses blandt etniske minoritetsgrupper uden nødvendigvis at være fremherskende blandt danskere.

Fokus i dette kapitel er på sundhedsvaner, sygdom og brug af sundhedsvæsenet blandt voksne etniske minoriteter i Danmark. Andre centrale temaer hvor der er behov for yderligere viden er:

- Sundhedsforhold blandt flygtninge.
- Sundhedsforhold blandt børn med etnisk minoritetsbaggrund.
- Mødet mellem behandlere og patienter med etnisk minoritetsbaggrund i sundhedsvæsenet.
- Evalueringer af interventioner med henblik på eventuelle særlige sundhedsfremmende indsatser blandt etniske minoritetsgrupper.

Litteraturliste

1. Bhopal R. Glossary of terms relating to ethnicity and race: for reflection and debate. *J Epidemiol Community Health* 2004;58(6):441-5.
2. Sundhedsstyrelsen. Indvandreres sundhed og sygelighed - opgørelse af behandlingsrater (2002). København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
3. Folmann NB, Jørgensen T. Etniske minoriteter - sygdom og brug af sundhedsvæsenet. København: Sundhedsstyrelsen, 2006.
4. Sundhedsprofil for Københavns Kommune 2005 - tyrkiske statsborgere. København: Københavns Kommune, 2006.
5. Hansen AR, Kjølner M. Sundhed blandt etniske minoriteter i SUSY-2005. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006. Arbejdsnotat.
6. Ingerslev O. Indvandreres kontakt til sundhedsvæsenet. I: Mogensen GV, Matthiessen PC (red.). *Integration i Danmark omkring årtusindskiftet*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag, 2000.
7. Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning og Stadslægen. *Sundhed og Sygdom i København 2000*. Københavns Kommune, 2000.
8. Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning og Stadslægen. *Sundhed og sygdom i København '98*. 1. temadel. København: Københavns Kommune, 1998.
9. Poulsen ME, Lange A. *Indvandrere i Danmark*. København: Danmarks Statistik, 1998.
10. Dyhr L, Andersen JS. Kontaktraten til almen praksis i dagtid for indvandrere med gæstearbejder- og flygtningebaggrund i Københavns Kommune i 1998. *Ugeskrift for Læger* 2006;168:3217-22.

11. Andersen JS, Dyhr L. Kontaktraten til almen praksis i vagttid og skadestue for indvandrere med gæstarbejder- og flygtningebaggrund i Københavns Kommune 1998. *Ugeskrift for Læger* 2006;168:3222-7.
12. Ingerslev O. Sundhedsforhold blandt indvandrere. I: Mogensen GV, Matthiessen PC (red.). *Integration i Danmark omkring årtusindskiftet*. Aarhus: Aarhus Universitet, 2000.
13. Hansen AR. Statens Institut for Folkesundhed (red.). *Etniske minoriteters sundhed: Litteraturlibrary*. København: 2006. www.si-folkesundhed.dk (juni 2007).
14. Jørgensen ME. Diabetes hos grønlandere i Danmark. Ikke højere forekomst af diabetes blandt grønlandere i Danmark end i Grønland. Statens Institut for Folkesundhed, 2005. www.si-folkesundhed.dk (juni 2007).
15. Vibe-Petersen J, Perrild HJ. Type 2-diabetes blandt indvandrere. *Ugeskrift for Læger* 2000;162(46):6220-2.
16. HIV og AIDS årsopgørelser 2004 - EPI-NYT uge 36, 2005. Statens Serum Institut, 2005. www.ssi.dk (juni 2007).
17. Obel N. Rapport fra Den Danske HIV Kohorte. Infektionsmedicinsk sektion, Medicinsk afdeling C, Odense Universitetshospital, 2004.
18. Cantor-Graae E, Pedersen CB, McNeil TF, Mortensen PB. Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohort study. *Br J Psychiatry* 2003;182:117-22.
19. Helweg-Larsen K, Kastrup M, Baez A, Flachs EM. Etniske forskelle i kontaktmønsteret til psykiatrisk behandling. Et registerbaseret studie. København: Videnscenter for Transkulturel Psykiatri og Statens Institut for Folkesundhed, 2007.
20. Bille-Brahe U. Selvmord og selvmordsforsøg blandt indvandrere og deres efterkommere. Odense: Center for selvmordsforskning, 2001.
21. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. 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.
22. Sundaram V. Etniske forskelle i selvmordsrisikoen i Danmark. I: Helweg-Larsen K (red.). *Selvmod i Danmark. Markant fald i selvmord, men stigende antal selvmordsforsøg. Hvorfor?* København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
23. Schmidt LE, Dalhoff KP. Indvandrere med paracetamol forgiftning på en hepatologisk afdeling. *Ugeskrift for Læger* 2000;162(46):6229-32.
24. Hansen AR, Krasnik A, Høg E. Adgang til sundhedsydelser for udokumenterede indvandrere. Rettigheder og praksis. *Ugeskrift for Læger* 2006;168:3011-3.
25. Nørredam ML, Nielsen AS, Krasnik A. Adgang til sundhedsydelser for migranter. *Ugeskrift for Læger* 2006;168:3008-11.
26. Krasnik A, Nørredam M, Sørensen TM, Michaelsen JJ, Nielsen AS, Keiding N. Effect of ethnic background on Danish hospital utilisation patterns. *Soc Sci Med* 2002;55(7):1207-11.
27. Nørredam M, Krasnik A, Petersen JH. Indvandrerkvinders adgang til det danske sundhedsvæsen – Adgang til hospitalsbehandling blandt indvandrerkvinder med brystkræft sammenlignet med danske kvinder. *Ugeskrift for Læger* 1999;161(31):4385-8.
28. Madsen G. Voksne indvandreres brug af tandplejesystemet og tandstatus hos deres børn. Århus: Aarhus Universitet, 2002.
29. Holk IK, Rosdahl N, Pedersen KL. Indvandrerkvinders brug af mammografiscreening. *Ugeskrift for Læger* 2002;164(2):195-200.
30. Nørredam M. Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scand J Public Health* 2004;32(1):53-9.
31. Faktablade om abort og indvandrerkvinder – information til indsats ifm. ”Kollegial Vejledning om Abort og Indvandrere” (KVAI). Sundhedsstyrelsen, 2005.