

AMID Working Paper Series 28/2002

Sundhedsvæsenet og de etniske minoriteter¹

Anne Nielsen, Ph.d.
Statens Institut for Folkesundhed

1. Etniske minoriteters integration i sundhedsvæsenet

Et meget vigtigt aspekt ved det danske sundhedsvæsen er, at næsten alle ydelser er gratis for fastboende personer med opholdstilladelse i Danmark, hvilket giver et godt udgangspunkt for integration. Akut behandling ved sygdom er desuden mulig uden at økonomiske forhold først skal afklares. Udelukket fra det danske sundhedsvæsen er kun turister og asylansøgere, hvor Dansk Røde Kors har etableret en særskilt sundhedstjeneste for asylansøgere. Kun få af de undersøgelser, der er refereret i notatet, bruger begrebet: *integration* i sundhedsvæsenet (Kempinski & Krasnik, 1972, Austveg, 1997). *Integration* har stort set kun været brugt i sundhedsvæsenet om handicappede, der skulle integreres i de almindelige institutioner, da den statslige særforborg blev nedlagt. For de handicappede er en målsætning om *integration* nu ved at blive erstattet af *deltagelse* - målet er fuld deltagelse i samfundet, men ikke nødvendigvis altid i de samme institutioner som personer uden handicap. En tilsvarende udvikling kan nogle steder ses i forskningen om etniske minoriteter, hvor man i stigende grad er begyndt at tale om *medborgerskab* i stedet for integration.

I forhold til sundhedsvæsenet, som først og fremmest har til formål at hjælpe befolkningen på det sundhedsmæssige område, kan integration ses som tilpasning, ensidigt: individerne skal tilpasse sig til systemet eller systemet skal tilpasse sig til den befolkning, det skal betjene – eller gensidigt: begge parter må tilpasse sig hinanden. Siden slutningen af 60'erne er der kommet etniske minoriteter til Danmark i et noget større omfang end før – og fra fjernere lande end tidligere. Det har betydet at sprog- og kulturforskelle forekommer i sundhedsvæsenet, og det har også betydet at sundhedsvæsenet må forholde sig til nogle nye problemstillinger. Det er derfor interessant at se, hvordan tilpasningen har været mellem de etniske minoriteter og

¹ Dette arbejdspapir er et notat udarbejdet for Akademiet for Migrationsstudier i Danmark i forbindelse med en kortlægning af integrationsforskningen i Danmark siden 1980, udført i opdrag af Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration. Projektet vil blive sammenfattet i en endelig rapport, der forventes udgivet af Ministeriet i løbet af efteråret 2002.

sundhedsvæsenet – minoriteterne har haft fra få år til over 30 år til denne tilpasning, mens sundhedsvæsenet har haft over 30 år.

Fra ansatte i sundhedsvæsenet side høres jævnligt klager over etniske minoriteters manglende tilpasning til sundhedsvæsenet. Patienterne opleves som besværlige: "de kan ikke nok dansk", "det tager længere tid at behandle dem på grund af sprog- og kulturforskelle", "det er besværligt at bestille tolk, det er dyrt, og der er ikke et særskilt tolkebudget". Og behandlingen lykkes ikke altid, "fordi de ikke følger de givne råd" eller "indtager den ordinerede medicin". "De kræver særlige forholdsregler" – fx undersøgelse ved en kvindelig læge eller kød fra halal-slagtede dyr eller brug af tolk. "De benytter sundhedsvæsenet forkert: møder fx ikke op til alle de svangreprofylaktiske undersøgelser, men kommer oftere akut på mistanke om problemer", og "bruger skadestue eller vagtlæge til syge børn om aftenen i stedet for at gå til egen læge i dagtiden". Desuden - at de "beder om hjælp til ting uden for sundhedsvæsenets område" – eller omvendt: "de er slet ikke aktive nok til at spørge og få råd fra personalet". Endelig klager hospitalerne over, at "de har mange besøgende, som ikke overholder besøgstiderne, og som forstyrrer andre patienter".

I det følgende diskuteres, hvordan sundhedsvæsenet har tilpasset sig til den nye befolkningsgruppe.

Når det gælder *sygehusvæsenet* er det spørgsmålet, hvor meget, det har tilpasset sig til patienterne. På sygehuset må patienterne indordne sig i vid udstrækning, de har begrænset indflydelse på deres situation og får ofte kun begrænset information om deres sygdom. Der er altid travlt, og patienterne må leve efter afdelingens tidsplan og rutiner, de kan ikke uden videre få lavet undersøgelsesprogram og behandling om. Hvis en patient *på grund af sprogproblemer* eller manglende kendskab til hospitalsvæsenet ikke selv kan forhøre sig eller rykke, og ikke kender nogen, der kan gøre det på hans vegne, risikerer en sag nemt at gå i stå. Måske kommer patienten slet ikke til, venter længere, får ikke lavet en undersøgelse eller får ikke svar herpå, kommer ikke videre i systemet og får ikke at vide, hvad han fejler. Hvis en patient på grund af sprogproblemer ikke kan give en ordentlig sygehistorie er der større risiko for fejlagnostik og –behandling. Og hvis patienten på grund af sprogproblemer ikke forstår hvad sygdommen skyldes, og hvad behandlingen går ud på og skal gøre godt for, er det mindre sandsynligt, at han følger den. Ved sygehusindlæggelser kan sygehuset rekvirere tolk, men tolken skal betales af sygehusets budget, hvilket sammen med besværet med at skaffe tolk hæmmer brugen af tolk. Hvis lægerne ikke er opmærksomme på sygdomme, der er almindelige i patientens oprindelsesland, er der ligeledes risiko for at overse dem, de fleste sygdomme som de etniske minoriteter indlægges med er dog de samme som hos danske patienter.

Når det gælder *praktiserende læger og speciallæger* er det også her lægerne, der har afgørelsen og magten over receptblok, henvisningsmuligheder og undersøgelser. Men da patienten her sjældnere er alvorligt syg, og i øvrigt er i sit vante miljø og kan spejle sin egen opfattelse og lægens hos familie og pårørende, vil patienten ofte i højere grad få medindflydelse, kan nemmere undlade at godtage en behandling eller supplere med

en anden behandling, kan evt. skifte læge, og vil have lettere ved at få information. Det er indtrykket, at kun få læger bruger tolk, idet det er besværligt og tidkrævende at bestille og bruge tolk. For etniske minoriteter, der ikke taler et godt dansk eller engelsk er det meget svært at bestille tid hos egen læge pr. telefon. Det er muligvis en grund til, at mange bruger vagtlæge eller skadestue i situationer, hvor egen læge havde været et bedre valg. Problemet kunne løses, hvis de etniske minoriteter havde mulighed for at kontakte en tolk i lægens telefontid, og denne tolk så kunne arrangere en konsultation hos lægen med tolk.

Når det gælder *sundhedsplejerskerne* foregår virksomheden oftest ved hjemmebesøg, hvor klienten er vært og sundhedsplejersken gæst, og hvor sundhedsplejersken har et direkte indblik i miljøet – og dermed ofte også en større forståelse for klientens situation. Denne *imødekommenhed* har indflydelse på magtforholdet mellem sundhedsplejerske og klient, sundhedsplejersken kan her opfattes som en konsulent hvis råd man kan følge eller lade være med at følge. Mødet mellem patient og sundhedsplejerske lettes også af, at sundhedsplejen i højere grad end andre personalegrupper synes at anvende tolk, samtidig udgør sundhedsplejersken for mange en kontakt til socialforvaltningen. En stor del af sundhedsplejerskernes arbejde kan planlægges forud, så der er gode forudsætninger for at samle besøg til patienter med samme sprog, der har brug for tolk, på samme dag, modsat mulighederne hos mange andre behandlere. Inden for sygeplejen og sundhedsplejen har der desuden været mange faglige diskussioner om etniske minoriteters behandling i sundhedsvæsenet i fagbladet Sygeplejersken. Der har også været afholdt en del kurser, studiekredse mv..

Når det gælder at imødekomme etniske minoriteters behov, har etniske minoriteter ikke noget *retskrav på at benytte tolk* ved henvendelser i sundhedsvæsenet. Dette er i modsætning til fx Sverige, hvor minoriteterne har ret til at bruge tolk ved henvendelser til social- og sundhedsvæsenet §8. När en myndighet har att göra med någon som inte behärskar svenska eller som är allvarligt hörsel- eller talskadad, bör myndigheten vid behov anlita tolk (Förvaltningslag, 1986). En manglende generel løsning af tolkeproblemet kan ses som manglende imødekommelse af et behov fra sundhedsvæsenets side. Der er udarbejdet noget oplysningsmateriale til etniske minoriteter på andre sprog, om forebyggelse og sundhedsfremme og om enkelte særlige sygdomme og problemstillinger. En liste, som dog ikke skal foregive at være fuldstændig, er vedlagt som bilag 1.

Litteraturen om sundhedsvæsenets indsats hos de etniske minoriteter, som gennemgås i kapitel 2, er centreret om følgende forhold:

- forbrug af sundhedsydelser hos etniske minoriteter
- lighed i adgang til sundhedsvæsenet
- brug af tolk
- mødet mellem patienter og behandlere med forskellig kultur
- lige behandling i sundhedsvæsenet
- særlige tiltag inden for sundhedsvæsenet for etniske minoriteter

Litteratur om etniske minoriteters sundhed, levekår og sundhedsadfærd vil ikke blive behandlet i dette notat, som fokuserer på sundhedsvæsenet og de etniske minoriteter. Sundhedsvæsenet er kun en af de faktorer, der har indflydelse på menneskers sundhed, levevilkår og livsstil er ofte vigtigere.

2. Resultater

Etniske minoriteters forbrug af sundhedsydelser - voksne

Graviditet, fødsel og nyfødthedsperiode

Tidligere undersøgelser har vist mindre brug af forebyggende undersøgelser i graviditeten blandt minoritetskvinder end blandt danske kvinder (Klebak & Horst, 1978; Knudsen, 1990; Just Jeppesen, 1994). En senere undersøgelse fra København har vist, at alle udenlandske kvinder i undersøgelsen gik til jordemoderkontroller (Brøndsted & Guldager, 1994). I det følgende resumeres nogle resultater om brug af fødselsforberedelse, efterfødselskursus og mødregruppe fra en forløbsundersøgelse af minoritetsbørn og danske børn født i 1995 fra Socialforskningsinstituttet og Statens Institut for Folkesundhed (Just Jeppesen & Nielsen, 1998 og 2001). Gruppen af minoritetsbørn omfattede ca. 480 børn af mødre, der var statsborgere i Eksjugoslavien, Tyrkiet, Pakistan, Irak, Somalia og Sri Lanka, mens der indgik 5.400 danske børn af mødre med dansk statsborgerskab i den danske delundersøgelse.

Tabel 1. Andelen af spædbørn, hvis mor har deltaget i fødselsforberedelseskursus, efterfødselskursus og mødregruppe. Procentandele.

	Fødselsforberedelseskursus	Efterfødselskursus	Mødregruppe
Etniske minoritetsbørn	7	4	17
Danske børn	46	23	71

Kilde: Just Jeppesen & Nielsen, 1998.

Når det gjaldt fødselsforberedelseskurser, efterfødselskurser og mødregrupper deltog etniske minoritetskvinder meget sjældnere end danske kvinder i disse kurser og grupper, jf. Tabel 1. Det samme fandt man i en undersøgelse af spædbørn født i Københavns Kommune, her deltog 14% af udenlandske mødre mod 64% af danske mødre i mødregrupper (Guldager, 1994). Enkelte steder er der oprettet gruppekonsultationer, hvori der indgår fødselsforberedelse med tolk til særlige sproggrupper (Gülche, 1994) og mødregrupper med tolk, fx for somaliske kvinder i et område i Århus (personlig meddelelse). Gruppekonsultationer, der omfatter konsultationer, sundhedsfremme og fødselsforberedelse, tilbudt af jordemødrene i fødecentret, har siden 1998 mange steder afløst fødselsforberedelseskurser; men det vides ikke, hvor mange etniske minoritetskvinder der benytter disse tilbud; som vel stort set kun kan være formålstjenlige hvis sprogsbarriererne kan overkommes.

Ifølge Danmarks Statistik var den samlede fertilitet i 1996 noget højere blandt indvandrere end blandt danskere, nemlig 3,1 levendefødte børn pr. kvinde fra mindre udviklede lande, mod 1,7 levendefødte børn pr. kvinde fra mere udviklede lande eller fra Danmark (Poulsen & Lange, 1998); fertiliteten var i øvrigt faldet en anelse for kvinder med udenlandsk oprindelse i forhold til i 1991-1993. Næsten alle fødsler i Danmark foregår på hospital. Ved 6% af fødslerne i 1991-1992 var mødrene født i Asien eller Afrika, og mødrene var født uden for Danmark ved i alt 10% af fødslerne

(Helweg-Larsen et al., 1999). I Socialforskningsinstituttets undersøgelse blev næsten alle børn født på hospital, 2% af de danske børn blev dog født på fødeklinik og 1% hjemme, mens under ½% af minoritetsbørnene blev født på klinik og 2 børn uplanlagt blev født hjemme. Indlæggelserne af minoritetsbørnene og mødrene var her gennemgående af lidt kortere varighed end for danske børn, det kan muligvis skyldes at en større andel af fødslerne var flergangsfødsler, ligesom der var lidt færre komplicerede fødsler hos minoritetskvinderne. Ved en undersøgelse på Hvidovre Hospital, blev nogle forhold sammenlignet mellem danske og udenlandske mødre, der blev udskrevet efter 2 dage og danske og udenlandske mødre, der var indlagt ca. 5 dage efter fødslen. Udenlandske mødre, der kun var indlagt i to dage følte oftere end danske korttidsindlagte mødre, at de ikke havde fået hjælp og aflastning nok og ikke havde fået nok hjælp til amningen (Brøndsted & Guldager, 1994).

I Socialforskningsinstituttets undersøgelse blev amning ikke etableret hos lige så mange minoritetsbørn som danske børn – 91% mod 96%. Det gjaldt især for børn af mødre fra Tyrkiet, Eksjugoslavien og Irak (Just Jeppesen & Nielsen, 1998). Ved den nævnte undersøgelse på Hvidovre Hospital mente flere udenlandske end danske kvinder, at de ikke fik tilstrækkelig information om amning på barselsafdelingen, ligesom de hyppigere havde problemer med brystspænding og sår og revner på brystet (Brøndsted & Guldager, 1994; Sonne, 1994). En ringere etablering af amning *kan* evt. skyldes kortere indlæggelsestid og dermed mindre aflastning, ringere ammevejledning på grund af sprogforskelle eller personalets forlegenhed, hyppigere brug af tilskud i flaske, og at minoritetsmødrene ikke havde gået til fødselsforberedelse og dér var blevet forberedt på amning. Efter fødslen fik minoritetskvinderne især råd om amning af sundhedsplejersken og deres egen mor. I en undersøgelse i København brugte sundhedsplejersker oftere end jordemødre tolk til gravide og mødre fra etniske minoriteter (Sonne, 1994).

Næsten alle mødre i de nævnte undersøgelser – både danske mødre og minoritetsmødre – fik sundhedsplejerskebesøg, og minoritetsmødrene havde typisk fået flere besøg end de danske mødre. Minoritetsmødrene følte sig også hyppigere end danske mødre mere sikre efter sundhedsplejerskebesøg (Just Jeppesen & Nielsen, 1998). En anden undersøgelse i Københavns Kommune viste dog, at selv om minoritetsmødre i denne undersøgelse også fik flere sundhedsplejerskebesøg end danske mødre, skønnede sundhedsplejerskerne at minoritetsmødrene sjældnere fik de nødvendige besøg; behovet var større end hvad sundhedsplejerskerne kunne dække (Guldager, 1994). I Århus får flere børn udvidet sundhedspleje (Nødgaard & Nielsen, 1998), og dette nævnes også andre steder i landet. Sundhedsplejerskerne har som en faggruppe, der kommer i hjemmet og med nær tilknytning til medarbejdere i socialforvaltningen en nøgleposition. Sundhedsplejersken kan være en af de eneste danske kontakter, en minoritetsfamilie har (Just Jeppesen, 1994). Sundhedsplejens indsats med at forsøge at overkomme sproglige og kulturelle forskelle har givet resultat på flere måder, bl.a. i form af bedre vaccinationsdækning af minoritetsbørn op gennem årene, og det faktum, at indlæggelser for mangelsygdomme på grund af fejler næring hos spæd- og småbørn nu sjældent ses i modsætning til i 1970'erne –

sådanne indlæggelser forekom fx. ikke de første 3½ leveår i en undersøgelse af 460 børn født i 1995 (Just Jeppesen & Nielsen, 2001).

Forbrug af ambulante ydelser ved sygdom hos voksne

Ingerslev (Ingerslev, 2000) har på basis af data fra Sygesikringsregisteret og Landspatientregisteret beregnet det gennemsnitlige antal kontakter med forskellige dele af sundhedsvæsenet for personer bosiddende i Danmark, fordelt på indvandrere og flygtninge på ikke-vestlige lande, efterkommere fra ikke-vestlige lande, indvandrere fra vestlige lande og danskere. den første gruppe er endvidere opdelt på følgende undergrupper: Eksjugoslavien, Iran, Libanon, Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkiet og Vietnam samt øvrige ikke-vestlige lande. På grund af skæve aldersfordelinger mellem befolkningsgrupperne er der her kun udtaget to store aldersgrupper af hvert køn: de 16-35-årige og 36-55-årige. Tallene for de enkelte nationaliteter er ikke vist af pladshensyn, og tallene for *efterkommere* af ikke-vestlige indvandrere er heller ikke vist, da denne gruppe ofte vil være yngre end indvandrerne i almindelighed. Denne gruppe har oftest den laveste kontakthypighed.

Indvandrerne fra ikke-vestlige lande har samlet lidt flere kontakter med deres praktiserende læge end danske patienter af begge køn har, men ser man på enkelte lande har indvandrere fra Polen, Eksjugoslavien og Vietnam samt indvandrere fra vestlige lande lidt lavere eller samme hyppighed som danskfødte med dansk baggrund.

Kvinder har knap dobbelt så stort et antal kontakter med praktiserende læge som mænd, i alle grupperne. Overhyppigheden er størst i 36-55-års alderen. Overhyppigheden er lille sammenlignet med den overhyppighed, kvinder har i forhold til mænd, som det fremgår af tabel 2 og 3. I tabellerne er også vist antal konsultationer hos andre behandlere.

Tabel 2. Gennemsnitlig antal kontakter til praktiserende læge, øjenlæge, ørelæge, fysioterapeut, undersøgelser hos tandlæge, psykiater, skadestue og heldøgnsindlæggelser. Pr. 100 16-55-årige mænd.

	Praktiserende læge	Øjenlæge	Ørelæge	Fysioterapeut	Tandlæge	Psykiater	Skadestue	Indlæggelse
Alle ikke-vestlige	390	11	15	75	38	6	26	11
Danske	340	8	10	96	92	3	21	10

Kilde: Ingerslev, 2000.

Tabel 3. Gennemsnitlig antal kontakter til praktiserende læge, øjenlæge, ørelæge, fysioterapeut, undersøgelser hos tandlæge, psykiater, skadestue og heldøgnsindlæggelser. Pr. 100 16-55-årige kvinder fra ikke-vestlige lande og danskere.

	Praktiserende læge	Øjenlæge	Ørelæge	Fysioterapeut	Tandlæge	Psykiater	Skadestue	Indlæggelse
Alle ikke-vestlige	680	13	18	142	48	6	20	31
Danske	670	11	15	208	109	6	15	19

Kilde: Ingerslev, 2000.

Som det fremgår, konsulterer ikke-vestlige indvandrere lidt hyppigere øjenlæge, ørelæge, psykiater (her: kun mænd) og skadestue og bliver hyppigere indlagt, mens de

sjældnere end danskere og vestlige indvandrere går til fysioterapeut og tandlæge, hvor der normalt kræves egenbetaling af en del af ydelsen.

Noget af merforbruget af skadestue kan måske skyldes kommunikationsproblemer: at danskere eller engelsktalende udlændinge fra vestlige lande vil kunne klare en del problemer telefonisk med lægen uden fremmøde, medens færre ikke-vestlige minoriteter vil kunne bruge en telefonkonsultation, endside bestille tid til en konsultation i telefonen.

Danmarks Statistik har gennemført en tilsvarende undersøgelse på landsbasis i 1996 (Poulsen & Lange, 1998), hvor de har skelnet mellem indvandrere og efterkommere, dels fra mere udviklede lande (de samme vestlige lande som i den førnævnte undersøgelse, Europa fraset Tyrkiet og Cypren, samt dele af det tidligere Sovjetunionen); dels fra de mindre udviklede lande, dvs. alle øvrige lande bortset fra Danmark, samt øvrige, dvs. personer født af forældre, der var født i Danmark. Samlet modtog gruppen af voksne indvandrere fra mindre udviklede lande færre sygesikringsydelser end danskerne – formentlig fordi, der var færre ældre i indvandrergruppen. 93,8% af danskere, 88,5% af efterkommere og 87,4 % af indvandrere havde modtaget mindst en sygesikringsydelse i løbet af 1996, fx konsultation hos læge eller tandlæge. Indvandrere og efterkommere fra mere udviklede lande brugte det største gennemsnitlige antal ydelser pr. person, og indvandrere og efterkommere fra mindre udviklede lande brugte det mindst antal gennemsnitlige ydelser; i øvrigt var der mindre variationer med alderen.

I Københavns Kommune har Sundhedsdirektoratet og Stadslægen (1998) gennemført en undersøgelse af kontaktmønstret med praktiserende læge for voksne indvandrere og deres efterkommere fra Eksjugoslavien, Pakistan og Tyrkiet, baseret på sygesikringsydelser i 1996. Her fandtes en øget kontakthyppighed for pakistanere, men ikke for de øvrige nationaliteter. En svensk undersøgelse har påvist en lidt større brug af lægekonsultationer og lidt hyppigere brug af skadestue, og konsultationer hos fysioterapeut og sygeplejerske; men samtidig også et større udækket behov for lægekonsultationer blandt minoriteter fra Chile, Iran og Tyrkiet og til dels Polen end blandt personer født i Sverige (Hjern et al., 2001). Telefonkonsultationer blev dog mindre brugt af minoriteterne. Minoriteterne havde generelt et dårligere helbred end de der var født i Sverige, og specielt havde personer, der havde været udsat for krig og politisk uroligheder et større forbrug af ydelser fra sundhedsvæsenet. 57% af minoriteterne – flere fra Tyrkiet og færre fra Chile og Iran havde stor tillid til det svenske sundhedsvæsen, andelen var den samme som tidligere var fundet i befolkningen i Stockholm.

En undersøgelse af etniske minoritetskvinde med brystkræft viste en akkurat ikke-signifikant tendens til, at indvandrerkvinder først fik stillet diagnosen, når tumoren var større, end den var hos danske kvinder, der blev diagnosticeret med brystkræft (Nørredam et al., 1999). Tilbud om mammografiscreening havde en effekt hos danske kvinder, men ikke hos minoritetskvinde, som sjældnere end danske kvinder benyttede tilbuddet.

Indlæggelser på somatiske sygehusafdelinger af voksne

Som vist i Tabel 3 har kvinder fra ikke-vestlige lande en noget højere indlæggelseshyppighed end danske kvinder, det kan bl.a. skyldes et øget antal indlæggelser ved fødsler (Ingerslev, 2000). Ingerslev fandt dog også en kraftigt øget indlæggelseshyppighed af ikke-vestlige kvinder til provokeret abort. For mandlige indvandrere fra ikke-vestlige lande og danske mænd var der ikke store forskelle i indlæggelseshyppigheden. Ingerslev fandt nogle forskelle i sygdomsmønstret mellem indlagte danskere og ikke-vestlige indvandrere: først og fremmest færre indlæggelser for skader, kræftsygdomme og alkoholskader blandt indvandrere, men flere indlæggelser for særlige infektionssygdomme, herunder HIV/AIDS, samt for smerter uden nøjere angivelser. Den sidstnævnte overhyppighed blev dog anført både at kunne være reel og at kunne skyldes dårligere udredning af indvandlerne.

I Danmarks Statistik så man på indlæggelser i 1996. Når man tog hensyn til forskelle i aldersfordelingen i de forskellige befolkningsgrupper, var tallene for indlæggelser på sygehus blandt indvandrere fra mindre udviklede lande 15% større end blandt danskere, mens det for indvandrere fra mere udviklede lande var 8% mindre end blandt danskere, for efterkommere fra begge grupper var der mindre forskel i forhold til den danske befolkning. Indlæggelseshyppigheden for skader var også her mindre end for danskere (Poulsen & Lange, 1998).

I en undersøgelse på Bispebjerg Hospital i 1997 fandt man, at hyppigheden af sygehusindlæggelser hos 1. generationsindvandrere var lidt lavere end for danskfødte, og der var tendens til at indlæggelserne var kortere i indvandrergrupperne, når man sammenlignede inden for samme diagnosegrupper. Fordelingen af indlæggelserne af den samlede indvandrergruppe på 23 diagnosegrupper lignede i øvrigt den for danskfødte, der var dog forskelle, mellem de enkelte minoriteters fødelande (Københavns Kommunes sundhedsdirektorat og Stadslægen, 2000).

Etniske minoriteter i psykiatrien

Der er ikke fundet nøjagtige opgørelser af indlæggelser af voksne fra etniske minoriteter på psykiatriske sygehusafdelinger. En lille undersøgelse fra 70'erne tydede på mindre hyppige indlæggelser, mens det umiddelbare indtryk i dag er, at etniske minoriteter indlægges på sygehus i samme omfang som danskfødte (Kristensen, 1988; PsykiatriFonden, 1999). Imidlertid er der her som andre steder kommunikationsproblemer i mødet mellem minoriteterne og behandlingssystemet, som besværliggør diagnostik og behandling. Kommunikation og sprog er særlig vigtige redskaber i psykiatrien, og psykologiske tests er i et vist omfang kulturafhængige. Tankeforstyrrelser og paranoide hentydninger kan være svære at diagnosticere hos en patient fra en anden kultur og med et andet sprog – det kan således være sværere at skelne mellem kulturelle forskelle og psykiske forstyrrelser hos etniske minoriteter. Et Videnscenter for transkulturel psykiatri er netop etableret på Rigshospitalet. Centret har bl.a. til opgave at indsamle og formidle viden om psykiske lidelser og deres behandling hos etniske minoriteter, oparbejdelse af vidensnetværk, samt konsulentfunktion for psykiatriske institutioner. Inden for

distriktspsykiatrien har man i Århus opbygget et specialtilbud til etniske minoriteter (Gottlieb, 2000).

Mange flygtninge har svære traumer efter krig, forfølgelse, tortur og en omskiftelig tilværelse i konstant frygt og uvished, og deres psykiske problemer som fx kan være PTSD: post traumatisk stress syndrom forværres typisk efter års ophold i uvished, lediggang og med manglende kommunikation og meningsfuldhed i flygtningelejre og asylcentre. Manglende forståelse af omgivelserne, isolation, manglende kommunikation og usikkerhed og tidligere forfølgelse kan disponere til sindssygdom med forfølgelsesvanvid. Det har været drøftet om PTSD skal kunne behandles inden for det psykiatriske system (distriktspsykiatrien og sygehusvæsenet), eller om behandlingen heraf først og fremmest skal klares af særlige, oftest selvejende eller private behandlingstilbud til flygtninge og torturofre som Rehabiliteringscentret for torturofre, OASIS, ETICA mv. (PsykiatriFonden, 1999; Arenas, 1987). Et synspunkt er, at det er en så hyppig lidelse blandt flygtninge – og i øvrigt heller ikke helt sjældent blandt danskere, at det må klares af det almindelige sundhedsvæsen, med brug af tolk hvor det er nødvendigt.

Børn

Tidligere undersøgelser har vist, at forebyggende undersøgelser og vaccinationer ikke blev udnyttet i samme grad hos etniske minoritetsbørn som hos danske børn (Klebak & Horst, 1978; Bælum et al., 1991; Madsen et al., 1991). En nyere undersøgelse tydede på, at man ved at sende forældrene et postkort med invitation til børneundersøgelse eller vaccination, hvis de var udeblevet herfra, kunne få de allerfleste minoritetsbørn såvel som danske børn undersøgt og vaccineret (Flachs & Melgaard, 1999). I Socialforskningsinstituttets forløbsundersøgelse blev der indsamlet skriftlige oplysninger om vaccinationer og børneundersøgelser hos minoritetsbørnene i 3½ års alderen (Just Jeppesen & Nielsen, 2001). Disse tal blev sammenlignet med landsdækkende tal, baseret på regninger fra praktiserende læger. Vaccinationsdækningen var for næsten alle vaccinationer i 1. og 2. leveår på højde med den for danske børn, men faldt herefter. Den høje vaccinationsdækning de første år kan muligvis til dels forklares ved, at familierne her ofte har kontakt med sundhedsplejersken, som kan minde om vaccinationstidspunkter. Udnyttelsen af børneundersøgelser var en anelse lavere i 1. leveår end blandt danske børn og noget lavere for 2- og 3-års-undersøgelsen, hhv. 80% mod 92% for alle børn i Danmark og 70% mod 93% for alle børn i Danmark. Der var ikke spurgt om årsager til manglende børneundersøgelser, men den lavere udnyttelse af børneundersøgelserne *kunne måske* skyldes, at minoritetsforældrene ikke fik så meget ud af børneundersøgelserne på grund af sprogproblemer, eller at de ikke var vant til børneundersøgelser i oprindelseslandet.

Fra forløbsundersøgelsen skal desuden refereres nogle tal vedrørende brug af læge og andre behandlere. (Just Jeppesen, 2001) Andelen af børn i 3½ års alderen, der havde været til forskellige behandlere inden for de seneste 12 måneder fremgår af tabel 4.

Tabel 4. Andelen af etniske minoritetsbørn og af danske børn på 3½ år, der har været til læge eller anden behandler på grund af sygdom inden for de seneste 12 måneder. Procentandele.

	Praktiserende læge	Ørelæge	Øjenlæge	Anden speciallæge	Lægevagt	Skadestue	Kiropraktor	Alternativ behandler
Minoriteter	60	21	5	13	47	22*	0	0
Danske	71***	24	5	14	47	18	1**	5***

Kilde: Just Jeppesen & Nielsen, 2001

Som det fremgår har danske børn hyppigere været til læge *på grund af sygdom*, og til kiropraktor og alternativ behandler, mens etniske minoritetsbørn lidt hyppigere har været på skadestue. Der er dog ikke tale om særlig store forskelle i procentandele, bortset for brug af praktiserende læge, som 71% af de danske børn havde kontaktet mod 60% af de etniske minoritetsbørn. En forsigtig konklusion kunne være, at de forskellige behandlere i sundhedsvæsenet bruges nogenlunde i samme omfang af etniske minoritetsbørn og danske børn. Da børnene var ca. ½ år gamle blev både lægevagt og skadestue anvendt lidt mere af etniske minoritetsbørn end af danske børn, og samtidig gik forældrene hyppigere til læge med barnet, når det var sygt. I denne alder havde børnene nogenlunde lige hyppigt været syge, mens de danske børn i 3½ års alderen hyppigere havde haft tilbagevendende infektionssygdomme – muligvis fordi de blev passet ude sammen med andre børn fra en tidligere alder end minoritetsbørnene.

Indlæggelser

Tidligere undersøgelser har vist flere indlæggelser af børn af etniske minoriteter (Klebak, 1978, Wind-Andersen & Rindel, 1995), eller samme indlæggeshyppighed som blandt danske børn (Liebach & Fischerman, 1989, Klebak, 1984). Danmarks Statistiks undersøgelse af indlæggelser i 1996 baseret på Landspatientregistret, viste at der var færre indlæggelser blandt 1-4-årige indvandrere fra mindre udviklede lande, men flere blandt efterkommere, end af danske børn.

I Socialforskningsinstituttets forløbsundersøgelse havde 30% af danske børn og 32% af minoritetsbørn været indlagt mindst én gang i 3½ års alderen, udover indlæggelser i forbindelse med fødslen. Lidt flere minoritetsbørn end danske børn havde dog været indlagt mere end en gang (13% mod 9%), børn fra Somalia havde hyppigst været indlagt - også selv om de alt i alt syntes mest raske. 20% af både danske børn og minoritetsbørn havde været indlagt på grund af infektionssygdomme eller tilstande, der sædvanligvis er forbundet hermed, fx feber eller feberkrampe. I øvrigt syntes danske børn hyppigst at være syge: de havde flere symptomer som vejrtrækningsbesvær, ondt i maven og spisevægring, og hyppigere tilbagevendende sygdomme som mellemørebetændelse, astmatisk bronchitis eller astma, mave-tarminfektion, øjenbetændelse, feber uden kendt årsag samt børneeksem. Minoritetsbørnene havde hyppigst gentagne halsbetændelser. En del af indlæggelserne skyldes muligvis sprog- og kommunikationsproblemer, da der sjældent anvendes tolk ved akutte henvendelser. Hvor barnet – selv om det ikke er alvorligt sygt – måske indlægges for en sikkerheds skyld, da barnet er svært at vurdere for lægen, hvis lægen ikke kan få en ordentlig sygehistorie, ikke kender barn og forældre i øvrigt, og ikke

kan give forældrene besked om behandling og fortsat observation, eller ikke ved, om de vil følge den ordinerede behandling.

En undersøgelse fra Århus pegede på lidt større indlæggeshyppighed blandt minoritetsbørn end blandt danske børn (Nødgaard & Nielsen, 1998). Indlæggelsestiden var den samme som hos danske børn, og diagnosemønstret stort set det samme, blandt minoritetsbørnene forekom dog enkelte indlæggelser for psykiske problemer og for en sygdom i de røde blodlegemer, thalassæmi. Den lidt større indlæggeshyppighed kunne muligvis skyldes sprogproblemer. Nødgaard problematiserer her og i en efterfølgende Master of Public Health-afhandling den manglende brug af tolk. Ved en tredjedel af indlæggelserne var det i journalen anført, at der var behov for tolk, men dette blev kun brugt hos 10% (Nødgaard, 2000).

Konklusion om etniske minoriteters forbrug af sundhedsydelser

Ud fra litteraturen kan det således skønnes, at de etniske minoriteter i Danmark bruger de vigtigste profylaktiske ydelser i sundhedsvæsenet: sundhedspleje, børnevaccinationer, forebyggende undersøgelser hos praktiserende læge og fødsel på sygehus i nogenlunde samme omfang som indfødte danskere, mens tandlægeundersøgelser, mødregrupper, fødselsforberedelseskurser og jordemoderkonsultationer bruges i lidt mindre omfang – idet der dog ikke er tal for de sidste to forebyggende tilbud efter omlægning af svangreomsorgen. Når det gælder behandling bruges de fleste former for ambulant behandling i nogenlunde samme omfang som blandt danskere, med tendens til en anelse flere sygehusindlæggelser af voksne. Undtaget er dog nogle former for behandling, der kræver egenbetaling, såsom tandbehandling, kiropraktor og fysioterapeut. Der er muligvis samtidig tale om lidt flere indlæggelser, når man tager minoriteternes yngre alder i betragtning.

Tolkning

Når patient og behandler ikke taler samme sprog og er fra vidt forskellige kulturer, er det en udfordring at kunne kommunikere, således at behandleren kan forstå patientens problem og vurdering af problemet, og således at patienten kan forstå behandlerens opfattelse, forklaring, vurdering og behandlingsforslag. Trods eventuelle divergerende opfattelser af sundhed og sygdom og trods forskellige forklaringsmodeller hos patient og behandler, er det nødvendigt at begge parter får mulighed for at fremføre deres mening, fakta om sygehistorie, symptomer, fund og behandlingsmuligheder. Også når patient og læge refererer til forskellige forklaringsmodeller på sundhed og sygdom: fx hvis patienten mener, at sygdomme skyldes ”onde øjne” og lægen, at den skyldes bakterier (Sachs, 1983), kan en gensidig fremlæggelse være frugtbar, idet den giver de to parter mulighed for at forstå hinanden og for at få en fælles forståelse af, hvordan sygdommen kan behandles (Elverdam, 1989 og 1991).

Patienter fra etniske minoriteter kommer dog til læge af samme grund som alle andre: for at få hjælp, måske råd og behandling for noget, de er bekymrede over. De har behov for at fortælle om deres sygdom eller problem, og for at give udtryk for deres opfattelse af det. De har også behov for lægens vurdering af det, hvad diagnosen er, evt. hvad sygdommen skyldes, hvordan den behandles. I vestlig biomedicin lægger

man stor vægt på at få en diagnose, før man behandler. Her er sygehistorien overordentlig vigtig, og den er det som regel kun patienten selv, der sidder inde med. Hvis man ikke kan tale ordentligt sammen med patienten på grund af manglende fælles sprog, er det næsten umuligt at få en ordentlig sygehistorie. Det er ofte specielle ord og begreber, der er brug for i samtalen, og samtidig har nogle patienter ikke særlig stor viden om krop, sygdom. og om behandling og sundhedsvæsenet i Danmark. Første skridt til et godt møde mellem patient og behandler er derfor at bruge tolk – det vil hjælpe kommunikationen i begge retninger. Som en gennemgående tråd i al dansk forskning om mødet mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet er der påpeget problemer med manglende brug af tolk. Det går igen fra de første undersøgelser i 70'erne, og med stadig øget intensitet indtil nu!

I Danmark har patienter ikke ret til at bruge tolk ved mødet med social- og sundhedsvæsenet, i Sverige derimod har de derimod et egentligt retskrav. I lærebøger og forskning om etniske minoriteter understreges det, hvor nødvendigt det er at bruge en tolk, og at der skal bruges professionelle tolke – ikke børn, og ikke tilfældigt personale, slægtninge m.v., som ikke har tavshedspligt eller ikke har den fornødne viden, så de er i stand til at tolke forsvarligt. Risikoen for fejl og misforståelser øges selvsagt når der ikke anvendes tolk, og mange steder betegnes manglende brug af tolk som uforsvarlig og uetisk, specielt tages der afstand fra at bruge børn som tolk (Lings, 1988, Andersen, 1997, Bajaj et al., 1992, Dyhr, 2000, Elverdam, 1989, Kvindeudvalget, 1998, Socialstyrelsen, 1999). I en alternativ rapport til FN's komité vedr. børnekonventionen anbefaler Nævnet for etnisk ligestilling og Det danske center for menneskerettigheder, at der udarbejdes en bekendtgørelse eller et cirkulære om, at børn ikke må bruges som tolke. Endvidere, at det pålægges offentlige myndigheder at sørge for, at børn ikke bruges som tolke – således at der bestilles en professionel tolk, når der er behov herfor. (Nævnet for etnisk ligestilling, 1999). I Sundhedsstyrelsens retningslinier om svangreomsorg hedder det: "Tolkebistand er ofte en essentiel betingelse for sundhedsvæsenets indsats", lige som det er antaget at udgifterne til tolk vil stige (Sundhedsstyrelsen, 1998).

Siden 1999 har praktiserende læger og speciallæger kunnet få et ekstra beløb til dækning af tidsforbruget forbundet med at bruge tolk ved en konsultation. Det er dog usikkert, i hvor stort et omfang, der bruges tolk, det er de fleste steder formentlig snarere undtagelsen end reglen (Dyhr, 1997). Enkelte praktiserende læger har faste aftaler med tolke som kommer på bestemte dage og henviser så vidt muligt alle samtaler på bestemte sprog til disse tidspunkter. Det samme er tilfældet med nogle sygehusafdelinger, der har mange patienter der taler fx tyrkisk eller arabisk. Andre sygehuse skærer tolkeservicen ned til det mindst mulige af budgetmæssige grunde. Nogle steder er det holdningen hos ansatte i sundhedsvæsenet, der blokerer for at bruge tolk: "Hvorfor skal vi bruge så mange penge på tolk? Hvorfor har de ikke lært dansk, når de er i Danmark?" (Jahn, 2001). Bortset fra dette vil der i akutte tilfælde ofte være problemer med at skaffe tolk, ligesom det ikke til hver en tid vil være muligt at skaffe professionel tolk på ethvert sprog.

Kulturmødet

Det er en udbredt opfattelse blandt nogle ansatte i sundhedsvæsenet, at mødet med etniske minoriteter er besværligt, frustrerende og ofte ikke fører til noget positivt, og at årsagen hertil er minoriteternes kultur, uvidenhed, undertrykkelse, manglende dansk kundskaber og manglende accept af autoriteten i det danske sundhedsvæsen. Elverdam har foretaget en kvalitativ og kvantitativ undersøgelse af mødet mellem muslimske patienter og deres praktiserende læge i to almene praksis i Københavnsområdet (Elverdam, 1989, 1991). Hun betragter ethvert møde mellem læge og patient som et møde mellem to verdener, med hver sin kulturelt afgrænsede forklaringsmodel. Det ideelle møde fordrer at de to forklaringsmodeller afdækkes, og et fælles grundlag skabes før behandling iværksættes; men dette sker ikke i konsultationerne med indvandrerpatienterne: ingen af parterne spørger til den andens forklaringsmodel og de to parter taler forbi hinanden. Elverdam har også beskrevet islamiske kulturers opfattelser af graviditet og fødsel og her pointeret nogle forskelle i forhold til en dansk opfattelse (Elverdam, 1998).

Men spørgsmålet er, om det i virkeligheden er forskelle i opfattelsen af fødslen, eller om det er fordomme og regler i det danske sundhedsvæsen, der gør mødet besværligt? Det synspunkt giver en antropolog udtryk for i sit speciale, baseret på deltagerobservation på en barselsafdeling (Jahn, 2001). Personalet opfattede kvinder fra etniske minoriteter som undertrykte, uvidende og besværlige, og mænd som kvindeundertrykkere, som ikke respekterede det danske kvindelige sundhedspersonales autoritet, og som ikke støttede kvinderne tilstrækkeligt under fødslen og ikke tog lige del i plejen af den nyfødte - sådan som danske mænd er begyndt at gøre siden 70'erne. Kommunikationen var besværlig og mangelfuld, der blev sjældent brugt tolk, på trods af hospitalets retningslinier for brug af tolk, og ægtemændenes ønske om tolk, blev betegnet som krævende og ofte afvist. Arbejdet med minoritetskvinder blev anset for frustrerende og var forbundet med lav status. Undersøgelsen foregik samtidig med at der i dagspressen blev ført en kampagne mod etniske minoriteter, og personalet refererede undertiden hertil. Fødselsforberedelseskurser og fremvisning af fødegangen for vordende forældre foregik ved kurser på dansk og engelsk, og blev således ikke tilbudt kvinder, der ikke talte disse sprog. Minoritetskvinderne fik en dårligere information, omsorg, pleje og behandling, og fik bl.a. ofte ikke en samtale før udskrivningen, så de kunne drøfte fødslen og eventuelle problemer igennem, på grund af manglende mulighed for tolkning. Minoriteternes kultur, kønsroller og mangelfulde dansk kundskaber - og ikke personalets manglende imødekommenhed og manglende brug af tolk - blev opfattet som den egentlige barriere af personalet. Den manglende ligestilling mellem de to køn og opfattelsen af de etniske minoriteter som en byrde, der kostede ekstra arbejde, blev brugt som begrundelse for diskrimination af minoritetskvinderne (Jahn, 2001).

Gülche har gjort gode erfaringer med fødselsforberedelse med brug af tolk hos grupper af minoritetskvinder, der talte samme sprog. Der var ikke komplikationer eller brug for kunstforløsning ved de efterfølgende fødsler; men der var tale om ret få patienter (Gülche, 1994).

Dyhr har i en kvalitativ undersøgelse beskrevet mødet mellem indvandrerkvinder fra Tyrkiet og den praktiserende læge (Dyhr, 1996). Lægerne oplevede hovedsageligt tre barrierer i mødet: patientforventninger, sprogproblemer og manglende tid. Nogle læger mente, at indvandrerkvinderne netop ønskede at komme til en autoritær læge, som ville ordinere en behandling. De brugte ikke tolk og lyttede ikke særligt efter, hvad patienterne egentlig kom for. Kvinderne derimod fremhævede sprogbarrieren som meget problematisk, og oplevede manglende respekt og ikke at blive hjulpet, når lægen ikke lyttede til dem. De forventede at lægen kunne stille en diagnose, baseret på en undersøgelse af kroppen, og at lægen gav dem den nødvendige behandling, og at han gav dem en forklaring, de kunne forstå. Det er egentlig ikke så forskelligt fra, hvad danske patienter forventer af en læge. Dyhrs pointe er, at lægen bør møde patienten som et unikt individ, lytte og spørge ind til patientens livssituation – og i øvrigt bruge en professionel tolk – og ikke lade stereotype forventninger om indvandrere dominere kontakten (Dyhr, 1996, Dyhr, 2000). Austveg i Norge pointerer ligeledes disse aspekter, samt at man ikke som behandler skal glemme sin egen faglighed i forundringen over mødet med en anden kultur, normalt rækker fagligheden, hvis den kombineres med sensitivitet over for patienten, og hvis sprogproblemerne kan overkommes ved brug af tolk (Austveg, 1997).

Lægers forestilling om at indvandrere og flygtninge ønskede en autoritær læge gik igen i en undersøgelse fra 1972 om polske flygtninge. Heller ikke her var dette dog almindeligt. De polske patienter lagde derimod vægt på, at lægen gav en fagligt god behandling, var støttende og lyttede til, hvad de fremførte af problemer, og hvilke tanker de havde gjort sig (Kempinski & Krasnik, 1972).

I en ny antologi om etniske minoriteter - kulturmøder i sundhedsvæsenet, er kulturmødet beskrevet af en række forfattere (Andersen & Jensen, red., 2001). Forskellige teorier om kultur, kommunikation, interkulturel kommunikation, samt islamiske og vestlige kulturers sundheds- og sygdomsbegreber præsenteres. Desuden kommer bogen ind på tolkning og på særlige forhold hos torturramte og flygtninge, samt mødet mellem sundhedsplejen og etniske minoriteter og om ældre fra etniske minoriteter.

Patienttilfredshedsundersøgelser blandt etniske minoriteter er kun foretaget i begrænset omfang (Kempinski & Krasnik, 1972; Brøndum & Guldager, 1994; Sonne, 1994). Et udtryk for at sundhedsvæsenet ikke altid kun opleves som hjælpende og støttende, ses i en undersøgelse om oplevet diskrimination. Mellem 12% og 16% af adspurgte fra Bosnien, Somalia, Tyrkiet og Libanon eller Palæstina havde ofte eller af og til inden for det seneste år oplevet fjendtlighed eller modvillighed i sundhedssystemet (Togeby & Møller, 1999). Det var nogenlunde samme andel i undersøgelsen, som havde oplevet fjendtlighed eller modvillig behandling ved kontakt med politiet.

Særlige tiltag i sundhedsvæsenet for etniske minoriteter

Særlige tilbud for etniske minoriteter

Nogle steder har man i sundhedsvæsenet lavet særlige tiltag for bestemte grupper. Det gælder bl.a. for patienter med hjertesygdom og diabetes på Bispebjerg Hospital, gravide og fødepatienter på Hvidovre Hospital (Gülche, 1994) og Skejby Sygehus. Desuden er der oprettet behandlings- og rehabiliteringscentre for torturofre, RCT, og for patienter med psykiske problemer som PTSD: OASIS, ETICA mv.. Sundhedsplejen og andre dele af sundhedsvæsenet er nogle steder blevet opkvalificeret ved ansættelse af indvandrerkonsulenter. Sundhedsstyrelsen har produceret vejledninger og retningslinier til sundhedsvæsenet vedrørende undersøgelse af minoritetsbørn og vedrørende forebyggelse af kvindelig omskæring. Der er også produceret materiale på minoritetssprog i form af videoer og pjecer, se Bilag 1.

Sundhedstjenesten for asylansøgere

For asylansøgere gælder særlige regler (Helweg-Larsen et al., 2000). Asylansøgere er udlændinge, som har søgt asyl, men som endnu ikke har fået asyl og er blevet anerkendt som flygtninge eller har fået midlertidig eller permanent opholdstilladelse på andet grundlag. De allerfleste asylansøgere bor i asylcentre, der drives af Dansk Røde Kors, eller i annekser hertil. Den største del af sundhedstjenesten for asylansøgere drives af Dansk Røde Kors, således er der ansat sygeplejersker på alle asylcentre; sygeplejerskerne visiterer til videre hjælp og tilrettelægger lægebesøg, tolkning, m.v.. Sundhedstjenestens målsætning er at møde asylansøgenes primære behov for undersøgelse, behandling, særlig omsorg og revalidering, samt at yde bistand ved forebyggelse og sundhedsfremme. Regelgrundlag for asylansøgers rettigheder vedrørende sundhedsvæsenet er fastlagt i Udlændingeloven samt i resultatkontrakter mellem Dansk Røde Kors og Udlændingestyrelsen.

Børn, gravide og fødende har ret til de almindelige forebyggende undersøgelser og vaccinationer og fødselshjælp. Børn har desuden ret til regelmæssige undersøgelser hos tandlæge. Asylansøgerne har mulighed for at få almindelig lægehjælp hos praktiserende læge eller vagtlæge ved behov, behandling i sygehusvæsenet ved akut behov og indtil 3 konsultationer hos psykiater og psykolog, og til indtil 5 konsultationer hos speciallæge efter visitation af almen læge. Ekstra konsultationer, ambulante indgreb, fysioterapeut, kiropraktor eller fodterapeut samt tandbehandling for over 2000 kr. (eller infektionsbehandling hos tandlæge for over 3000 kr eller protesearbejde for over 700 kr.) kun efter kautio hos Udlændingestyrelsen. Medicin, briller, hjælpemidler og tolk og transport betales normalt af Dansk Røde Kors. Udover i akutte situationer kan der - hvis Udlændingestyrelsen giver kautio - være tale om sygehusindlæggelse til behandling, der er smertelindrende, nødvendig og uopsættelig (Helweg-Larsen et al., 2000; Dansk Røde Kors 1997 og 2000; Dansk Røde Kors og Udlændingestyrelsen, 2001, Kjersem, 1994).

3. anbefalinger

Den vigtigste anbefaling må være at etniske minoriteter får et egentlig retskrav på at måtte bruge tolk i social- og sundhedsvæsenet. Dette må følges op af nødvendige ressourcer til brug af tolk, uddannelse af personalet i at bruge tolk, uddannelse af tolke og tilrettelæggelse af en tolkeordning, således at patienterne selv kan kontakte tolk, og tolken eller patienten kan aftale møde med sundhedsvæsenet. Det vil således spare

personalet for en del ekstra tid med at bestille tolk, ligesom mulighed for at kontakte en tolk i lægens telefontid formentlig vil være afgørende for, at flere etniske minoriteter søger egen læge i dagtiden, og færre søger vagtlæge eller skadestue uden for dagtiden.

Herudover er der behov for imødekommenhed fra begge sider. At de etniske minoriteter forstår, hvordan sundhedsvæsenet er indrettet og bør anvendes og indstiller sig herpå. Undervisning og oplysning om disse forhold kan gives på sprogkurser og af forskellige dele af sundhedsvæsenet, herunder af sundhedsplejen og den praktiserende læge, evt. understøttet af videoer eller pjecer på forskellige sprog og udsendelser i TV-programmer for etniske minoriteter.

Der er også behov for at sundhedsvæsenet imødekommer de etniske minoriteter, og giver dem en lige så god behandling som den danske patienter får. Også når behandlingen vil kræve flere ressourcer og mere tid, fx til brug af tolk, til produktion af forskelligt oplysningsmateriale, skriftligt materiale og videoer, til flere sundhedsplejerskebesøg eller oprettelse af fødselsforberedelseskurser med tolk tilknyttet. På nogle større enheder vil der formentlig være behov for adfærdskodeks om ikke-diskrimination, klart meldt ud fra lederside.

Endelig er der behov for uddannelse af sundhedspersonale om særlige forhold og særlige sygdomme hos nogle etniske minoriteter, fx særlige ernærings sygdomme, særlige arvelige sygdomme, forholdsregler ved rejser til oprindelseslandet for at undgå diare og smitsomme sygdomme, psykiske syndromer efter traumer (PTSD), psykiske sygdomme hos etniske minoriteter, følger efter tortur, og følger efter omskæring.

Ligesom inden for andre sektorer kan man forestille sig, at flere ansatte med patient- eller klientkontakt med udenlandsk baggrund i sundhedssektoren vil kunne bedre sundhedsvæsenets forståelse for og behandling af de etniske minoriteter. Der er dog samtidig behov for at professionelle fra etniske minoriteter bliver vel modtaget, får en solid indføring i det danske sundhedsvæsen, kommunikerer på et godt dansk og ikke selv udsættes for diskrimination i sundhedsvæsenet.

4. Hvor mangler der viden?

- Barrierer og muligheder for brug af den eksisterende forskning, viden og erfaring om etniske minoriteter og sundhedsvæsenet.
- Hvordan kan barrierer på grund af organisation, ressourcer, arbejdsgange, adgang, sprog- og kulturforskelle og adfærd og holdninger ændres i sundhedsvæsenet?
- Hvordan sikres de etniske minoriteter brug af tolk i sundhedsvæsenet?
- Hvordan kan en tolketjeneste organiseres mest hensigtsmæssigt?
- Hvordan når man ud med information om en hensigtsmæssig benyttelse af sundhedsvæsenets profylaktiske tilbud og behandlingstilbud til etniske minoriteter?

- Etniske minoriteters behov, og deres tilfredshed med sundhedsvæsenets tilbud.
- Hvordan kan samarbejdet mellem social- og sundhedsvæsenet om etniske minoriteter forbedres?
- Hvordan optimeres sundhedsfremme og forebyggelse blandt etniske minoriteter?
- Hvordan optimeres behandling og støtte til etniske minoriteter med psykiske problemer?
- Hvordan kan asylansøgere og etniske minoriteter med følger efter tortur og voldsomme belastninger (PTSD) sikres mod fortsat at blive nedbrudt psykisk?
- Hvilke behov er der for særskilte tilbud for etniske minoriteter?
- Forholdene i sundhedsvæsenet for professionelle fra etniske minoriteter.
- Rehabilitering blandt etniske minoriteter.

5. Igangværende undersøgelser

Lise Dyhr og John Sahl-Andersen: Kontaktmønsterundersøgelse til almen praksis blandt indvandrere og ikke-indvandrere i Københavns Kommune. Den centrale forskningsenhed for almen praksis og Afdelingen for almen praksis, Københavns Universitet

Vera Botelho & Morten Andersen: Differentials in Health Conditions between Danish-born population, Immigrants and 2nd generation of Immigrants. Afdelingen for Statistik og Demografi og Afdelingen for Klinisk Farmakologi, Syddansk Universitet, Odense.

Bjarne Rasmussen og Lene Byriel: 1. en kvantitativ undersøgelse om tosprogede unge fra undersøgelsen: Ung 99, der bygger på spørgeskemaer til unge i 5 amter og Frederiksberg Kommune, og 2. en kvalitativ undersøgelse, der bygger på interview om erfaringer med undervisning af tosprogede unge om seksualitet og prævention. Forebyggelsessekretariatet i Frederiksberg Kommune og Foreningen Sex og Samfund.

Allan Krasnik, Jette Joost Michaelsen, Anette Sonne Nielsen og Marie Nørredam På Afdelingen for sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet udføres for tiden et større et forskningsprogram om ”Muligheder og barrierer for sygehusvæsenets forebyggelsesindsats blandt patienter fra etniske minoriteter” i samarbejde med Bispebjerg Hospital. Af igangværende projekter kan nævnes:

- Diagnosemønstre og indlæggelsesvarighed blandt indvandrere og danskfødte på Bispebjerg Hospital
- (Københavns Kommunes sundhedsdirektorat og Stadslægen, 2000).
- Effect of ethnic background on Danish hospital utilisation patterns (Krasnik, under trykning, 2002)
- Brug af skadestue for indbyggere født i udlandet sammenlignet med danskfødte i København.
- En spørgeskemaundersøgelse om sygehuspersonales holdninger til etniske minoriteter

- Patientperspektiver på behandling og forebyggelse i hospitalsverdenen - om betydningsdannelse blandt migrantkvinder i lyset af deres livs- og migrantsituation.
- Kommunikation, kultur og magt – etniske minoritetspatienters og sygeplejerskers kommunikation om og opfattelse af sundhed, sygdom og forebyggelse.

Jette Vibe-Petersen, Dorrit Røjen og Mazhar Hussein, Bispebjerg Hospital:

Et kulturelt afstemt undervisningsprogram for pakistanske patienter med type 2-diabetes.

6. Litteratur

(*angiver, at der er refereret hertil i teksten)

- Andersen J.H. & Jensen A.D.R. , red.(2001). *Etniske minoriteter - kulturmøder i sundhedsvæsenet. København: Munksgaard.
- Andersen, M. (1997). *1. Dødbringende tolkefejl. 2. Tolk for mor og far. *Ugeskrift for Læger*, 159,1636-9 og 1640-3.
- Arenas, J. G., et al.(1987).*Flygtninges psykiske kriser. – Introduktion til eksilpsykologi. København: Psykologiske Forlag.
- Austveg, B. (1997).*Sundhedssektoren og indvandrere. Mangfoldighed, sundhed og sygdom. Dansk bearbejdning og forord ved Lise Dyhr og Saida Sonne. København: Hans Reitzels Forlag.
- Axelsen, M., & Nielsen, M. (1990). Jordemoder for indvandrerkvinder. København: Kroghs Forlag.
- Bajaj, K. et al. (1992). *Flygtninge og indvandrere. I: Michelsen N. et al.(red). *Klinisk Social Medicin*. 1. udgave. Side 238-255. København, Munksgaard.
- Betænkning nr. 1359. (1998). *Etniske minoritetskvindens integration og retsstilling i Danmark. (Delbetænkning II afgivet af det af Indenrigsministeren nedsatte kvindeudvalg.) København: Statens Information.
- Brøndsted, V. & Guldager, E. (1994). *Barselspleje på kort tid – omsorg nok? En sammenlignende undersøgelse af 398 københavnske mødre. København: Københavns Kommune. Socialdirektoratet. Afdelingen for børn og unge, Sundhedsplejen.
- Bülow, B. et al. (1990). Fødselskomplikationer og indgreb blandt indvandrerkvinder og danske kvinder i perioden 1983 – 1987. *Ugeskrift for Læger*, 152, 2917-20.
- Bælum, J. et al. (1991). *Sociale og sundhedsmæssige uligheder i et område med almennyttigt byggeri i Odense. *Ugeskrift for Læger*, 153, 1358-60.
- Dansk Røde Kors (1997). Det sygeplejefaglige arbejde på asylcentre i Danmark. København, Dansk Røde Kors, Asylafdelingen.
- Dansk Røde Kors (2000). Redegørelse for den medicinske modtagelse af voksne asylansøgere. København, Dansk Røde Kors, Asylafdelingen. (Stencil).
- Dansk Røde Kors Asylafdelingen og Udlændingestyrelsen (2001).* Entreprenørkontrakt mellem Dansk Røde Kors Asylafdelingen og Udlændingestyrelsen. (Stencil).
- Dyhr, L. (1992). Rapport om udvikling af forbedret service overfor indvandrerpatienter på en føde- og gynækologisk afdeling. København: Central forskningsenhed for almen praksis, København, & Rigshospitalet, Føde- og Gynækologisk afdeling Y. (Stencil).
- Dyhr, L. (1997).* Det almene i det anderledes (ph.d. afhandling). København: Central Forskningsenhed for Almen Praksis.
- Dyhr, L. (2000).* Etniske minoriteter. I: Michelsen, N. et al.(red). *Klinisk Social Medicin*. 2. udgave. Side 207-217. København, Munksgaard.
- Ebbesom, U. & Linebäck B., ed. (1997). Mångfald och ursprung. Rapport från ett multietnisk Sverige. Norrköping, Statens Invandrarverk.
- Elverdam, B. (1989).* Muslimske indvandrerpatienter og deres møde med den praktiserende læge. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering*; 67, 673-680.
- Elverdam, B. (1991). * Fra tradition til institution. Århus: Århus Universitetsforlag.
- Elverdam, B. (1998).* Fremmede kulturer – graviditets- og fødselstraditioner. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering*; 67 : 673-80.
- Flachs, L. & Melgaard, K. (1999).* Tilslutningen til børneundersøgelser og vaccinationer – et forsøg at bedre tilslutningen. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering*, 77, 249-256.
- Förvaltningslag (1986). (1986:223). Stockholm, Justitiedepartementet.
- Gottlieb, A., et al.. (2000). Projekt for etniske minoriteter. Team for tværkulturel psykiatri. Afsluttende rapport. Århus, Århus Amt, Lokalpsykiatri Vest.
- Guldager, E. (1994).* Spædbørn i profil: sundheden hos 3.098 københavnske børn. Hovedrapport. København: Københavns Kommune. Socialdirektoratet. Afdelingen for børn og unge, Sundhedsplejen.
- Gülche, H. (1994).* Rapport fra fødselsforberedelse for indvandrerkvinder. København: Hvidovre Hospital, Fødegangen. (Eget tryk).

- Helweg-Larsen, K. et al. (1999).* Fødsler og sociale forhold. Sociale risikofaktorer for lav fødselsvægt, dødfødsel og spædbarnsdød i 1991-92 og udviklingen i forhold til 1982-83. København: DIKE.
- Helweg-Larsen, K. et al. (2000). * En ekstern analyse af sundhedsområdet i Røde Kors' Asylafdeling. København: Dansk Sygehus Institut og Statens Institut for Folkesundhed. (Stencil, Intern rapport).
- Henriksen, I. (1987). Mødet mellem indvandrerfamilier og social- og sundhedssystemet. København: Socialforskningsinstituttet. *Publikation 158*.
- Hertz, S. (1993). Behandling på tværs. – om indvandrerbørn og –familier, skole, samfund og behandler. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Hjern, A. et al. (2001).* Is there equity in access to health services for ethnic minorities in Sweden? *European Journal of Public Health*; 11:147-152.
- Ingerslev, O. (2000).* Indvandreres kontakt til sundhedsvæsenet. Sundhedsforhold blandt indvandrere. I: Viby Mogensen G, & Matthiessen, P. C.: Integration i Danmark omkring årtusindskiftet, side 208-251. Aarhus, Aarhus Universitetsforlag.
- Jahn, A. W. (2001).* Forskelsskaber og fællesskaber i fødselsrummet – om sociale kategoriseringsprocesser med etnicitet som eksempel. (Specialeafhandling). Institut for Antropologi, Københavns Universitet.
- Jensen S.B. & Agger I. (1990). Flygtninges møde med det psykiatriske system. *Ugeskrift for Læger*, 152, 900-5.
- Jeppesen, E.Z. & Tamer, F. (1988).* Tyrkiske indvandrerkvinders erfaringer og holdninger i forbindelse med fødsel i Danmark. *Ugeskrift for Læger*; 150:1668-71.
- Jeppesen, E. Z. & Juul, S. (1988).* Obstetriske forhold blandt tyrkiske indvandrerkvinder. *Ugeskrift for Læger*, 150, 1604-8.
- Jeppesen, E. Z. (1990).* En kvalitetsvurdering af det danske sundhedsvæsens omsorg for tyrkiske indvandrerkvinder i forbindelse med graviditet og fødsel. Aarhus: Aarhus universitet, Socialmedicinsk institut & Aarhus Kommunehospital, Gynækologisk-Obstetrisk afdeling Y. Rapport nr. 3.
- Just Jeppesen, K. (1994).* Minoriteter og det sociale system. De fremmede i Danmark 4. København: Socialforskningsinstituttet.
- Just Jeppesen, K. & Nielsen, A. (1998).* Etniske minoritetsbørn i Danmark – det første leveår. Rapport nr. 2 fra forløbsundersøgelsen af børn født i 1995. København: Socialforskningsinstituttet.
- Just Jeppesen, K. & Nielsen, A. (2001).* Tosprogede småbørn i Danmark. Rapport nr. 4 fra forløbsundersøgelsen af børn født i 1995. København: Socialforskningsinstituttet.
- Kempinski, R. & Krasnik, A. (1972).* Integrationsproblemer i sundhedssystemet – de polske flygtninge i Danmark. København: Institut for social medicin. Publikation 2.
- Kjersem, H.J. (1994). Migrationsmedicin i Danmark. – Vurdering af nogle migrationsmedicinske problemstillinger blandt asylsøgere og flygtninge (Ph. d. afhandling). København: Dansk Røde Kors, Asylafdelingen.
- Kjærsgaard, A.M. et al. (1991).* Om tyrkiske indvandrere bosat i Gjellerupparken. 1. Metoder i social- og sundhedsarbejde. 2. Opvækstvilkår. 3. Skole og sociale forhold. 4. Familiesundhed. Århus, Århus Kommunes Social- og Sundhedsforvaltning.
- Klebak, S. (1984).* Hospitalsindlæggelser af indvandrerbørn i førskolealderen. *Ugeskrift for Læger*, 146, 603-5.
- Klebak, S. & Horst, C. (1978).* Fremmedarbejderbørn og danske børn – lige vilkår? Sundhedsstilstand og brug af medicinsk og social profylakse. København: Københavns Universitet, Institut for Social Medicin. Publikation nr. 8.
- Knudsen, L. B. et al. (1990).* Gravide indvandrerkvinders brug af det svangreprofylaktiske tilbud i Danmark 1983 – 1987. *Ugeskrift for Læger*, 152, 3611-4.
- Krasnik, A. et al. (2000). Diagnosemønstre og indlæggelsesvarighed blandt indvandrere og danskfødte på Bispebjerg Hospital. I: Sundhed og sygdom i København 2000, kapitel 3. www.sundby.kk.dk
- Copenhagen Health administration and Copenhagen Medical Office of Health. (2000). Diagnostic patterns and lengths of stay at Bispebjerg Hospital, in terms of immigrants and patients born in Denmark in: Health status in the city of Copenhagen. Copenhagen, Copenhagen Health administration and Copenhagen Medical Office of Health.

- Krasnik, A. et al. (2002, in press). Effect of ethnic background on Danish hospital utilisation patterns. *Soc Sci Med*.
- Kristensen, M. (1988).* Indvandrerpatienters indlæggelse i psykiatrisk sygehus. *Ugeskrift for Læger*; 148:1423-6.
- Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning og Stadslægen (1998).* Sundhed og sygdom i København '98. 1. Temadel. København: Københavns Kommune.
- Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning og Stadslægen (2001).* Diagnosemønstre og indlæggelsesvarighed blandt indvandrere og danskfødte på Bispebjerg Hospital. *i: Sundhed og sygdom i København 2000*. www.sundby.kk.dk.
- Liebach, B. & Fischerman, M. (1989).* Børnefamiliernes levevilkår i Københavns Kommune. I. En beskrivelse på grundlag af registerdata. *Ugeskrift for Læger*, 151, 3144-7.
- Lindblad, P. et al. (1993). *Drøm eller Virkelighed*. København: Dansk Gerontologisk Institut.
- Lindblad, P. et al. (1998). *Etniske minoriteter og Demens. Omsorg og pleje i Danmark, Frankrig og Storbritannien*. København, Dafolo Forlag.
- Lindblad P. (1996). Elderly people from ethnic minority groups. A Review of the current status of information on research and literature on the topic of the elderly from ethnic minority groups in the European Community.
- Lings, K. K. (1988).* *Dynamisk tolkning*. København: Specialpædagogisk Forlag.
- Madsen, M. et al. (1991).* *Børns sundhed ved skolestart*. København: DIKE.
- Mertz, A. (1992).* *Kultur, sundhed og sygdom – om indvandrere og flygtninge i sundhedsvæsenet*. København: Munksgaard.
- Mikkelsen, M. et al. (1989).* *Arvelige sygdomme hos indvandrere*. København: Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Montgomery, E. (1996). *Flygtningebørn fra Mellemøsten (ph.d.afhandling)*. København: Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre og, Århus Universitet, Institut for Epidemiologi og Socialmedicin.
- Nielsen, A. et al. (1999).* *Høringsvar til Sundhedsministeriet fra DIKE vedr. etniske minoritetskunders forhold på sundhedsområdet*. (Upubliceret).
- Nævnet for etnisk ligestilling. (1999). *Alternativ rapport til Danmarks anden rapport til FN's Børnekomité vedrørende FN-konventionen om Barnets Rettigheder – om etniske minoritetsbørns forhold i Danmark*. København: Nævnet for etnisk ligestilling.
- Nødgaard, H. & Nielsen, I. (1998).* *Børn af etniske mindretal på sygehus i Århus. Hvor tit – hvor længe – for hvad?* *Ugeskrift for læger*, 160, 2867-71.
- Nødgaard, H. (2000).* *Indlæggelser af minoritetsbørn (afhandling, Master of Public Health)*. Göteborg, Nordiska Hälsovårdshögskolan.
- Nørredam, M. et al. (1999).* *Indvandrerkvinders adgang til det danske sundhedsvæsen*. *Ugeskrift for Læger*, 161, 4385-8.
- Poulsen M. E. & Lange A. (1998).* *Indvandrere i Danmark*. København: Danmarks Statistik. *Kapitel 9, s. 93-104.*
- Psykiatrifonden. (1999).* *Etniske minoriteter i Danmark. Psykiske problemer og problemer med behandlingssystemet. (Rapport, baseret på en høring afholdt på Christiansborg d. 28. oktober 1999 arrangeret af SOS mod Racisme og PsykiatriFonden.)* København: PsykiatriFondens Forlag.
- Sachs, L. (1983).* *Onda ögat eller bakterier. Turkiska invandrarkvinnors möta med svensk sjukvård*. Stockholm, Liber Forlag.
- Socialstyrelsen (1997). *Invandrarkunskap i högskolautbildningen. En undersökning om yrkesutbildningar inom hälso- och sjukvårds- och det sociala området. Invandrarprojektet – rapport nr 1997:1*. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1998). *Levnadsförhållanden hos fyra invandrargrupper födda i Chile, Iran, Polen och Turkiet. Invandrarprojektet – rapport nr 1998:1. invandras levnadsvillkor 1*. Stockholm, Socialstyrelsen. SoS-rapport 1999:13.
- Socialstyrelsen (1999).* *Mångkulturell sjukvård. – En lärarhandledning för läkarutbildningen*. Stockholm, Socialstyrelsen. SoS-rapport 1999:13.
- Sonne, S. K. (1994).* *Indvandrerfamilier og spædbarnspleje – et vanskeligt møde mellem kulturer og traditioner. En brugerundersøgelse i Københavns Kommune*. København: Socialdirektoratet. Afdelingen for børn og unge, Sundhedsplejen.

- Sundhedsstyrelsen. (1992).* Vejledning om helbredsmæssige forhold hos udenlandske adoptivbørn og børn i indvandrerfamilier.
- Sundhedsstyrelsen. (1998).* Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse. Sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (1999).* Forebyggelse af omskæring af piger. København, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2002). Redegørelse for sundhedsbetjeningen af flygtninge og indvandrere, der kommer til Danmark, hvad angår smitsomme sygdomme. København, Sundhedsstyrelsen.
- Sygesikringens forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation (1999).* Aftale mellem Sygesikringens forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation om almen lægegering. Aftale mellem Sygesikringens forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation vedrørende profylaktiske helbredsundersøgelser af gravide og børn samt vaccinationer. Af 4. december 1997. Ændret ved aftale af 26. august 1999. (Stencils).
- Togeby, L. & Møller, B. (1999).* Oplevet diskrimination. En undersøgelse blandt etniske minoriteter. København: Nævnet for etnisk ligestilling.
- Team for tværkulturel psykiatri (2000).* Projekt for etniske minoriteter. Afsluttende rapport. Århus, Lokalpsykiatri Vest, Århus Amt.
- Uldall, P. & Jensen, J. (1984).* Ernæringsproblemer i småbarnealderen III: sociale forhold, kostvaner og udnyttelse af profylaktiske tilbud hos indvandrerbørn med ernærings sygdom og en kontrolgruppe. *Ugeskrift for Læger*, 146: 606-8.
- Wind-Andersen, K. & Rindel, A. (1995).* Boligen og børns sundhed. Delrapport 2. Børns indlæggelsesmønster i relation til boligforhold. Udarbejdet af Stadslægen i København. København: Bolig- og Byggestyrelsen.

Bilag 1

Sundhedsoplysning

Sundhedsoplysning praktiseres først og fremmest af jordemødre, sundhedsplejersker, ved de forebyggende undersøgelser hos de praktiserende læger, samt på holdbasis på sprogkurser i forbindelse med integrationsprogrammer i kommunerne og på andre kurser for indvandrere og flygtninge, fx på daghøjskoler. Nedenstående liste omfatter først og fremmest videoer og pjecer fra Sundhedsstyrelsen og landsforeninger og amter.

Oplysende materialer på fremmedsprog

Børns sundhed:

Sunde børn i et nyt land. Sundhedsstyrelsen (Pjece): arabisk, dansk, engelsk, farsi, kosovo-albansk, serbo-kroatisk, somali, tamilsk, tyrkisk, urdu, vietnamesisk.(1998).

Kost til børn fra 0 – 1 år. Grethe Mandrup og Amtscentralen AC/video, Århus Amt. (Video): arabisk, farsi, serbokroatisk, somalisk, tamil, tyrkisk, vietnamesisk (1989 – 1993).

En god start i livet. (om forskelle i opdragelsesmønstre blandt palæstinensere og danskere). Grethe Mandrup og Amtscentralen, Århus Amt (alfamedia). (Video): arabisk.

Sygehusindlæggelse:

Velkommen på hospitalet. Amtsrådsforeningen / Århus Amt. (Video): arabisk, farsi, serbokroatisk, tamil. (2001).

Kvindelig omskæring:

Lad os tale sammen. Sundhedsstyrelsen. Om kvindelig omskæring. (Video): engelsk og somali, (Pjece): somali (1998)

Prævention:

Familieplanlægning. Foreningen Sex og Samfund. (Pjecer). Tyrkisk (2000) og arabisk (2001), urdu og serbokroatisk (1994).

HIV og AIDS:

Tænder du på andre fyre. Sundhedsstyrelsen. (Pjecer): arabisk, bosnisk, engelsk, urdu, tyrkisk, tamil, farsi, somali. (1996).

14 Key Terms in the AIDS Debate. Sundhedsstyrelsen. (Pjece): engelsk (1996).

Fakta om hiv og aids. Sundhedsstyrelsen.(Pjecer): farsi/dansk, kiswahili/dansk, luganda/dansk (1996-1997).

Never again without. Sundhedsstyrelsen. (Video) (1994).

Face the facts. Sundhedsstyrelsen. (Video) (1996).

Stop spredning af AIDS. Sundhedsstyrelsen. (Video + pjece): serbokroatisk (1994).

Vedkommer AIDS os? Sundhedsstyrelsen. (Video + pjece): tyrkisk (1992).

Prøven er positiv. Sundhedsstyrelsen.(pjece) : fransk, spansk, engelsk (1997).

No glove No Love Sundhedsstyrelsen. (video) : engelsk (1995).

Tanker om aids. Sundhedsstyrelsen. (pjece og bånd): dansk, engelsk, urdu, arabisk og tyrkisk (1992).

Andre sygdomme:

Aldersdiabetes. (Video). Tyrkisk. Århus Amt (1992)

Daring to speak. Om stammen. (Video): engelsk. Amtscentralen, Århus Amt (1994).

Orientering om tuberkulose. Danmarks Lungeforening. (Pjece): dansk, arabisk, engelsk, grønlandsk, serbokroatisk, somali og tyrkisk. (2000).

© Anne Nielsen

ISSN 1601-5967

Published by:

AMID

Aalborg University

Fibigerstraede 2

DK-9220 Aalborg OE

Denmark

Phone + 45 96 35 91 33

Fax + 45 98 15 11 26

Web: <http://www.humsamf.auc.dk/amid>

AMID – Akademiet for Migrationsstudier i Danmark
The Academy for Migration Studies in Denmark

Director: Professor dr. phil. Ulf Hedetoft

The Academy for Migration Studies in Denmark, AMID, is a consortium consisting of researchers at research centers representing three institutions of higher education and two research institutes. AMID is supported by the Danish Research Councils of the Humanities and the Social Sciences.

The Consortium consists of the following members:

Aalborg University--Department of Sociology, Social Studies and Organization, Department of Economics, Politics and Administration, as well as *SPIRIT* (School for Postgraduate Interdisciplinary Research on Interculturalism and Transnationality) and Institute for History, International and Social Studies. Aalborg University is the host institution.

The Aarhus School of Business--CIM (Centre for Research in Social Integration and Marginalization).

Aarhus University--Department of Political Science.

The Danish National Institute of Social Research (Socialforskningsinstituttet, SFI).

The Institute of Local Government Studies (Amternes og Kommunernes Forskningsinstitut, AKF).