

Veje til etnisk lighed i sundhed



GPS – God Praksis i folkeSundhed 2020

Nana Folmann Hempler
Signe Smith Jervelund
Knud Ryom
Sarah Fredsted Villadsen
Kirsten Vinther-Jensen



Dansk Selskab for Folkesundhed

Kolofon

Arbejdsgruppe: Nana Folmann Hempler¹, Signe Smith Jervelund², Knud Ryom³, Sarah Fredsted Villadsen², Kirsten Vinther-Jensen³

¹ Steno Diabetes Center Copenhagen - Enhed for Sundhedsfremme, ² Københavns Universitet - Institut for Folkesundhedsvidenskab, ³ Aarhus Universitet - Institut for Folkesundhed

Udgivet af Dansk Selskab for Folkesundhed

København, september 2020

ISBN-nr. 978-87-92759-36-8

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	1
Forord	2
GPS'ens tilblivelse.....	3
Taksigelser	3
Definitionsboks	4
Indledning.....	6
Determinanter for etniske forskelle i sundhed	8
Køn, alder og genetik.....	9
Individuelle faktorer.....	9
Sociale relationer og fællesskaber.....	10
Leve- og arbejdsvilkår	11
Generelle socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige vilkår	12
Viden om etniske forskelle i sundhed i et livsforløb	14
Graviditet, fødsel og spædbørn.....	14
Børn.....	15
Unge.....	16
Voksne	16
Ældre	17
Dødelighed	18
Anbefalinger på organisatorisk og strukturelt niveau	19
Anbefaling 1	20
Anbefaling 2	21
Anbefaling 3	22
Anbefaling 4	23
Anbefaling 5	24
Anbefaling 6	25
Anbefaling 7	26
Anbefaling 8	27
Litteraturliste	28

Forord

Dette års GPS (God Praksis i folkeSundhed) belyser sundhed for borgere med etnisk minoritetsbaggrund fra ikke-vestlige lande. Trods et øget fokus på disse borgeres sundhed igennem de seneste 15 år, er der stadig store sundhedsmæssige forskelle sammenlignet med borgere med etnisk dansk baggrund, også selv om borgere med etnisk minoritetsbaggrund er en heterogen gruppe. Forskellene kan opstå allerede under graviditeten og forstærkes af den ulige eksponering af sundhedsrisici over et livsforløb. Årsagerne er flere og har rod i både individuelle og strukturelle forhold. Professor Allan Krasnik har formuleret følgende, der tager afsæt i, hvad vores samfund må gøre:

”Et samfund som det danske har udviklet sine velfærdsinstitutioner med henblik på at betjene borgere med en relativ ensartet kulturel baggrund og et livsforløb, som normalt primært udspiller sig i det danske samfund – fra fødsel til død. Med den stigende indvandring er det ikke længere en holdbar forudsætning. Indvandrerne kommer til landet med andre sproglige, kulturelle og sociale erfaringer, normer og kundskaber, og vore institutioner skal tilpasse sig denne nye virkelighed, hvis de skal leve op til deres formål.”

Det danske sundhedsvæsen skal ifølge Sundhedsloven bl.a. opfylde: Let og lige adgang til sundhedsvæsenet, let adgang til information og gennemsigtighed. Borgere med etnisk minoritets-baggrund har generelt et større behov for sundhedsydelse, men mange har ikke de fornødne forudsætninger for at kunne navigere i et dansk sundhedsvæsen. Et væsen som flere finder uoverskueligt og komplekst, og som heller ikke altid er indrettet til at imødekomme alle borgeres behov. Rehabiliterende, forebyggende og sundhedsfremmende indsatser tager heller ikke tilstrækkeligt hensyn til forskelle i kultur og sprog. Strukturelle og organisatoriske barrierer hæmmer borgeres oplevelse af lige adgang og opnåelse af fuldt udbytte.

Denne GPS ser på strukturelle og organisatoriske muligheder for at reducere den etniske ulighed i sundhed. Målgruppen for GPS'en er professionelle, beslutningstagere, administratorer og forskere, der arbejder med etniske minoriteter i såvel offentlige som private organisationer inden for sundheds-, integrations, social- og uddannelsesområdet samt frivillighedsområdet og civilsamfundet i Danmark.

Ulla Toft

Formand for Dansk Selskab for Folkesundhed

September 2020

GPS'ens tilblivelse

GPS'en er udgivet i regi af Dansk Selskab for Folkesundhed og forfattet af en arbejdsgruppe bestående af eksperter i etniske minoriteters sundhed med forskellige fokusområder. Arbejdet blev igangsat i efteråret 2019 og har involveret forskellige interessegrupper.

Der er afholdt et aktørmøde med praktikere inden for social- og sundhedsområdet på tværs af sektorer. Dette møde havde fokus på praktikeres perspektiver på udfordringer og potentialer i relation til sundhedsarbejdet målrettet borgere med etnisk minoritetsbaggrund. Sideløbende med den involverende proces er der gennemført grundige litteratursøgninger for at afdække den nyeste viden om sundhed blandt borgere med ikke-vestlig etnisk minoritetsbaggrund i forskellige livsfaser i Danmark og om sociale determinanter.

En række beslutningstagere, som repræsenterer kommuner, regioner, privatsektor og frivillige organisationer, blev involveret i udformningen af anbefalinger til indsatser på strukturelt og organisatorisk niveau, der kan reducere etnisk ulighed i sundhed. Det foregik med inspiration fra Delphi-metoden, som er en systematisk konsensusorienteret proces, hvor formålet var at formulere og prioritere anbefalinger til praksis.

Et udkast til GPS'en er forelagt forskere ved Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed (MESU), Københavns Universitet, der arbejder for at forbedre indsatsen vedrørende flygtninge og indvandreres sundhed gennem tværfaglig forskning, undervisning og formidling, samt med Bydelsmødre, en frivillig indsats under Fonden for Socialt Ansvar, der søger mod at skabe stærke fællesskaber og at bygge bro mellem kvinder med etnisk minoritetsbaggrund og kommunens og lokalsamfundets tilbud. GPS'en er også kommenteret af Mino Danmark, der arbejder for at styrke etniske minoriteters position i samfundet gennem viden og netværk. Anbefalingerne er præsenteret for bestyrelsen for Dansk Selskab for Folkesundhed. Kommentarer og ændringsforslag fra disse interessenter er indarbejdet i den endelige GPS.

Taksigelser

Vi vil gerne udtrykke stort tak til alle de personer, der har deltaget i aktørmødet og i Delphi-processen, for jeres indsigtfulde og værdifulde bidrag til denne GPS. Stor tak til MESU, Mino Danmark, Bydelsmødre og Bestyrelsen for Dansk Selskab for Folkesundhed for jeres kyndige og saglige kommentarer. Vi vil gerne takke stud.scient.san.publ. Minh Chau Nguyen for bidrag til udformningen af GPS'en og litteratursøgning, til bac.scient.soc. Sabina Drejer for udarbejdelse af forside og opsætning af GPS'en, til videnskabelig assistent Mie Lykke Jeppesen og seniorforsker Nanna Gram Ahlmark fra Statens Institut for Folkesundhed for deres indledende indsats i planlægning af GPS'en og til professor og overlæge Morten Sodemann fra Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital for løbende input til GPS'en.

Definitionsboks

Termer og definitioner af befolkningsgrupper afspejler forskellige historiske, politiske, sociale, kulturelle, etiske og konceptuelle omstændigheder og perspektiver samt videnskabsteoriske retninger. Samtidig er valg af sprogbrug og terminologi udtryk for en bestemt position eller praktiske hensyn, som reflekterer den aktuelle samfundsmæssige kontekst og forståelse. Kategoriseringer af befolkningsgrupper er behæftet med en række problemer og risici, og brug af terminologier og definitioner i GPS'en har derfor affødt mange diskussioner og overvejelser. Vi har forsøgt at undgå stigmatiserende udtryk og at være så nøgterne som muligt i valg af betegnelser. I denne GPS benytter vi den overordnede samlebetegnelse "borgere med etnisk minoritetsbaggrund", og hvor det er vurderet nødvendigt, bruger vi originallitteraturens terminologi. Undergrupperinger af borgere med etnisk minoritetsbaggrund anvendes i GPS'en, når det er vurderet relevant. Betegnelsen "indvandrere" bruges som paraplybetegnelse for alle borgere, der er født i udlandet, hvor ingen af forældrene har dansk statsborgerskab eller er født i Danmark, uden skelnen til opholdsgrundlag. Når det er væsentligt at fremhæve migrationsbaggrunde og/eller opholdsgrundlag anvendes følgende opdeling: i) Arbejdsindvandrere (inklusive studerende) (hvor arbejde/studie er primært opholdsgrundlag); ii) Flygtninge (hvor asyl er primært opholdsgrundlag); iii) Familiesammenførte (hvor familiesammenføring til en borger i Danmark er primært opholdsgrundlag). Det er vigtigt at holde sig for øje, at årsager til at migrere og opholdsgrundlag kan være en blanding, og kategorierne kan derfor være kunstige. Børn af indvandrere er ofte blevet kaldt andengenerationsindvandrere, men der er stærke argumenter mod brugen af dette udtryk. Det stempler gruppen på en ekskluderende måde, og det er en upræcis brug af udtrykket migration, da børn af indvandrere ikke selv har migreret. Derfor har vi valgt at kalde børn af indvandrere for efterkommere. Ligeledes er kategorisering af og terminologi for majoritetsbefolkningen ikke entydig, og vi har valgt at kalde den gruppe for borgere med etnisk dansk baggrund.

I denne GPS er følgende termer defineret og anvendt:

Borgere med etnisk minoritetsbaggrund: Indvandrede borgere og deres efterkommere med oprindelse i ikke-vestlige lande som klassificeret af Danmarks Statistik. Udokumenterede indvandrere og asylansøgere er ekskluderet fra GPS'en og er således ikke en del af den anvendte definition

Ikke-vestlige lande er defineret af Danmarks Statistik som alle øvrige lande end de 27 EU-lande samt Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Storbritannien, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand

Indvandrere: Personer født i udlandet, hvor ingen af forældrene har dansk statsborgerskab eller er født i Danmark

Efterkommere: Personer født i Danmark, hvor ingen af forældrene er danske statsborgere eller født i Danmark

Borgere med etnisk dansk baggrund: Personer med mindst én forælder, der både er født i Danmark og har dansk statsborgerskab

Flertalsbefolkningen/majoritetsbefolkningen: Den etniske befolkningsgruppe, som udgør flertallet, er borgere med etnisk dansk baggrund

Flygtninge: Personer der har fået tilkendt asyl efter betingelserne i FN's Flygtningekonvention "som følge af velbegrunnet frygt for forfølgelse på grund af sin race, religion, nationalitet, sit tilhørsforhold til en særlig social gruppe eller sine politiske anskuelser befinder sig uden for det land, i hvilket han har statsborgerret, og som ikke er i stand til - eller på grund af sådan frygt - ikke ønsker at søge dette lands beskyttelse" [1]. Derudover inkluderer betegnelsen personer, som risikerer dødsstraf, tortur eller anden umenneskelig og nedværdigende behandling i deres hjemland eller som har behov for beskyttelse på grund af en særlig alvorlig situation i hjemlandet med vilkårlig voldsudøvelse og overgreb på civile, men hvor personen ikke er individuelt forfulgt, eller på grund af humanitære årsager

Familiesammenførte: Personer som har fået opholdstilladelse i Danmark for at blive sammenført med et eller flere familiemedlemmer i Danmark

Asylansøgere: Personer som opholder sig i Danmark og har søgt om asyl (beskyttelse hos den danske stat), men som endnu ikke er anerkendt som flygtning

Udokumenterede indvandrere: Personer der opholder sig i Danmark uden legalt opholdsgrundlag

Kulturelle kompetencer: Viden, opmærksomhed, refleksion og færdigheder hos sundhedsprofessionelle, der er nødvendige for at yde behandling af høj kvalitet til borgere med forskellige etniske og kulturelle baggrunde [2]. Centralt i begrebet er, at kultur defineres som en dynamisk faktor, hvor den professionelle må reflektere over sit eget kulturelle ståsted og forforståelse af borgeren for at kunne kommunikere ordentligt

Indledning

Antallet af borgere med etnisk minoritetsbaggrund fra ikke-vestlige lande har været kraftigt stigende i Danmark de sidste årtier og udgør i dag 8,9% af befolkningen mod 1% i 1980. I absolutte tal udgjorde ikke-vestlige indvandrere 356.195 personer og deres efterkommere 160.066 personer per 1. januar 2020. De største ikke-vestlige etniske minoritetsgrupper repræsenteres af indvandrere fra Tyrkiet, Syrien, Irak, Libanon og Pakistan og deres efterkommere [3].

Der er i sundhedsforskningen argumenter for og imod nødvendigheden af at foretage kategoriseringer af borgere med etnisk minoritetsbaggrund. De repræsenterer en meget heterogen gruppe i forhold til bl.a. oprindelse, antal år i Danmark, kultur og religion, sociale og økonomiske forhold samt sygdomsforståelse. Gruppen har forskellige sundhedsmæssige ressourcer og udfordringer samt forskellige behov for sundhedsydelser. Differentieringen af individer ud fra etnicitet kan således være stigmatiserende og forstærke skel og forskelle i samfundet [4]. På den anden side er det i en folkesundhedsmæssig optik vigtigt at adressere forskelle mellem befolkningsgrupper. Dokumentation af forskelle muliggør en indsigt i de sociale uligheder i samfundet, hvilket er en forudsætning for fremtidige organisatoriske og strukturelle forandringer. **Denne GPS (God Praksis i folkeSundhed) har ikke til hensigt at skabe en stigmatiserende os/dem dikotomi, men vil netop belyse en folkesundhedsmæssig udfordring og foreslå udvalgte strukturelle og organisatoriske anbefalinger, der kan bidrage til at skabe større etnisk lighed i sundhed i Danmark.**

Etnicitet er et komplekst begreb, som ændres over tid og afspejler samfundets forståelse af etniske grupper. En anvendt definition af etnicitet er "personer, der identificerer sig selv (eller identificeres af andre) med en social gruppe på baggrund af karakteristika såsom herkomst, kulturelle traditioner, sprog, kost, livsstil og religion" [5]. Begrebet etniske minoriteter anerkendes således i vid udstrækning som en social konstruktion og udtrykker, at gruppen opfatter sig selv eller af andre opfattes som forskellig fra flertalsbefolkningen [6]. Selvom etnicitet ikke kan defineres ud fra objektive kriterier såsom sprog, fødeland eller religion, men alene ud fra en subjektiv oplevelse af etnisk tilhørsforhold, benyttes termen ofte om befolkningsgrupper, hvis kulturelle, religiøse og sproglige forhold adskiller dem fra flertalsbefolkningen i det land, hvor de bor. Etnicitet er tillige et dynamisk begreb, hvor den etniske tilhørsfølelse kan ændre sig over tid, ligesom nogle godt kan føle, at de tilhører flere forskellige etniske grupper.

Danmarks Statistik klassificerer befolkningen i indvandrere, efterkommere og etniske danskere (se definitionsboks). Klassifikation af personer er ofte motiveret ud fra statistiske hensyn og politiske holdninger, men giver ikke nødvendigvis faglig mening. Danmarks Statistiks kategorisering af ikke-vestlige lande er bl.a. foretaget ud fra en betragtning om, hvilke lande der ligner Danmark mindst, men det betyder ikke, at de ikke-vestlige lande har mange træk til fælles.

Forskning i etniske minoriteters sundhed er ofte behæftet med upræcise definitioner og konceptuelle uklarheder af de anvendte begreber [5, 7]. Valg af kategorisering af befolkningsgrupper har betydning for, hvilke forskelle der identificeres mellem grupperne, samt hvilke årsagssammenhænge der identificeres som relevante [8]. Den eksisterende viden på området er fragmentarisk og afspejler det, der har været interesse for at forske i samt økonomiske støttemuligheder.

I denne GPS bruges begrebet borgere med etnisk minoritetsbaggrund og henviser til ikke-vestlige indvandrere og deres efterkommere i Danmark. GPS'en dækker ikke-vestlige indvandrere og efterkommere, men ikke udokumenterede indvandrere og asylansøgere.

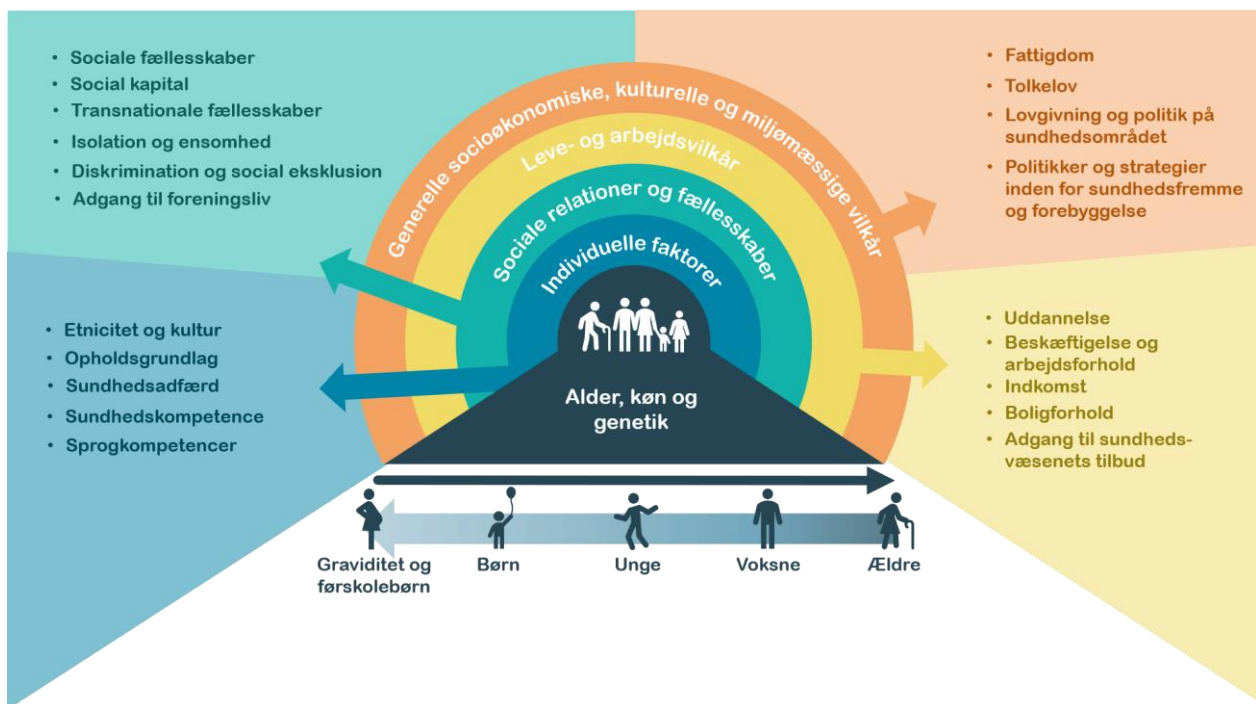
Der er stor heterogenitet i gruppen af borgere med etnisk minoritetsbaggrund, og når vi belyser ikke-vestlige indvandrere og efterkommer som en gruppe, mister vi nuancer. Det er alligevel valgt for at skabe et sammenhængende vidensgrundlag, der er nødvendigt for at skabe forandringer. Det er forsøgt at imødekomme denne heterogenitet ved at fremhæve etniske forskelle mellem grupper samt at belyse etniske minoriteters sundhed med afsæt i determinanter på individuelt, socialt, organisatorisk samt strukturelt niveau.

GPS'en starter med en gennemgang af de mest centrale determinanter, der har betydning for borgere med etnisk minoritetsbaggrunds sundhed. Dernæst følger en opsummering af dansk viden om sundhed i et livsforløbsperspektiv, og GPS'en slutter med otte strukturelle og organisatoriske anbefalinger med det formål at fremme sundheden og reducere den etniske ulighed i sundhed.

Determinanter for etniske forskelle i sundhed

Menneskers sundhed er indlejret i en større social og samfundsmæssig kontekst og påvirkes i et livsforløb af en række forskellige – og ofte interagerende – sundhedsskadelige og sundhedsfremmende faktorer. For indvandrere er der nogle særlige forhold og vilkår, som kan påvirke gruppens sundhed negativt: Eksponering for sundhedsrisici i hjemlandet, belastninger i migrationsprocessen, at være ny i et land med ringe kendskab til værtslandets institutioner, at være en minoritet i værtslandet med risiko for stigmatisering og marginalisering sammenholdt med ofte dårlige socioøkonomiske forhold og tab af social status.

For at beskrive determinanter for sundhed blandt etniske minoritetsborgere har vi ladet os inspirere af Regnbuemodellen, som er udviklet af Dahlgren og Whitehead [9]. Modellen illustrerer, hvordan menneskers sundhed og sygdom afhænger af determinanter på individuelt, socialt, organisatorisk og strukturelt niveau samt af det komplekse samspil og afhængighed mellem determinanterne. Figur 1 illustrerer de individuelle faktorer, sociale relationer og fællesskaber, leve- og arbejdsvilkår samt generelle socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige faktorer, som alle påvirker etniske minoritetsborgeres ressourcer og forudsætninger for sundhed og trivsel gennem hele livet.



Figur 1 Borgere med etnisk minoritetsbaggrund i et livsforløb: determinanter for sundhed

I nedenstående afsnit gennemgås de forskellige faktorer, der har betydning for sundheden med udgangspunkt i Figur 1.

Køn, alder og genetik

Borgere med etnisk minoritetsbaggrund har som samlet gruppe dårligere selv vurderet helbred, højere og hyppigere forekomst af langvarig sygdom og ringere mental sundhed end majoritetsbefolkningen, hvilket er særligt udtalt blandt kvinder med etnisk minoritetsbaggrund [10, 11]. Mens god mental sundhed er svagt stigende i voksenlivet for aldersgruppen 18-66 år med etnisk dansk baggrund, er det omvendte tilfældet hos etniske minoriteter [11]. Vi ved desuden, at ikke-vestlige indvandrere debuterer tidligere med nogle kroniske sygdomme fx type 2 diabetes, når man sammenligner med etniske danskere [12]. Genetik spiller her en rolle, men forekomsten er også påvirket af kultur og sundhedsadfærd [13, 14].

Individuelle faktorer

Etnicitet er en selvstændig determinant, som interagerer med andre traditionelle risikofaktorer. Etnicitet indkapsler geografisk oprindelsessted, historie, identitetsfølelse, familieanliggender, sprog, værdier, kulturelle normer, religiøse traditioner og madkultur. Disse faktorer er med til at påvirke den enkeltes sundhedsadfærd og opfattelse af sygdom, risikofaktorer, beskyttende faktorer og handlingsstrategier [15, 16]. Etnicitet påvirker således risikofaktorer som rygning, kost, alkohol og fysisk aktivitet. Der er etniske grupper, som ikke drikker alkohol, andre har kost- og fysisk aktivitetsadfærd og kropsidealer, som lettere fører til overvægt, mens andre etniske grupper i højere grad er normalvægtige, og nogle etniske minoritetsgrupper ryger mere end gruppen af etniske danskere [11].

Migration er en social forandringsproces, hvor mennesker flytter fra en kulturel ramme i oprindelseslandet for at slå sig ned i en anden kulturel ramme i værtslandet, hvilket kan påvirke sundhed både positivt og negativt [17, 18]. Årsagerne til migration kan deles op i såkaldte push-faktorer (de omstændigheder, der foranlediger en person til at migrere), som kan være krig, fattigdom og sult, og de såkaldte pull-faktorer (de faktorer, der trækker personen mod værtslandet), som kan være job- og uddannelsesmuligheder og demokrati [19]. Belastninger i migrationsforløbet, hvilket ofte gælder for flygtninge, påvirker både mental og fysisk sundhed gennem livet [18]. Samtidig medfører migration ofte stress, hvor mange konkrete forhold skal håndteres, og hvor fokus på mere abstrakte, statistiske og/eller langsigtede farer underprioriteres, hvilket kan betyde øget sundhedsmæssig risikoadfærd [20]. Sundhedsadfærd som fx rygevaner og sygdomsmønstre ændres imidlertid i takt med opholdstiden og kommer ofte til at ligne forholdene i værtslandet mere [21-25].

Sundhedskompetence kan hænge sammen med socioøkonomisk position, men er også en selvstændig parameter, der påvirker sundhed. God sundhedskompetence er en forudsætning for at kunne finde, forstå, vurdere og anvende viden om sundhed. Indvandrere, som er nye i landet eller ikke behersker det danske sprog, har særlige udfordringer. De har ringere viden om forskellige sundhedstilbud i Danmark og om, hvordan de navigerer i sundhedsvæsenet sammenlignet med de fleste borgere med etnisk dansk baggrund. Mange indvandrere kommer fra lande med anderledes sundhedssystemer herunder tilbud, behandlingsmuligheder og patientrettigheder, og de kan have anderledes sygdomsforståelse samt tærskel for, hvornår man opsøger sundhedsvæsenet [26]. Undersøgelser viser, at visse indvandrergrupper er i risiko for lavere sundhedskompetence, hvilket kan medføre dårligere adgang til sundhedsydelser og ringere udbytte af sundhedsvæsenets tilbud, hvilket igen fører til dårligere sundhed [27-29].

Sociale relationer og fællesskaber

Sociale relationer er en stærk determinant for sundhed [30]. Særlige sociale forhold gør sig gældende for etniske minoriteter. Ofte har indvandrere efterladt familie og venner i hjemlandet, og nogle indvandrere må vente længe på afgørelser om familiesammenføringer. Det kan skabe afsavn, ensomhed og utryghed. For mange borgere med etnisk minoritetsbaggrund er transnationale bånd et vilkår. Transnationale bånd rummer både nogle praksisser som økonomisk støtte, adgang til viden om sundhedsinformation og brug af sundhedsydelser i oprindelseslandet, sociale fællesskaber og emotionel støtte. Samtidig bidrager de transnationale bånd til personlig identitet og selvforståelse [31]. De transnationale bånd kan påvirke gruppens trivsel og sundhed såvel positivt som negativt [32].

Social kapital er ligeledes en determinant for sundhed [33, 34] og er et udtryk for sammenhængskraften i samfund, organisationer, grupper og familier. Social kapital er netværk, normer og social tillid, som faciliterer koordination og samarbejde til fælles bedste. Det eksisterer i forskellige relationsforhold, bl.a. bonding og bridging. Bonding betegner sociale bånd mellem personer i samme situation eller af samme status fx fælles etnisk baggrund. Det giver en følelse af fælles identitet, gruppeloyalitet og inklusion, men har både positive og negative konsekvenser som fx familiestøtte eller sociale belastninger. Bridging bygger bro mellem medlemmer af forskellige grupper og skaber nye og 'bredere' fælles identiteter og muliggør et større og langt mere inkluderende og heterogent netværk, som er den form for social kapital og tillid, der i sidste ende er mest gavnlig [34]. Idræts- og foreningsliv kan eksempelvis opleves som "bridging", idet deltagelse skaber netværk, samler mennesker på tværs, er kulturbærende og opbygger kompetencer af betydning for deltagelse i andre fællesskaber på tværs. Det påvirker også sundheden [35]. Børn med anden etnisk baggrund end dansk deltager sjældnere i foreningsidræt [35]. I Danmark har 7% af sportsklubberne specielle indsatser målrettet etniske minoriteter [36].

Borgere med etnisk minoritetsbaggrund kan blive udsat for diskrimination, som kan føre til marginalisering og eksklusion. Diskrimination kan opstå som følge af fx køn, alder, seksualitet, religion, hudfarve og etnicitet og kan finde sted i hverdagslivet, på uddannelsesområdet, på arbejdsmarkedet og i sundhedsvæsenet og andre institutioner. På trods af at ikke-diskrimination er et af EU's fundamentale principper, fortsætter diskrimination med at påvirke et stort antal borgere med etnisk minoritetsbaggrund i Europa, hvor 24% følte sig diskrimineret inden for de sidste 12 måneder. I Danmark rapporterede 41% af indvandrere fra lande syd for Sahara i Afrika og 26% af indvandrere fra Tyrkiet om at være udsat for diskrimination [37]. En undersøgelse fra Københavns Kommune viste, at 43% af unge med ikke-vestlig baggrund har følt sig diskrimineret inden for det sidste år mod 23% blandt unge med etnisk dansk baggrund [38].

Social kontrol er defineret som de handlinger eller sanktioner, som hæmmer eller begrænser den enkeltes livsudfoldelse, adfærd, valg og rettigheder. Der kan være en sammenhæng mellem unges mistrivsel og konkrete oplevelser med negativ social kontrol, trusler, vold og andre sanktioner [39]. 17-21% af kvinder og 10-15% af mænd med ikke-vestlig etnisk minoritetsbaggrund rapporterer, at de ikke må have en kæreste inden ægteskabet. Familiens ære kan spille en stor rolle for, hvad de unge må i deres hverdag [39]. Æresrelaterede konflikter kan fx opstå, når unges seksualitet skal kontrolleres. Konsekvenser af ikke at følge familiens norm kan i yderste fald være fatale [40]. Der kan også være udfordringer for kvinder med etnisk minoritetsbaggrund, når de vil skilles, hvilket kan betyde, at de lever i undertrykkende og voldelige ægteskaber i årevis [41].

Leve- og arbejdsvilkår

Leve- og arbejdsvilkår omfatter uddannelse, arbejde og indkomst, boligforhold og ikke mindst adgang til sundhedsvæsenet.

Uddannelse, arbejde og indkomst

Borgere med ikke-vestlig etnisk minoritetsbaggrund og især indvandrere er overrepræsenterede i lavere socialgrupper baseret på socioøkonomiske parametre som uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og indkomst [42].

Blandt 16-19-årige er kvinder i højere grad end mænd i gang med en ungdoms- eller videregående uddannelse – dette gælder både indvandrere, efterkommere og personer med dansk oprindelse. Efterkommerkvinder med ikke-vestlig oprindelse topper statistikken med flest under uddannelse (69,7%) [43]. Det tilsvarende tal for kvinder med dansk oprindelse er 64,3% (opgjort 19.06 2020). I 2019 havde 68% af kvinder i alderen 25-39 år med ikke-vestlig indvandrerbaggrund (indvandret i alderen 0-12 år) og efterkommere en erhvervskompetencegivende uddannelse og for mænd er tallet 50%. De tilsvarende tal for kvinder og mænd med etnisk dansk baggrund er hhv. 80% og 73% [43]. 80% af børn med begge forældre på kontanthjælp har ikke-vestlig minoritetsbaggrund [44]. Mange voksne indvandrere fra ikke-vestlige lande er indvandret i voksenlivet og har derfor ikke afsluttet en uddannelse i Danmark, hvorfor uddannelsesoplysninger i de danske registre ikke er retvisende for denne gruppe.

Der er stor forskel på de ikke-vestlige indvandrergrupperes tilknytning til arbejdsmarkedet, men overordnet ses ringere tilknytning til arbejdsmarkedet blandt indvandrere (særligt kvinder), sammenlignet med borgere med etnisk dansk baggrund. Dette er på trods af en stigning i beskæftigelsesfrekvensen generelt blandt indvandrere som gruppe siden 2015 [45]. Opholdstid i Danmark påvirker beskæftigelsen, dvs. jo længere opholdstid jo bedre tilknytning til arbejdsmarkedet [42]. Efterkommere har en bedre tilknytning til arbejdsmarkedet end deres forældre [46].

Diskrimination på baggrund af etnicitet er en af de udfordringer, som borgere med ikke-vestlig etnisk minoritetsbaggrund kan opleve på arbejdsmarkedet. Der findes kun sparsom forskning inden for dette felt. Et speciale fra Københavns Universitet viser, at arbejdssøgende skal sende 52% flere jobansøgninger end arbejdssøgende med etnisk dansk baggrund for at blive indkaldt til samtale på trods af enslydende kvalifikationer og uddannelsesbaggrund til de søgte stillinger [47].

Der ses en generelt lavere indkomst blandt ikke-vestlige indvandrergrupper sammenlignet med etniske danskere, hvilket varierer efter opholdsgrundlag, hvor særligt flygtninge er markant overrepræsenteret i gruppen med ringest indkomst [48]. Fattigdom ses især blandt ældre ikke-vestlige indvandrere, hvor 25% mellem 65 og 79 år i 2010 var i risiko for fattigdom, mens dette var tilfældet for 2 % af borgere med etnisk dansk baggrund i samme alder [49].

Boligforhold

Danmark er et af de europæiske lande, som har mindst segregation [50]. Alligevel er der en tendens til, at borgere med etnisk dansk baggrund fravælger at bo i byområder, hvor der bor mange med ikke-vestlig indvandrerbaggrund. Der bor knap 1 million mennesker i den almene boligsektor, hvoraf 25% er beboere med ikke-vestlige etnisk minoritetsbaggrund [51]. De bor i højere grad end beboere med etnisk dansk baggrund i udsatte boligområder og har ofte ringere boligforhold. Familier på integrationsydelse bor ofte i boliger med trange vilkår, og hvor der er problemer med råd, svamp og utætte vinduer [52].

Selvom der er relativ høj grad af oplevet tryghed i udsatte boligområder, mener færre beboere i udsatte boligområder, at deres boligområde er trygt (7 ud af 10) sammenlignet med beboere andre steder (9 ud af 10). Når det handler om tryghed i egen bolig, er der kun marginal forskel [53].

Sundhedsvæsen

Selvom sundhedsvæsenet bestræber sig på at være effektivt og let tilgængeligt, kan det være udfordrende for indvandrere, der ikke på forhånd kender systemet, ikke behersker det danske sprog og/eller har det nødvendige sociale netværk til at få hjælp, at få et optimalt udbytte af det danske sundhedsvæsen [54]. Borgere med etnisk minoritetsbaggrund og særligt indvandrere kan opleve sociale, kulturelle og sproglige barrierer i forhold til adgang til og brug af sundhedsvæsenet. Selvom der findes store forskelle etniske grupper imellem, benytter ikke-vestlige indvandrere generelt færre forebyggende ydelser, heriblandt graviditetstilbud, tandlæge, livmoderhalskræft og mammografiscreening, mens de har et højere forbrug af akut behandling og skadestuebesøg i forhold til borgere med etnisk dansk baggrund [55-57].

En udfordring i mødet mellem sundhedsprofessionelle og borgere med ikke-vestlig etnisk minoritetsbaggrund er, at der kan være forskelle i opfattelser af sundhed, sygdom og forventninger til konsultationen. Dette kan medføre, at nogle føler sig forkert behandlet, får manglende tillid til personalet eller ikke oplever at blive taget seriøst af den sundhedsprofessionelle. Der kan opstå forskelsbehandling, fordomme og utilsigtet diskrimination. Kulturelle kompetencer blandt sundhedsprofessionelle er vigtige for at forstå forskelle og nedbryde eventuelle stereotyper. Træning i sådanne kompetencer omfatter blandt andet viden om etnisk ulighed, bevidsthed om at kultur former vores tænkning og handling samt evne til at formidle sundhedsviden til diverse brugere [2, 58].

Generelle socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige vilkår

Samfundsmæssige mekanismer og strukturer kan påvirke sundhed gennem love, reformer og politikker. I denne GPS er der udvalgt tre områder, som vurderes at have særlig stor betydning for indvandreres sundhedstilstand og adgang til sundhedstilbud - nemlig 'Integrationsydelsen og fattigdom', 'Tolkeloven' og 'Manglende politikker og adgang til sundhedsfremme og forebyggelse'.

Integrationsydelsen og fattigdom

I 2015 blev integrationsydelsen indført (nu kaldet selvforsørgelse- og hjemrejseydelse eller overgangsydelse). Ydelsen gives til arbejdsløse på kontanthjælp, der har opholdt sig i Danmark i mindre end ni år [59]. 96% af alle personer på integrationsydelse er indvandrere eller efterkommere fra ikke-vestlige lande [52]. Ca. 50.000 mennesker i Danmark heriblandt 20.000 børn lever på integrationsydelse, som svarer til at leve i relativ fattigdom. En undersøgelse af den økonomiske situation og levevilkårene for børnefamilier på integrationsydelse viser, at modtagerne lever under grundlovens eksistensminimum [52]. Det betyder blandt andet, at familierne mangler penge til mad sidst på måneden og/eller der springes måltider over, og at de har vanskeligt ved at dække udgifter til fx transport, vintertøj, skoleudstyr og medicin [52]. Børn, der vokser op i fattigdom, er i stærkt forhøjet risiko for at få en lavere indkomst og ringere tilknytning til arbejdsmarkedet i voksenlivet sammenlignet med deres jævnaldrende, der ikke vokser op i fattigdom. Opvæksten får derfor vidtrækkende konsekvenser også i relation til sundhed [60].

Tolkelov

Særligt sproglige barrierer kan besværliggøre kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og indvandrere, hvilket bl.a. er forårsaget af et ofte uopfyldt tolkebehov. Denne sproglige asymmetri kan

afstedkomme en bred vifte af konsekvenser, herunder: 1) frustrationer og mistillid hos personalet og patienterne, 2) utryghed for patienterne, 3) dårligere afdækning af symptomer og sundhedsforhold, og 4) en forringet kvalitet af lægens rådgivning og behandling, så den ikke forekommer overensstemmende med det niveau, der gives til patienter med etnisk dansk oprindelse. Alt dette kan lede til dårligere udbytte af kontakten til sundhedsvæsenet samt højere sygelighed og dødelighed.

Bekendtgørelse om tolkebistand trådte i kraft 1. juli 2018 og indebærer et tolkegebyr for personer, som har boet i landet i mere end tre år [61]. Tolkegebyret kan reducere indvandreres adgang til og brug af sundhedsvæsenet, hvilket kan have implikationer for de mest sårbare patienter, der ikke besidder det økonomiske overskud til at betale for tolkebistand. Uopfyldte behov for tolke i diagnosefasen og under indlæggelse kan resultere i forsinket udredning og behandlingsgangsættelse, informeret samtykke på mangelfuldt grundlag samt utryghed og uvidenhed om, hvilke undersøgelser der tilbydes eller skal udføres [62]. Derudover besværliggøres patientens mulighed for at følge medicinske anvisninger eller lægens råd. For patienter uden de fornødne økonomiske ressourcer kan den nye tolkelov føre til, at deres familie og børn bruges som oversættere, hvilket af etiske årsager ikke er en hensigtsmæssig løsning. En anden konsekvens er, at patienterne fravælger at benytte sundhedsvæsenet, hvilket kan øge den etniske ulighed i sundhed yderligere.

Manglende politikker og adgang til sundhedsfremme og forebyggelse

Danmark har ingen national politik og strategi for sundhedsfremme og forebyggelse eller retningslinjer og handleplaner specifikt målrettet etniske minoriteter [63]. En systematisk gennemgang af sundhedsindsatser målrettet borgere med ikke-vestlig etnisk minoritetsbaggrund i kommuner viser, at politikker i mange kommuner ikke differentierer mellem borgere på baggrund af etnicitet eller sproglige forhold og ikke har specielle tilbud til etniske minoriteter, men at kommunens generelle sundhedstilbud er åbne for etniske minoritetsborgere med tolk [64]. Kulturel kompetence er væsentlige aspekter for at sikre adgang til og udbytte af sundhedstilbud for forskellige målgrupper fx i forbindelse med billeder på undervisningsmaterialer, hvor det er vigtigt at indtænke kultur, sprog, historie, miljø og psykologiske faktorer [2, 65]. En del kommuner har forskellige indsatser målrettet etniske minoriteters sundhed, men i en undersøgelse angiver 38 % af de adspurgte kommuner, at de ikke har målrettede og kulturelt sensitive tilbud til etniske minoriteter [64].

Viden om etniske forskelle i sundhed i et livsforløb

Graviditet, fødsel og spædbørn

Overvægt forud for graviditet (BMI \geq 25) forekommer for flere kvinder indvandret fra for eksempel Iran, Libanon, Marokko, Syrien og Tyrkiet og færre indvandret fra for eksempel Thailand, Vietnam, Kina, tidligere sovjetiske lande samt Rumænien sammenlignet med kvinder med etnisk dansk baggrund [66]. Uafhængig af vægt har kvinder med ikke-vestlig indvandrerbaggrund generelt - og især kvinder født i asiatiske lande - en øget risiko for at udvikle gestationel diabetes [66]. Der ses også øget forekomst af anæmi [67], øget forekomst af hepatitis B [68] og flere psykiatriske kontakter frem til et år efter fødslen blandt kvinder med etnisk minoritetsbaggrund sammenlignet med kvinder med etnisk dansk baggrund [69].

Der er stor etnisk heterogenitet i forekomsten af for tidlig fødsel [70], kejsersnit [71] og sværhedsgraden af børn født med lav vægt i forhold til gestationsalder (SGA) [70]. Fx har kvinder med libanesisk og somalisk oprindelse øget risiko for SGA, men lavere risiko for tidlig fødsel og kejsersnit, mens kvinder med pakistansk oprindelse har øget risiko for SGA og for tidlig fødsel, men ikke øget risiko for kejsersnit sammenlignet med etnisk danske kvinder. Børn af ikke-vestlige indvandrere har øget risiko for spastisk bilateral cerebral parese heriblandt også større funktionsnedsættelse [72]. Det er ligeledes vist, at børn af indvandrerkvinder fra ikke-vestlige lande har øget risiko for medfødte sygdomme relateret til slægtskab mellem forældrene, men forekomsten af disse sygdomme er lav [73]. Et studie har vist, at færre kvinder med etnisk minoritetsbaggrund ammer deres barn fuldt i 4 måneder i forhold til kvinder med etnisk dansk baggrund [74].

Der forekommer højere dødfødselsrate og spædbørnsdødelighed blandt børn af kvinder med etnisk minoritetsbaggrund fra Tyrkiet, Pakistan og Somalia i forhold til børn af danskfødte kvinder, mens der ikke er observeret øget risiko for børn af kvinder fra Libanon og tidligere Jugoslavien. Forskelle i risiko kan ikke tilskrives socioøkonomiske forklaringer [75, 76]. Et nyligt studie med opdaterede data frem til 2016 dokumenterer, at denne etniske ulighed i dødfødselsrate og spædbørnsdødelighed er vedvarende [77].

Der findes ingen opgørelser i Danmark over etnisk ulighed i mødredødelighed. Da mødredød heldigvis er en yderst sjælden hændelse i Danmark, benyttes et bredere mål for tilstande, hvor kvinder var tæt på et fatalt udfald kaldet "maternal near miss". Kvinder fra lande syd for Sahara i Afrika har øget risiko, mens kvinder fra Øst- og Sydøstasien har lavere risiko for "near miss", og kvinder fra de øvrige regioner i verden har samme risiko sammenlignet med kvinder fra Danmark [78].

En række studier har undersøgt organiseringen og kvaliteten af det tilbud, familier med etnisk minoritetsbaggrund modtager i den jordemoderbaserede svangreomsorg og i årene efter fødslen hos egen læge og sundhedsplejerske [79-82]. Samlet peger forskningen på, at kommunikationsudfordringer mellem de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet (egen læge, jordemoder og sundhedsplejersker) ikke fungerer optimalt. Konsekvenser heraf bliver et videnstab [81] eller ansvarsfralæggelse [79] blandt de professionelle. De største udfordringer synes at relatere sig til manglende organisatorisk fleksibilitet til at forstå og imødekomme den enkelte families behov, sproglige og kulturelle udfordringer i samtalen og endelig manglende inddragelse af familiers ofte komplekse hverdagsliv, hvilket kan lede til suboptimal behandling.

Børn

Overordnet er der sparsom litteratur om fysisk sundhed blandt børn med etnisk minoritetsbaggrund. De få studier på området viser, at der er øget udbredelse af type 1- diabetes blandt indvandrere/efterkommer piger og et højere gennemsnitligt blodsukkerniveau sammenlignet med børn med etnisk dansk baggrund [83]. D-vitaminmangel blandt børn med etnisk minoritetsbaggrund, især piger, er observeret i højere grad sammenlignet med børn med etnisk dansk baggrund [84, 85]. Derudover har en højere andel af børn med etnisk minoritetsbaggrund dårligere tandsundhed herunder en øget forekomst af karies sammenlignet med børn med etnisk dansk baggrund [84, 87]. I et systematisk review på nordiske data er det vist, at socioøkonomiske faktorer ikke ser ud til at have betydning for en øget risiko for dårlig fysisk sundhed blandt børn med etnisk minoritetsbaggrund [88].

Der er flere ligheder end forskelle mellem efterkommere, indvandrere og etniske danske børns sundhed og trivsel ved indskolingen. Dog afviger børn med etnisk minoritetsbaggrund på nogle betydningsfulde områder. Det gælder for øget risiko for uhensigtsmæssige kost- og aktivitetsmønstre, vurderet dårligere sprog samt flere sociale vanskeligheder end deres jævnaldrende [89]. Når det gælder overvægt, er andelen blandt børn med etnisk minoritetsbaggrund 15,3% og for svær overvægt 8,4%. De tilsvarende andele blandt børn af etnisk dansk baggrund er 8,4% og 1,7% [90]. Undersøgelser omhandlende fysisk aktivitet viser ligeledes betydelig forskel imellem børn med etnisk minoritets baggrund og børn med etnisk dansk baggrund. Piger med etnisk minoritetsbaggrund deltager markant mindre i idræt end piger med etnisk dansk baggrund, mens der ikke er væsentlige forskelle blandt drengene [89, 91]. Ligeledes finder undersøgelser, at børn med etnisk minoritetsbaggrund i højere grad benytter weekender til restitution, modsat børn med etnisk dansk baggrund, hvilket understreger betydningsfuldheden af skolen som sundhedsfremmende ramme [89]. Målt ved direkte objektive mål er det fundet, at børn med etnisk minoritetsbaggrund er lige så fysisk aktive som børn med etnisk dansk baggrund, til trods for at deres deltagelsesgrad i organiseret idræt er meget lavere [35]. Blandt forklaringerne på lavere deltagelse i organiseret idræt er manglende forældreerfaring med organiseret idræt og mangel på økonomiske/materielle ressourcer [35].

Børn af flygtninge har en påvist lavere deltagelse i børnevaccinationsprogrammet og børneundersøgelser sammenlignet med etniske danske børn [56, 92]. Lignende resultater ses også blandt indvandrere og nogle efterkommergrupper [93-95].

Undersøgelser af mental sundhed og trivsel viser, at børn med etnisk minoritetsbaggrund i højere grad end børn med etnisk dansk baggrund føler sig stressede, er bekymret for fremtiden, har problemer med at sove, mangler lyst til at spise, har mindre tillid til sig selv, føler sig udenfor og er ensomme [96, 97]. Særligt piger med etnisk minoritetsbaggrund føler sig ensomme [96, 98, 99]. Risikoen for at føle sig ensom som barn og ung med etnisk minoritetsbaggrund øges, hvis man ikke hører til blandt den etniske majoritetsgruppe i en skoleklasse [99]. At kunne identificere sig med den danske majoritet er beskyttende mod ensomhed blandt indvandrerbørn, mens identificeringen med en etnisk minoritetsgruppe er et værn mod ensomhed blandt efterkommere [100]. Fra 11-årsalderen har oplevelsen af at høre til flere steder og savne familiemedlemmer en stigende betydning for elever med familierelationer i andre lande. Børnene oplever en splittelse mellem på den ene side selv at identificere sig med flere lande og kulturer, og på den anden side at møde skolens norm om, at de kun bør identificere sig som danske. Denne splittelse forstærker følelsen af ikke at 'være inkluderet' eller 'høre til'. Blandt forklaringerne er synlig 'anderledeshed'. Anden hudfarve, kropsbehåring og kropslige kurver opleves som synlige tegn på, at de er 'anderledes' end børn med etnisk dansk baggrund - altså børn med den 'danske' hvide krop [63, 97].

Mistrivsel i skolen er ligeledes højere blandt elever med etnisk minoritetsbaggrund, der også oftere oplever utryghed i skolen [96]. I et systematisk review baseret på nordiske data fandt forfatterne, at forældrenes socioøkonomiske position i høj grad har betydning for øget risiko for dårligere mental sundhed blandt børn med etnisk minoritetsbaggrund [88].

Unge

Generelt har unge med etnisk minoritetsbaggrund et dårligere selv vurderet helbred end unge med etnisk dansk baggrund [11, 101, 102]. Omvendt har de en sundere adfærd i forhold til alkohol og rygning. Færre har smagt alkohol eller drukket sig fuld, og de har færre erfaringer med rygning og ulovlige rusmidler sammenlignet med unge med etnisk dansk baggrund [98]. For gymnasieelever med etnisk minoritetsbaggrund er mødet med de danske normer, herunder oplevelsen af sundhed, udfordrende. De oplever, at de ikke kan leve op til sundhedsnormerne (eksempelvis at opleve nydelse og tilfredshed med sig selv og sin krop), hvilket er medvirkende til selvbeprejdelse [63]. Flere unge i alderen 11-18 år med etnisk minoritetsbaggrund oplever stress og ekskludering, fordi de føler, at de ikke kan leve op til standarderne for "normalt" udseende og sundhedsadfærd sammenlignet med unge med etnisk dansk baggrund [97]. En interessant kontrast findes i en undersøgelse blandt 18-årige med etnisk minoritetsbaggrund, som viser, at pigerne på nogle områder trives bedre end piger med etnisk dansk baggrund målt på mental sundhed. Det gælder selvværd og selvskaade, hvor piger med etnisk minoritetsbaggrund angiver at have et bedre selvværd og færre spiseforstyrrelser, og samtidig har færre overvejet at gøre skade på sig selv sammenlignet med piger med etnisk dansk baggrund [98].

Voksne

Voksne med etnisk minoritetsbaggrund har generelt større sygelighed, når der sammenlignes med alderssvarende borgere med etnisk dansk baggrund. Dette ses både i forhold til mental og fysisk sygdom og afspejler sig i et dårligere selv vurderet helbred. De fleste studier på området er imidlertid af ældre karakter særligt på sundhedsadfærdsområdet og måske ikke længere retvisende i forhold til de nuværende sundhedsforhold.

Fysisk sygdom

Forekomsten af langvarige sygdomme særligt hjertekarsygdom og diabetes er generelt større blandt personer med etnisk minoritetsbaggrund sammenlignet med personer med etnisk dansk baggrund [12, 23, 103]. Forskellene er mest markante blandt personer født i Pakistan, Palæstina/Libanon, Tyrkiet, Somalia og Eksjugoslavien [10, 12]. På kræftområdet ses et omvendt mønster: Personer med ikke vestlig-indvandrerbaggrund har lavere risiko for at blive diagnosticeret med henholdsvis bryst-, gynækologisk -, mund-, svælg- og strubehoved-, samt testikel-, kolorektal- og lungekræft end personer med etnisk dansk baggrund [10, 54, 104, 105]. Endvidere er der fundet D-vitamin mangel blandt 76% af borgere med etnisk minoritetsbaggrund [106]. 22-48% blandt borgere med etnisk minoritetsbaggrund rapporterer om dårligt selv vurderet helbred, mens tilsvarende rapporteres blandt 10% af borgere med etnisk dansk baggrund [11].

Covid-19 pandemien har ramt særlig hårdt blandt borgere med ikke-vestlig etnisk minoritetsbaggrund i Danmark. Af dem, som i begyndelsen af august 2020 var konstateret smittet med corona-virus, tilhørte 70% etniske minoriteter [107]. Ekspertter peger på, at boligforhold har gjort isolation vanskeligere, arbejds-situationer har rummet øget eksponering, co-morbiditet har øget den biologiske sårbarhed, og endelig at sundhedsformidlingen ikke har været tilpasset etniske minoriteters kulturelle og sproglige behov [108] 2020.

Mental sundhed

Borgere med etnisk minoritetsbaggrund og især flygtninge har generelt et dårligere mentalt helbred sammenlignet med personer med etnisk dansk baggrund [10, 109]. De har større risiko for at udvikle skizofreni og skizofrenispektrumlidelser, og flere har mindst en psykiatrisk lidelse [110-112]. Flygtninge er en særlig udsat gruppe for dårligt psykisk helbred pga. traumatiske oplevelser i hjemlandet, under migrationen og i asylfasen [113]. I forhold til selvrapporterede psykiske sygdomme ses en højere forekomst af depression/angst [11]. Også sundhedsprofilen for Region Sjælland fra 2017 viser, at langt færre personer med etnisk minoritetsbaggrund er tilfredse med livet, og at langt flere har et dårligt mentalt helbred samt et højt stressniveau sammenlignet med personer med etnisk dansk majoritetsbaggrund [114]. Profilen peger på, at forholdene bl.a. skyldes oplevelsen af at være belastet af sin økonomiske situation, boligsituation og forhold til familie og venner.

Sundhedsadfærd

Den etniske sundhedsprofil fra 2008 viser, at 30-40% af indvandrere fra Eksjugoslavien, Libanon/Palæstina og Tyrkiet ryger dagligt, mens dette gælder 25% af etniske danskere [11]. Hvad angår fysisk aktivitet, har indvandrere et lavere niveau sammenlignet med etnisk danske borgere. 32-44% af indvandrere fra Libanon/Palæstina, Iran, Pakistan og Irak går højst 30 minutter om dagen sammenlignet med 24% af etniske danskere. Samtidig er indtaget af sukkerholdige drikke generelt større blandt etniske minoritetsgrupper, særligt i forbindelse med kaffe/the [11]. Ligeledes er indvandrere overordnet set i højere grad overvægtige sammenlignet med etniske danskere. 17-23% af indvandrere fra Eksjugoslavien, Libanon/Palæstina, Pakistan, Irak og Tyrkiet rapporterer svær overvægt mod 11% af etniske danskere [11]. Der ses generelt et lavere forbrug af alkohol blandt indvandrere. Blandt efterkommere er gruppen, som ikke drikker alkohol, væsentlig større end blandt etniske danskere. Dette mindre alkoholforbrug er særligt udtalt blandt kvinder i alderen fra 18-39 år fra Tyrkiet og Pakistan, hvor 92-98% rapporterer ikke at drikke alkohol sammenlignet med 26% af kvinder med etnisk dansk baggrund [11].

Brug af sundhedsvæsenet

Voksne indvandrere gør brug af sundhedsvæsenet på en måde, som adskiller sig fra majoritetsbefolkningen [55, 115]. Skadestue bruges mere [55, 115], mens tandlæge benyttes mindre [55]. Når borgere med etnisk minoritetsbaggrund er i kontakt med sundhedspersonale, viser undersøgelser, at kontakten i højere grad opleves utilfredsstillende for begge parter [116, 117]. Det er der forskellige forklaringer på, herunder sproglige barrierer, kulturelle forskelle i forståelse af krop, sygdom og symptomer, forskelle i den sundhedssøgende adfærd og sundhedsbehov samt manglende viden om det danske sundhedsvæsens funktion og mulighederne for at navigere i sundhedsvæsenet [29, 54, 61]. Derudover benytter personer med etnisk minoritetsbaggrund sig i højere grad af sundhedsydelse i udlandet. Særlig udtalt er indkøb af medicin fra udlandet blandt kvinder [55]. Motiverne relaterer sig i høj grad til opfattelse af bedre tilgængelig og kvalitet af sundhedsydelse, kendskab og tryghed samt behov for en "second opinion" [118].

Ældre

Der har været en stor stigning i antallet af indvandrere i alderen 60+ i Danmark i de sidste to årtier fra 39.265 personer i år 2000 til 80.883 personer i 2017 [119]. Der er endnu kun få danske studier om sundhed blandt ældre med etnisk minoritetsbaggrund.

Ældre indvandrere fra ikke-vestlige lande har lavere selvvurderet helbred samt dårligere trivsel og mental sundhed end majoritetsbefolkningen. Det afspejler deres livsbane præget af lav socioøkonomisk status,

langvarige påvirkninger fra traumatiske oplevelser og/eller eksponering af risikofaktorer før og efter migration [120].

Hvad angår demens blandt ældre indvandrere, er der fundet øget forekomst blandt tyrkiske indvandrere sammenlignet med den estimerede udbredelse i den danske befolkning [121], mens et andet studie har fundet mindre forekomst af demens blandt 60+ årige indvandrere sammenlignet med alderssvarende borgere med etnisk dansk baggrund [122]. Det forventes imidlertid, at der vil ske en markant stigning i antallet af demensramte blandt ikke-vestlige indvandrere [123]. Denne stigning kan tænkes at blive en udfordring, idet de ældre er underrepræsenterede i udredning, behandling og pleje for demens samt i stigende grad får mindre medicin, bl.a. pga. udfordringer ved tværkulturel demensdiagnostik og -pleje. Desuden kommer ældre demente indvandrere sjældnere på plejehjem, hvilket kan have flere årsager. Ældre fra ikke-vestlige lande får i højere grad hjælp fra familien sammenlignet med ældre med etnisk dansk baggrund [120], og det kan være en stigmatisering af familien at sende en ældre på plejehjem. Dog peger en undersøgelse på, at efterspørgsel efter offentlig hjælp til pleje og omsorg stiger i takt med opholdstiden i Danmark, da indvandreres kendskab til mulighederne øges med årene [120].

Dødelighed

Overordnet har ikke-vestlige indvandrere lavere samlet dødelighed end etniske danskere [124, 125]. Forventet levealder for ældre ikke-vestlige indvandrere (65 år) er observeret til at være et år længere end for ældre med etnisk dansk baggrund [126]. For sygdomsspecifik dødelighed ses et lidt forskelligartet billede. Mens der for kræftdødelighed [124, 125, 127] og alkoholrelaterede sygdomme [122] ses en overordnet lavere risiko blandt borgere med etnisk minoritetsbaggrund, er dødeligheden af diabetes højere [128-130] sammenlignet med borgere med etnisk dansk baggrund. For dødelighed af hjerneblødning, iskæmisk hjertesygdom og andre kredsløbssygdomme tegner der sig et tvetydigt billede, hvor nogle studier viser lavere [124, 125] og andre højere [129] dødelighed blandt mange etniske minoritetsgrupper sammenlignet med etniske danskere. Samtidig ses markante etniske variationer i forhold til dette billede – for eksempel ses lavere dødelighed af iskæmisk hjertesygdom blandt indvandrere fra Sydøstasien, men højere blandt indvandrere fra Sydøstasien sammenlignet med borgere med etnisk dansk baggrund [129]. Med hensyn til dødelighed af smitsomme sygdomme er det fundet, at flygtninge og familiesammenførte har højere dødelighed i forhold til borgere med etnisk dansk baggrund [130], mens der for ulykker ses det modsatte billede [131].

Anbefalinger på organisatorisk og strukturelt niveau

Anbefalingerne adresserer først og fremmest behovet for specifikke indsatser og tiltag, som kan reducere etnisk ulighed i sundhed, men berører også behovet for strukturelle indsatser, der sigter mod at skabe mere lighed i sundhed generelt, som borgere med etnisk minoritetsbaggrund også vil profitere af. Ved brug af anbefalingerne bør man være opmærksom på de forskelle, der findes mellem hhv. individer og grupper med etnisk minoritetsbaggrund fra ikke-vestlige lande med hensyn til ressourcer, levevilkår, behov og muligheder for at profitere af det danske sundhedsvæsen. De otte anbefalinger præsenteres ikke i en prioriteret rækkefølge.

Anbefalingerne hviler på det eksisterende videns- og erfaringsgrundlag. De er dynamiske og vil ændres ved tilvejebringelse af ny viden og flere erfaringer. Anbefalingerne er desuden inspireret og påvirket af internationale guidelines og anbefalinger på området i regi af blandt andet WHO, EU og EUPHA (the European Public Health Association).

Anbefaling 1

Styrke og nuancere sundhedspolitikker og -strategier

Sundhedspolitikker udarbejdes internationalt, nationalt, regionalt og kommunalt og afspejler aktuelle sundhedsforhold og strømninger. Politikker er dagsordenssættende og fungerer som pejlemærker. Danske nationale og lokale sundhedspolitikker og -strategier sigter netop mod mere social lighed i sundhed. Det anbefales, at de særlige behov og udfordringer som fx sundhedskompetence og sproglige, kulturelle og sociale forskelligheder blandt borgere med etnisk minoritetsbaggrund får mere opmærksomhed i politikker og strategier.

Hvordan kan det opnås?

- Sundhedspolitikker og -strategier kan i højere grad inddrage viden om sundhed blandt borgere med etnisk minoritetsbaggrund og deres sproglige, kulturelle og sociale normer og kundskaber. Sundhed kan indgå i alle politikker (Health in All Policies) og udformes, så de understøtter hinanden
- Sundhedsstyrelsen kan revitalisere sit fokus på borgere med etnisk minoritetsbaggrund og opdatere viden om etniske gruppers sundhed. Forebyggelsespakkerne og sundhedsaftalerne kan fx fremhæve sundhed hos borgere med etnisk minoritetsbaggrund som et fokusområde eller opmærksomhedspunkt
- Nationale netværk om sundhed blandt borgere med etnisk minoritetsbaggrund kan etableres og koordineres mhp. at sikre et kontinuerligt fokus. Den norske 'Enhet for migrationshelse' under Folkehelseinstituttet koordinerer fire nationale netværk: Indvandrersundhed i kommunerne, indvandrer-sundhed i frivillige organisationer, migrantvenlige sygehuse og forskning om migration og sundhed
- Internationalt samarbejde og koordination mellem officielle danske og internationale institutioner og organisationer, der beskæftiger sig med folkesundhed blandt borgere med etnisk minoritetsbaggrund, skal fortsætte og kan styrkes yderligere fx WHO og EUPHA (European Public Health Association).

Anbefaling 2

Styrke et sundhedsfremmende lokalmiljø

Borgere med etnisk minoritetsbaggrund bosætter sig ofte i områder, hvor der generelt bor mange borgere med etnisk minoritetsbaggrund. De stærke og indbyrdes afhængige bånd mellem mennesker og deres omgivelser er grundlaget for en bæredygtig vej til sundhed. Sundhed kan prioriteres og fremmes gennem en konkret og effektiv indsats i lokalmiljøet, hvor de lokale menneskelige og materielle ressourcer inddrages. En kommunal instans vil ofte være initiativtager.

Hvordan kan det opnås?

- Samarbejde med lokalsamfund, herunder etniske og andre foreninger, religiøse og åndelige ledere, moskeer, om sundhed og sundhedsfremmeindsatser eksempelvis via samskabelse. Bruge de eksisterende fysiske og organisatoriske rammer og inddrage og involvere de sociale relationer og netværk i udvikling og gennemførelse af lokale sundhedsfremmende indsatser fx familiestruktur og civile netværk
- Udvikle indsatser, der fremmer adgang til fællesskaber, kultur og bevægelse i nærmiljøer for både børn, voksne og ældre
- Opfordre og støtte foreninger og frivillige til synlighed og tilgængelighed i boligområder med mange borgere med etnisk minoritetsbaggrund. Organisere det arbejde det foregår i forenings- og frivillighedsøjemed til at inkludere og involvere borgere med etnisk minoritetsbaggrund – fx peer mentorordninger, netværksgrupper, idrætstilbud
- Etablere aktiviteter, der kan fremme integration mellem alle beboere i et boligområde og øger den sociale kapital fx via boligsociale helhedsplaner
- Etablere sundhedscentre/-indsatser i boligområder med mange borgere med etnisk minoritetsbaggrund, hvor der arbejdes med sundhedsfremme, forebyggelse, rehabilitering og støtte til at navigere i sundhedsvæsenet.

Anbefaling 3

Styrke sundhedsfremme og forebyggelse i et livsforløb

Sundhedsfremme og forebyggelse kan styrkes i forskellige livsfasen hos borgere med etnisk minoritetsbaggrund. Særligt vigtig er den tidlige indsats, som fordrer fokus på graviditet og efterfødselsforløb samt på mad, måltider og fysisk aktivitet blandt førskole- og skolebørn til forebyggelse af overvægt. Der er desuden behov for indsatser, der kan fremme trivsel og indlæring, afhjælpe ensomhed og stress blandt børn og unge generelt. Blandt voksne og ældre er der behov for at forebygge udvikling af kroniske og alvorlige sygdomme som fx type 2 diabetes, hjertekarsygdom, kræft og psykiske sygdomme samt et øget fokus på rehabilitering, så progression af sygdom mindskes, og livskvalitet øges.

Hvordan kan det opnås?

- Tilrettelægge organisering af forebyggende undersøgelser og vaccinationer for alle aldersgrupper, så de tilgodeser målgruppernes forskellige behov og opleves relevante og meningsfulde.

Børn og unge

- Tilrettelægge og målrette indsatser, der centrerer om graviditet og fødsel, så der er større koordination mellem jordemødre, praktiserende læger og sundhedsplejersker og mere fokus på forskelle i behov
- Styrke fokus på tidlige indsatser for førskolebørn til fremme af sundhedsadfærd, trivsel og sprog
- Styrke fokus på psykosocial og faglig støtte til skolebørn og nyankomne børn og unge
- Benytte skolen som arena for indsatser til at fremme mental sundhed for unge med etnisk minoritetsbaggrund, herunder kulturel kompetenceudvikling af folkeskolelærere og lærere på ungdomsuddannelser samt uddannelsesvejledere
- Benytte idrætsforeninger som arena for at fremme deltagelse og fastholdelse i idræt målrettet børn og unge
- Igangsætte tiltag, der retter sig mod sproglige og kulturelle barrierer, frafald og segregation blandt børn og unge i folkeskolen og på ungdomsuddannelser.

Voksne og ældre

- Fremme en professionaliseret og systematisk tilgang til flygtninges helbredsproblemer fx sundhedssamtale til alle med mulighed for henvisning til sundhedstilbud, der matcher problemerne
- Udvikle sundhedsfremme- og arbejdsmiljøindsatser på arbejdspladser, som rummer mange borgere med etnisk minoritetsbaggrund fx servicebranchen
- Fremme adgang til patientuddannelse og rehabilitering for personer med kroniske sygdomme med henblik på at fremme livskvalitet og forhindre progression af sygdom samt multisygdom
- Fremme og styrke sociale relationer for ældre borgere med etnisk minoritetsbaggrund for at afhjælpe ensomhed og dårlig mental sundhed
- Tilpasse forebyggende hjemmebesøg og andre tilbud til ældre borgere med etnisk minoritetsbaggrund, så hjemmebesøg og andre tilbud når ud til målgruppen og opleves relevant.

Anbefaling 4

Styrke det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde

Godt samarbejde mellem forskellige aktører på tværs af sektorer, forvaltninger, professioner og civilsamfund kan fremme borgernes navigation på sundhedsområdet. Risiko for at blive glemt eller falde mellem flere stole i overgange mellem sektorer er øget hos borgere med etnisk minoritetsbaggrund pga. lavere sundhedskompetence og sprogbarrierer. Der er især behov for at koordinere indsatser og at arbejde på tværs af forvaltninger og professioner. Det kan facilitere kontakt til målgruppen og tilbyde aktiviteter, som bedre matcher behovene.

Hvordan kan det opnås?

- Fremme fokus på rummelighed og fleksibilitet i tilbud og indsatser (fx håndholdt indsats, brobygning til aktiviteter i nærområde, sprogstøtte mv) og mindre fokus på standardløsninger
- Øge fokus på indsatser, som tilgodeser overgange mellem social- og sundhedstilbud
- Samarbejde på tværs af kommuner, så viften af kulturelt reflektive og inkluderende sundhedstilbud bliver større
- Udbygge og styrke indsatser, der er målrettet forbedret koordination og samarbejde mellem aktører fra sundheds-, integrations-, uddannelses-, bolig-, job- og socialområdet samt civilsamfund
- Styrke samarbejde mellem almen praksis, hospital og kommune ift. genoptræning, rehabilitering mv.
- Sikre ledelsesansvar i alle sektorer og forvaltninger for at legitimere og fastholde det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde om sundhed hos borgere med etnisk minoritetsbaggrund.

Anbefaling 5

Styrke professionelles kompetencer

Der er behov for at styrke viden, opmærksomhed, refleksivitet og færdigheder blandt velfærdssamfundets professionelle, da god dialog har betydning for social og psykisk trivsel, uddannelse, sundhed og sygdomsforebyggelse. Det er afgørende, at professionelle kan reflektere over eget kulturelle ståsted og fordomme samt den menneskelige tendens til at kategorisere. Professionelles adfærd kan blive en begrænsende skabelon for forståelse af borgere, som har en anden kulturel baggrund end den professionelle selv.

Hvordan kan det opnås?

- Fortsat fokus på rekruttering af studerende med etnisk minoritetsbaggrund til uddannelser inden for pædagog-, uddannelses-, social- og sundhedsområdet
- Uddannelse i kulturel kompetence¹ målrettet studerende i pædagog-, uddannelse-, social- og sundhedsprofessioner
- Efteruddannelse i kulturel kompetence til professionelle på pædagog-, uddannelse-, social- og sundhedsområdet.

¹ Seelemans et al.'s definition af kulturel kompetence [2] er både inkluderende og operationaliserbar på tværs af velfærdssamfundets institutioner, hvorfor vi tager afsæt heri. Kulturel kompetence rummer således, at professionelle opnår viden om etniske minoriteters behov og hvilke barrierer, de kan møde i specifikke organisationer (eksempelvis sundhedsvæsenet eller skolen) og i samfundet generelt, udvikler kompetencer til at kunne være selvrefleksiv og opmærksom på eget kulturelle ståsted, herunder egne og samfundsmæssige stereotyper og fordomme samt fjerne mulig stigmatisering og kan formidle information på en måde, hvorpå alle borgere kan forstå og følge anvisninger.

Anbefaling 6

Styrke adgang til sundhedstilbud

Manglende kendskab til og forståelse af danske sundhedstilbud kan have negative konsekvenser ift. brug og udbytte af sundhedsydelser blandt borgere med etnisk minoritetsbaggrund. Sundhedskompetence er en kombination af de personlige kompetencer og de ressourcer i omgivelserne, der bestemmer menneskers mulighed for at finde, forstå, vurdere og bruge informationer om sundhed. Sundhedstilbud, organisationer og systemer kan gøre information og ressourcer tilgængelige for alle mennesker uanset sundhedskompetenceniveau. Det kan være nødvendigt, at sundhedstilbud tilpasses kulturelt, så de imødekommer borgere med etnisk minoritetsbaggrunds positioner og behov og tager højde for diversiteten mellem forskellige etniske grupper.

Hvordan kan det opnås?

- Kommunernes integrationsprogram kan indeholde læring om sundhed og det danske sundhedsvæsen samt styrkelse af it-kompetencer til sundhedsapps, NemID, e-Boks, og sundhed.dk. Dette kan fx gøres i sprogskoleregi
- Sundhedsvæsenet kan tilrettelægge rammer og strukturer, så de i højere grad svarer til borgernes sundhedskompetencer
- Sundhedstilbud og -materialer udvikles til forskellige etniske gruppers behov. Informationsmateriale udvikles på forskellige sprog (fx kompendier/lydbøger, billedmateriale) med det formål at øge viden om sundhedsfremme, forebyggelse, sundhed og sygdom. Det sker i et samarbejde mellem almen praksis, kommuner og relevante organisationer i civilsamfundet, og materialerne distribueres på sociale medier og i læge- og tandlægeklinikker, sundhedscentre, boligområder, indvandrerorganisationer og -foreninger, butikker, religiøse- og kulturelle tilbud
- Fokus på rammer for rummelighed, sensitivitet og fleksibilitet i tilbud og indsatser (fx håndholdt indsats, brobygning til aktiviteter i nærområde, sprogstøtte mv)
- Øget kendskab til, forståelse for og brug af kulturelt reflekser og inkluderende tilbud.

Anbefaling 7

Styrke rammerne for tolkebistand og sproglig tilgængelighed af sundhedsvæsenets tilbud

Borgere med etnisk minoritetsbaggrund kan opleve sproglige barrierer i mødet med det danske sundhedsvæsen, som forringer adgang til samt brug og udbytte af sundhedsvæsenet og kontakten til sundhedsprofessionelle. Sproglige barrierer reduceres mest muligt for at efterleve let og lige adgang til sundhedsvæsenet og informeret samtykke ifølge sundhedsloven.

Hvordan kan det opnås?

- Sikre alle borgere med et tolkebehov en (vederlagsfri) tolk i deres kontakt med sundhedsvæsenet
- Afsætte mere tid i konsultationer og møder, når der anvendes tolk
- Benytte videotolkning på hospitaler og blandt praktiserende læger oftere. Videotolkning er en alternativ løsning til fremmødetolkning, som gør det nemmere, mere effektivt og billigere at skaffe tolk til konsultationssamtaler
- Oprette tolkeuddannelse på fremmedsprog og -dialekter, og som inkluderer de særlige sprogbegreber i sundhedsvæsenet for at sikre god kvalitet af tolkning
- Undgå at børn under 15 år og pårørende benyttes som oversættere. Oversættelse er en professionel opgave, og det kan være svært for pårørende at håndtere og formidle information om sundhed og sygdom. Kun i akutte tilfælde eller i situationer, hvor borgeren er i overhængende risiko for helbreds-skade, kan pårørende undtagelsesvis anvendes som tolk
- Udarbejde informationsmateriale om forebyggelse, sundhed og sygdomme på flere forskellige sprog og platforme (skrift, lyd, video)
- Fokuser på lixtal i kommunikationen og undersøge, om borgeren forstår den givne information
- Sikre at vigtig information om sundhed når ud til alle borgere (et godt eksempel er fx COVID-19)
- Investere i nye teknologiske løsninger til tolkning.

Anbefaling 8

Styrke dokumentation og forskning

Der er et stort behov for viden om sundhed blandt borgere med etnisk minoritetsbaggrunds for at kunne identificere, monitorere og etablere indsatser rettet mod etniske forskelle i sundhed. Der er i særdeleshed behov for kontinuerlig monitorering af sundhed samt interventions- og praksisforskning.

Hvordan kan det opnås?

Dokumentation af sundhed blandt borgere med etnisk minoritetsbaggrund fx:

- Sundhedsprofiler målrettet borgere med etnisk minoritetsbaggrund gennemføres og gentages regelmæssigt
- Medicinske databaser og kliniske journaler suppleres med oplysning om opholdsstatus, fødeland, forældres oprindelse, årstal for ankomst til Danmark, når dette vurderes relevant
- Sundhedstilbud til borgere med etnisk minoritetsbaggrund monitoreres – både kvantitet og kvalitet.

Forskning i sundhed blandt borgere med etnisk minoritetsbaggrund fx:

- Det komplekse samspil og indbyrdes afhængighed mellem forskellige determinanter i regnbuemodellen
- Relationen mellem migration og sundhed (fx hvordan bevares eller udvikles god sundhedsadfærd efter migration)
- Sundhedskompetence (fra hvilke kilder henter borgere med etnisk minoritetsbaggrund deres sundhedsinformation, og hvem taler de med om sundhed?)
- Adgang til, brug og udbytte af sundhedsvæsenets tilbud og ydelser
- Udvikling af meningsfulde kategoriseringer og forståelse af variationer mellem grupper med højere grad af anvendelse af selvidentificeret etnicitet
- Kulturelle kompetencer blandt professionelle og i organisationer.

Forskningsmiljøer, fonde og beslutningstagere igangsætter og prioriterer interventionsforskning med henblik på at udvikle nye metoder og modeller:

- Forbedring af mental sundhed i forskellige aldersgrupper
- Forebyggelse af kroniske sygdomme og komplikationer målrettet borgere med etnisk minoritetsbaggrund med kroniske sygdomme og multisygdom
- Etablering og styrkelse af gode sociale relationer indenfor (bonding) og på tværs af grupperinger (bridging)
- Styrkelse af navigation i sundhedsvæsenet og bedre overgang mellem sektorer og forvaltninger.

Litteraturliste

1. Udenrigsministeriet: Flygtningekonventionen. 1954, Retsinformation [sidst besøgt 28. august 2020]; Tilgået fra: <https://www.retsinformation.dk/eli/ltc/1954/55>
2. Seeleman, C., J. Suurmond & K. Stronks: Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. *Medical Education*, 2009. 43(3): s. 229-237.
3. Det Nationale Integrationsbarometer: Hvor mange og hvem er indvandrere i Danmark? 2020 [sidst besøgt 6. maj 2020]; Tilgået fra: <https://integrationsbarometer.dk/tal-og-analyser/INTEGRATION-STATUS-OG-UDVIKLING>
4. Kaplan, J.B. & T. Bennett: Use of race and ethnicity in biomedical publication. *JAMA*, 2003. 289(20): s. 2709-2716.
5. Bhopal, R.S.: Glossary of terms relating to ethnicity and race: for reflection and debate. *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979), 2004. 58(6): s. 441-445.
6. Spallek, J., H. Zeeb & O. Razum: What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? a life course approach. *Emerging Themes in Epidemiology*, 2011. 8(1): s. 6.
7. Karlsen, S. & J.Y. Nazroo: Measuring and analyzing 'race', racism and racial discrimination, I: *Methods in Social Epidemiology*, J.M. Oakes and J.S. Kaufman (red.), 2006, John Wiley & Sons: San Francisco: s. 86-111.
8. Oakes, J.M. & J.S. Kaufman: *Methods in social epidemiology*, J.M. Oakes & J.S. Kaufman (red.). 2006, San Francisco: Jossey-Bass, a Wiley Imprint.
9. Dahlgren, G. & M. Whitehead: Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. IDEAS Working Paper Series from RePEc, 1991.
10. Jervelund, S., et al.: Morbidity, self-perceived health and mortality among non-western immigrants and their descendants in Denmark in a life phase perspective. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 2017. 19(2): s. 448-476.
11. Singhammer, J.: *Etniske minoriteters sundhed*. 2008: Center for Folkesundhed.
12. Andersen, G.S., et al.: Diabetes among migrants in Denmark: incidence, mortality, and prevalence based on a longitudinal register study of the entire Danish population. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2016. 122: s. 9-16.
13. Ramachandran, A., et al.: Obesity in Asia - is it different from rest of the world. *Diabetes Metabolism Research and Reviews*, 2012. 28: s. 47-51.
14. Choi, S., et al.: Do risk factors explain the increased prevalence of type 2 diabetes among California Asian adults? *Journal of Immigrant and Minority Health*, 2010. 13(5): s. 803-808.
15. Giddens, A., *Sociology*. 1997, Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
16. Senior, P.A. & R.S. Bhopal: Ethnicity as a variable in epidemiological research. *British Medical Journal*, 1994. 309: s. 327-330.

17. Syed, H.R. & S. Vangen: Health and migration: a review. NAKMI papers, 2003. 2.
18. International Organization for Migration (IOM): Migration: a social determinant of health in migrants. 2006.
19. Mygind, A., et al.: Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici: betydningen af etnicitet og migration. A. Mygind (red.). 2006: Sundhedsstyrelsen.
20. Hansen, M.B. & M.N. Svendsen: Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse. M.B. Hansen & M.N. Svendsen (red.). 2005: Sundhedsstyrelsen.
21. Krasnik, A. & C. Michaëlis: Improving the health of migrants in Europe - a challenge and an opportunity, I: Migration and health: What we know so far, what is lacking in our understanding and how to move forward, S. Dias, J. Simões & P.P. Barros (red.). 2018, Almedina: Coimbra: s. 119-130.
22. Reiss, K., R. Schunck & O. Razum: Effect of length of stay on smoking among Turkish and Eastern European immigrants in Germany - interpretation in the light of the smoking epidemic model and the acculturation theory. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2015. 12(12): s. 15925-15936.
23. Hempler, N.F., et al.: A registry-based follow-up study, comparing the incidence of cardiovascular disease in native Danes and immigrants born in Turkey, Pakistan and the former Yugoslavia: do social inequalities play a role? *BMC Public Health*, 2011. 11(1): s. 662-662.
24. Holmboe-Ottesen, G. & M. Wandel: Changes in dietary habits after migration and consequences for health: a focus on South Asians in Europe. *Food and Nutrition Research*, 2012. 56(1): s. 18891-13.
25. WHO Regional Office for Europe: Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugee and migrant health. 2018, World Health Organization.
26. World Health Organization: Health of migrants. The way forward: Report of a global consultation. 2010: Madrid, Spain.
27. Fransen, M.P., V. Harris & M.-L. Essink-Bot: Low health literacy in ethnic minority patients: understandable language is the beginning of good healthcare. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 2013. 157(14).
28. Christy, S.M., et al.: Health literacy among medically underserved: the role of demographic factors, social influence, and religious beliefs. *Journal of Health Communication*, 2017. 22(11): s. 923-931.
29. Villadsen, S.F., et al.: Ehealth literacy and health literacy among immigrants and their descendants compared with women of Danish origin: a cross-sectional study using a multidimensional approach among pregnant women. *BMJ Open*, 2020. 10(5).
30. Berkman, L.F. & T. Glass: Social integration, social network, and health, I: Social Epidemiology, L.F. Berkman & I. Kawachi (red.). 2000, Oxford University Press: Oxford: s. 137-173.

31. Levitt, P. & N.G. Schiller: Conceptualizing Simultaneity: A Transnational Social Field Perspective on Society. *The International Migration Review*, 2004. 38(3): s. 1002-1039.
32. Fox, M., Z.M. Thayer & P.D. Wadhwa: Acculturation and Health: The Moderating Role of Sociocultural Context: Context Moderates How Acculturation Affects Health. *American Anthropologist*, 2017. 119(3): s. 405-421.
33. Wilkinson, R.: *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. 1996, London: Routledge.
34. Putnam, R.D.: *Bowling alone: the collapse and revival of American community*, R.D. Putnam (red.). 2000, New York: Simon & Schuster.
35. Nielsen, G.: The usual suspect: daglig fysisk aktivitet og idrætsdeltagelse blandt børn med anden etnisk baggrund end dansk, I: *Integration gennem kroppen: Idræt, etnicitet og velfærdspolitik*, S. Agergaard & H. Bonde (red.). 2013, Museum Tusulanums Forlag: s. 131-159.
36. Breuer, C., et al.: *Characteristics of European Sports Clubs. A Comparison of the Structure, Management, Voluntary Work and Social Integration Among Sports Clubs Across Ten European Countries*. 2017, Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, Syddansk Universitet: s. 69-70.
37. European Union Agency for Fundamental Rights: *Second European Union minorities and discrimination survey: main results*. 2017, Publications Office of the European Union: Luxemborg.
38. Københavns Kommune: *Rapport survey om medborgerskab blandt unge*. 2017, Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen.
39. Følner, B., S.A. Johansen & G.E. Hansen: *Unge oplevelser af negativ social kontrol: rapport*, B. Følner, S.A. Johansen & G.E. Hansen (red.). 2018, København: Als Research.
40. Liversage, A.: *Metoder i arbejdet med æresrelaterede konflikter og negativ social kontrol*. 2018, VIVE – Viden til Velfærd. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
41. Liversage, A. & J. Petersen: *Etniske minoritetskvinder og skilsmisse: med fokus på muslimske praksisser*. 2020.
42. Dansk Statistik: *Indvandrere i Danmark 2019*. 2019: København Ø.
43. Det Nationale Integrationsbarometer: *Uddannelse 2020* [sidst besøgt 19. august 2020]; Tilgået fra: <https://integrationsbarometer.dk/tal-og-analyser/uddannelse>.
44. Brygger, R.: *Indvandrere er stadig bagud på uddannelse*. 2020 [sidst besøgt 19. august 2020]; Tilgået fra: <https://www.da.dk/politik-og-analyser/integration/2020/indvandrere-er-stadig-bagud-paa-uddannelse/>.
45. Dansk Statistik: *Beskæftigelsesfrekvensen for indvandrere stiger*. 2019 [sidst besøgt 6. maj 2020]; Tilgået fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=30125>
46. Dansk Statistik: *Efterkommere fra ikke-vestlige lande har en højere beskæftigelse end deres forældre*. 2020 [sidst besøgt 2. maj 2020]; Sidst tilgået: <https://www.dst.dk/da/Statistik/Analyser/visanalyse?cid=37188>

47. Mellemløst Samvirke: Dokumentation: Diskrimination i Danmark. 2020 [sidst besøgt 17. marts 2020]; Tilgået fra: <https://www.ms.dk/arbejde/danmark/antidiskrimination/dokumentation>.
48. Dansk Statistik: Opholdsgrundlag afspejler sig i indkomstfordeling. 2018 [sidst besøgt 19. august 2020]; Tilgået fra: <https://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/nyt/GetPdf.aspx?cid=28079>.
49. Høg, M.A.: Ældre indvandrere er oftere fattige. 2017, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
50. Andersen, H.S.: Byområder med indvandrere fravælges af flertallet. 2019 [sidst besøgt 6. maj 2020]; Tilgået fra: <https://videnskab.dk/kultur-samfund/byomraader-med-indvandrere-fravaelges-af-flertallet>
51. Landsbyggefonden: Beboere i den almene boligsektor 2018. 2018.
52. Institut for Menneskerettigheder: Familier på integrationsydelse – en analyse af økonomi, afsavn og social eksklusion i et menneskeretligt perspektiv. 2018.
53. Christensen, G., et al.: Tryghed og trivsel i de udsatte boligområder. Undersøgelse af den aktuelle trygheds- og trivselssituation i de udsatte boligområder – en del af evalueringen af Landsbyggefondens boligsociale indsatser finansieret af 2015-18-midlerne. 2019, VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
54. Norredam, M., et al.: Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin. *European Journal of Public Health*, 2007. 17(5): s. 497-502.
55. Nielsen, S.S., et al.: Is there equity in use of healthcare services among immigrants, their descendents, and ethnic Danes? *Scandinavian Journal of Public Health*, 2012. 40(3): s. 260-270.
56. Møller, S., et al.: Differences in uptake of immunisations and health examinations among refugee children compared to Danish-born children: a cohort study. *European Journal of Pediatrics*, 2016. 175(4): s. 539-549.
57. Hertzum-Larsen R, Kjær SK, Frederiksen K, Thomsen LT, Participation in cervical cancer screening among immigrants and Danish-born women in Denmark, *Prev Med*. 2019 Jun;123:55-64.
58. Jongen, C., J. McCalman & R. Bainbridge: Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, 2018. 18(1): s. 232-15.
59. Udlændinge- og Integrationsministeriet: Orienteringsskrivelse om ændringer af integrationsloven, repatrieringsloven og lov om aktiv socialpolitik som følge af vedtagelse af lovforslag nr. L 140 i Folketinget den 21. februar 2019. 2019 [sidst besøgt 28. august 2020]; Tilgået fra: <https://uim.dk/filer/integration/orienteringsskrivelse-l140.pdf>
60. Juul, J.S. & M.H. Gandil: Fattigdom trækker spor ind i voksenlivet: Fordeling & Levevilkår 2017, M. Harboe, S. Steinitz & M. Michelsen (red.). 2017, Arbejderbevægelsens Erhvervsråd.
61. Sundhedsloven: Bekendtgørelse om tolkebistand efter sundhedsloven. 2018, Sundheds- og Ældreministeriet.

62. Sodemann, M., et al.: Barriers to communication between clinicians and immigrants. *Ugeskrift for Læger*, 2016. 177(35).
63. Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed (MESU): Forskningsprojektet SULIM - sundhed og inklusion af indvandrere og etniske minoriteter i Danmark: velfærdsinstitutioners rolle i forskellige livsfaser - opsummering af resultater. 2016, Det Sundhedsfaglige Fakultet. Københavns Universitet.
64. Jeppesen, M.L., F. Abdullahi & N. Ahlmark: Sundhedsindsatser i danske kommuner målrettet etniske minoriteter - En kortlægning af sundhedsfremme og forebyggelse. 2019, Statens Institut for Folkesundhed.
65. Resnicow, K., et al.: Cultural sensitivity in public health: defined and demystified. *Ethn Dis.*, 1999. 9: s. 10-21.
66. Kragelund Nielsen, K., et al.: Gestational diabetes risk in migrants: a nationwide, register-based study of all births in Denmark 2004 to 2015. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2020. 105(3): s. 693-703.
67. Nybo, M., et al.: Higher prevalence of anemia among pregnant immigrant women compared to pregnant ethnic Danish women. *Annals of Hematology*, 2007. 86(9): s. 647-651.
68. Wendland, A., et al.: Undocumented migrant women in Denmark have inadequate access to pregnancy screening and have a higher prevalence Hepatitis B virus infection compared to documented migrants in Denmark: a prevalence study. *BMC Public Health*, 2016. 16(424): s. 426.
69. Munk-Olsen, T., et al.: Perinatal mental disorders in native Danes and immigrant women. *Archives of Women's Mental Health*, 2010. 13(4): s. 319-326.
70. Pedersen, G.S., et al.: Preterm birth and birthweight-for-gestational age among immigrant women in Denmark 1978–2007: a nationwide registry study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2012. 26(6): s. 534-542.
71. Rasmussen, T.D., et al.: Ethnic differences in the risk of caesarean section: a Danish population-based register study 2004–2015. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2019. 19(1): s. 194-11.
72. Petersen, T.G., et al.: Cerebral palsy among children of immigrants in Denmark and the role of socioeconomic status. *European Journal of Paediatric Neurology*, 2019. 23(3): s. 507-516.
73. Gundlund, A., et al.: A register-based study of diseases with an autosomal recessive origin in small children in Denmark according to maternal country of origin. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2015. 29(4): s. 351-359.
74. Busck-Rasmussen, M., et al.: Breastfeeding practices in relation to country of origin among women living in Denmark: a population-based study. *Maternal and Child Health Journal*, 2014. 18(10): s. 2479-2488.
75. Villadsen, S.F., et al.: Cross-country variation in stillbirth and neonatal mortality in offspring of Turkish migrants in northern Europe. *European Journal of Public Health*, 2010. 20(5): s. 530-535.

76. Villadsen, S.F., L.H. Mortensen & A.-M.N. Andersen: Ethnic disparity in stillbirth and infant mortality in Denmark 1981–2003. *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979), 2009. 63(2): s. 106-112.
77. Rasmussen, T.D., et al.: Differences in stillbirth and infant mortality by maternal country of birth and descent in Denmark. *European Journal of Public Health*, 2019. 29: s. 181.
78. Urquia, M.L., et al.: Severe maternal morbidity associated with maternal birthplace in three high-immigration settings. *The European Journal of Public Health*, 2015. 25(4): s. 620-625.
79. Ditlevsen, K., S. Reventlow & A. Nielsen: From policy to reality: early overweight, structural barriers, and the allocation of responsibility in the Danish health care system. *Critical Public Health*, 2015. 26(5): s. 566-577.
80. Villadsen, S.F., H.J. Ims & A.-M.N. Andersen: Universal or targeted antenatal care for immigrant women? mapping and qualitative analysis of practices in Denmark. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019. 16(18).
81. Johnsen, H., et al.: Contextual factors influencing the MAMA ACT intervention: a qualitative study of non-western immigrant women's response to potential pregnancy complications in everyday life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020. 17(3).
82. Johnsen, H., et al.: Addressing ethnic disparity in antenatal care: a qualitative evaluation of midwives' experiences with the MAMA ACT intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2020. 20(1): s. 1-10.
83. Povlsen, L., B. Olsen & S. Ladelund: Diabetes in children and adolescents from ethnic minorities: barriers to education, treatment and good metabolic control. *Journal of Advanced Nursing*, 2005. 50(6): s. 576-582.
84. Glerup, H., et al.: Vitamin D deficiency among immigrant children in Denmark. *European Journal of Pediatrics*, 2004. 163(4-5): s. 272-273.
85. Andersen, R., et al.: Pakistani immigrant children and adults in Denmark have severely low vitamin D status. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2008. 62: s. 625-634.
86. Haubek, D., et al.: Dental treatment of children referred to general anaesthesia - association with country of origin and medical status. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 2006. 16(4): s. 239-246.
87. Christensen, L.B., S. Twetman & A. Sundby: Oral health in children and adolescents with different socio-cultural and socio-economic backgrounds. *Acta Odontologica Scandinavica*, 2010. 68(1): s. 34-42.
88. Mock-muñoz de Luna, C.J., et al.: Ethnic inequalities in child and adolescent health in the Scandinavian welfare states: The role of parental socioeconomic status – a systematic review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2019. 47(7): s. 679-689.
89. Klinker, C.D., J. Schipperijn & J. Troelsen: Physical activity patterns across weekdays and weekend based on accelerometer data: A study in a diverse ethnic minority community in Copenhagen, Denmark. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 2012. 15: s. 19.

90. Ammitzbøll, J., et al.: Herkomst og sundhed blandt børn i Region Hovedstaden i perioden 2002-2016. 2018, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
91. Ibsen, B., et al.: Idræt i udsatte områder. 2012, Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, Syddansk Universitet & Metopos.
92. Møller, S.P., M. Kristiansen & M. Norredam: Human papillomavirus immunization uptake among girls with a refugee background compared with Danish-born girls: a national register-based cohort study. *European Journal of Cancer Prevention*, 2018. 27(1): s. 42-45.
93. Sundhedsstyrelsen: Børnevaccinationsprogrammet – Årsrapport 2014. 2016, Statens Institut for Folkesundhed: København.
94. Schreiber, S.M.S., et al.: Socioeconomic predictors of human papillomavirus vaccination among girls in the Danish childhood immunization program. *Journal of Adolescent Health*, 2015. 56(4): s. 402-407.
95. Hertzum-Larsen R; Thomsen LT; Frederiksen K; Kjær SK. Hum papillomavirus vaccination in immigrants and descendants of immigrants in Denmark. *European Journal of Cancer Prevention*: 2020; 29(2):149-156
96. Jensen, H.N. & B.E. Holstein: Sundhed og trivsel blandt indvandrere, efterkommere og etniske danskere i 5., 7. og 9. klasse, H.N. Jensen & B.E. Holstein (red.). 2010: Statens Institut for Folkesundhed.
97. Tørslev, M., M. Norredam & K. Vitus: Experiencing health: how to understand ethnic disparities in health among Danish youth. *European Journal of Public Health*, 2016. 26(1): s. 638-650.
98. Liversage, A. & C.P. Christensen: Etniske minoritetsunge i Danmark: en undersøgelse af årgang 1995, A. Liversage & C.P. Christensen (red.). 2017, SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
99. Madsen, K., et al.: Loneliness and ethnic composition of the school class: a nationally random sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 2016. 45(7): s. 1350-1365.
100. Madsen, K.R., et al.: Loneliness, immigration background and self-identified ethnicity: a nationally representative study of adolescents in Denmark. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 2016. 42(12): s. 1977-1995.
101. Holmberg, T., N. Ahlmark & T. Curtis: "State of the art report" – Etniske minoriteters sundhed i Danmark. 2009, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
102. Bennedsen, A., et al.: Self-assessed health status among young people from ethnic minorities living in Denmark. *Ugeskrift for Læger*, 2006. 168(17): s. 1645-1649.
103. Winther Frederiksen, H.: Cardiac rehabilitation among migrants: a mixed-methods study. PhD thesis. 2018, Københavns Universitet.
104. Andersen, Z.J., C.F. Lassen & I.H. Clemmensen: Social inequality and incidence of and survival from cancers of the mouth, pharynx and larynx in a population-based study in Denmark, 1994–2003. *European Journal of Cancer*, 2008. 44(14): s. 1950-1961.

105. Myrup, C., et al.: Testicular cancer risk in first- and second-generation immigrants to Denmark. *Journal of the National Cancer Institute*, 2008. 100(1): s. 41-47.
106. Nielsen, D.S., A. Svabo & M. Sodemann: Vitamin D deficiency in ethnic minorities in Denmark. *Bone*, 2010. 47: s. 232-233.
107. Statens Serum Institut: Smittetallet steg yderligere i uge 32. 2020 [sidst besøgt 20. august 2020]; Tilgået fra: <https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2020/smittetallet-steg-yderligere--i-uge-32>.
108. Johansen, G.: Kommuner skal hjælpe sårbare indvandrere i kampen mod corona. 2020 [sidst besøgt 6. juni 2020]; Tilgået fra: <http://www.danskekommuner.dk/Artikelarkiv/2020/Magasin-09/Kommuner-skal-hjalpe-sarbareindvandrere-i-kampen-mod-corona/>.
109. Mirdal, G.M.: Stress and Distress in Migration: Twenty Years After. *The International Migration Review*, 2006. 40(2): s. 375-389.
110. Cantor-Graae, E. & C.B. Pedersen: Risk of schizophrenia in second-generation immigrants: a Danish population-based cohort study. *Psychological Medicine*, 2007. 37(4): s. 485-494.
111. Cantor-Graae, E. & C.B. Pedersen: Full Spectrum of Psychiatric Disorders Related to Foreign Migration: A Danish Population-Based Cohort Study. *JAMA Psychiatry: Chicago*, 2013. 70(4): s. 427-435.
112. Pedersen, C.B. & E. Cantor-Graae: Age at Migration and Risk of Schizophrenia Among Immigrants in Denmark: A 25-Year Incidence Study. *American Journal of Psychiatry*, 2012. 169(10): s. 1117-1118.
113. Norredam, M., et al.: Risk of mental disorders in family reunification migrants and native Danes: a register-based historically prospective cohort study. *International Journal of Public Health*, 2010. 55(5): s. 413-419.
114. Blaakilde, A.L., et al.: Sundhedsprofil 2017 for Region Sjælland og kommuner – »Hvordan har du det?«. 2018, Region Sjælland, Produktion, Forskning og Innovation.
115. Hempler, N.F.: Indvandreres brug af sundhedsvæsenet, I: Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – en antologi, K. Vinther-Jensen & R. Primdahl (red.). 2010, Sundhedsstyrelsen.
116. Michaelsen, J.J., et al.: Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2004. 32(4): s. 287-295.
117. Mygind, A., et al.: The effect of patient origin and relevance of contact on patient and caregiver satisfaction in the emergency room. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2008. 36(1): s. 76-83.
118. Lokdam, N., et al.: Use of healthcare services in the region of origin among patients with an immigrant background in Denmark: a qualitative study of the motives. *BMC Health Services Research*, 2016. 16(1): s. 99.
119. WHO Regional Office for Europe: Health of older refugees and migrants. 2018, World Health Organization.

120. Ældreforum: Ældre med anden etnisk baggrund - viden og inspiration til indsats. 2013: Odense.
121. Rosenbaum, B., M. Kristensen & J. Schmidt: Demenslidelser hos ældre tyrkiske indvandrere. Ugeskrift for Læger, 2008. 170(50): s. 4109-4113.
122. Nielsen, T.R., et al.: Over- and under-diagnosis of dementia in ethnic minorities: a nationwide register-based study. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2011. 26(11): s. 1128-1135.
123. Nationalt Videnscenter for Demens: Ikke-vestlige indvandrere med demens. 2018. [sidst besøgt 25. juni 2020]; Tilgået fra: <http://www.videnscenterfordemens.dk/statistik/forekomst-af-demens-i-danmark/ikke-vestlige-indvandrere-med-demens/>.
124. Dansk Statistik: Indvandrere i Danmark 2010. 2010.
125. Norredam, M., et al.: Inequalities in mortality among refugees and immigrants compared to native Danes - a historical prospective cohort study. BMC Public Health, 2012. 12(1): s. 757.
126. Ankestyrelsen: Indvandrere lever længst. 2014 [sidst besøgt 25. juni 2020]; Tilgået fra: <https://ast.dk/nyheder/nyheder/nyheder-2014/indvandrere-lever-laengst>.
127. Spallek, J., et al.: Cancer mortality patterns among Turkish immigrants in four European countries and in Turkey. European Journal of Epidemiology, 2012. 27(12): s. 915-921.
128. Bhopal, R.S., et al.: Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries: test of concept. The European Journal of Public Health, 2012. 22(3): s. 353-359.
129. Rafnsson, S.B., et al.: Sizable variations in circulatory disease mortality by region and country of birth in six European countries. The European Journal of Public Health, 2013. 23(4): s. 594-605.
130. Norredam, M.L., et al.: Mortality from infectious diseases among refugees and immigrants compared to native Danes: a historical prospective cohort study: Infectious diseases mortality among migrants. Tropical Medicine & International Health, 2012. 17(2): s. 223-230.
131. Norredam, M.L., et al.: Are there differences in injury mortality among refugees and immigrants compared with native-born? Injury Prevention, 2013. 19(2): s. 100-105.

Dansk Selskab for Folkesundhed (DSFF) arbejder for at fremme befolkningens sundhed og trivsel, forebygge sygdom, begrænse konsekvenserne af sygdom og mindske forskelle mellem forskellige grupperinger i samfundet ved at:

- Fremme viden om og indsigt i folkesundhed med fokus på både ressourcer og risikofaktorer og med reference til forskning og praksis
- Bidrage til at udvikle og understøtte metoder til at forbedre vilkårene for både udsatte grupper og den brede befolkning baseret på samspil mellem gruppebaserede og individuelt baserede indsatser, der skabes ved inddragelse af, respekt for og anerkendelse af målgruppen
- Fremme et samspil mellem praksis, forskning og beslutningstagning relateret til folkesundhed.

Konkret arbejder selskabet blandt andet med:

- Folkesundhedsdage: Vores årlige konference med aktuelle folkesundhedstemaer og med deltagelse af praktikere, forskere og beslutningstagere
- Påvirkning af politiske beslutninger: Vi afgiver hørings svar, når vi er høringspart, og emnet har relevans for folkesundhed. Vi ytrer os i indlæg og kronikker
- Deltagelse i eksterne udvalg: Vi deltager i eksterne udvalg og arbejdsgrupper med relevans for folkesundhed. Vi rekrutterer gerne blandt medlemmer
- GPS – God Praksis i folkeSundhed. Vi udarbejder positionspapirer på aktuelle folkesundhedsproblematikker og temaer og tager udgangspunkt i aktuelle videnskabelige data og solid praksiserfaring og anerkender den parallelle og gensidige udvikling, der sker mellem forskning og praksis. En GPS opsummerer den nyeste viden og præsenterer en række anbefalinger med henblik på at skabe fokus og rammer for arbejdet med udvalgte temaer. Tidligere er udgivet 'Udfas tobak' (2016), 'Ensomhed' (2018), 'Sundhedskompetence i et strukturelt perspektiv – En vej til lighed i sundhed?' (2019).

Denne GPS med otte strukturelle og organisatoriske anbefalinger er udarbejdet af en arbejdsgruppe under DSFF. Det er sket i et samarbejde med praktikere, beslutningstagere og forskere, som alle beskæftiger sig med folkesundhed med særlig interesse for borgere med ikke-vestlig etnisk minoritetsbaggrund. Praktikere fra forskellige dele af landet og med forankring i forskellige institutioner inden for social- og sundhedsområdet har deltaget i et møde om det praktiske og konkrete folkesundhedsarbejde og strukturelle muligheder, barrierer og dilemmaer for at skabe mere lighed i social og etnisk sundhed. Udvalgte beslutningstagere blev inviteret til at deltage i et forløb inspireret af Delphi-metoden med tre runder: Først individuelt at pege på de vigtigste strukturelle og organisatoriske tiltag og indsatser for at fremme sundheden, i anden runde at rangordne de mange forslag for i tredje runde at tage stilling til de anbefalinger, arbejdsgruppen var nået frem til. Udkast til anbefalingerne blev udarbejdet med udgangspunkt i en litteraturgennemgang, mødet med praktikerne og resultaterne fra Delphi-runderne. Et udkast til GPS'en og anbefalingerne er diskuteret med Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed, Københavns Universitet. Derudover er GPS'en drøftet med interessegruppen Mino Danmark, der arbejder for at styrke etniske minoriteters position i samfundet gennem viden og netværk. GPS'en er også drøftet med den private organisation Bydelsmødre, der søger mod at skabe stærke fællesskaber og at bygge bro mellem kvinder med etnisk minoritetsbaggrund og kommunens og lokalsamfundets tilbud. Endelig er anbefalingerne præsenteret for og drøftet med bestyrelsen for Dansk Selskab for Folkesundhed.

