

KORTLÆGNING AF AKTIVITETER OM
FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME
TILRETTELAGT FOR
ETNISKE MINORITETER I DANMARK

2005



Kortlægning af aktiviteter om
forebyggelse og sundhedsfremme
tilrettelagt for etniske minoriteter i
Danmark

2005

Institut for Folkesundhedsvidenskab,
Københavns Universitet for Sundhedsstyrelsen

Kortlægning af aktiviteter om forebyggelse og sundhedsfremme tilrettelagt for etniske minoriteter i Danmark

Forfattere; Maria Christiansen og Anne Mygind Nielsen, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Sundhedsstyrelsen
Center for Forebyggelse
Islands Brygge 67
2300 København S

Emneord: forebyggelse, sundhedsfremme, etniske minoriteter

Forsidefoto: Mikael Rieck

E-mail: sst@sst.dk

URL: <http://www.sst.dk>

Sprog: Dansk

ISBN: 87-7676-143-6

Version: 2.0

Versionsdato: 6. april 2006

Indhold

1	Sundhedsstyrelsens resumé	1
	1.1 Baggrund	1
	1.2 Om undersøgelsen	1
	1.3 Perspektivering	2
2	Introduktion	3
	2.1 Formål	3
3	Metode	4
4	Resultater	6
	4.1 Svarprocenter	6
	4.2 Kategorisering af aktiviteter	6
	4.3 Præsentation af aktører	12
5	Konklusion og anbefalinger	15
6	Bilag 1: Spørgeskema	16
7	Bilag 2: Litteratur	20

1 Sundhedsstyrelsens resumé

Sundhedsstyrelsen har fået gennemført en kortlægning af aktiviteter målrettet forebyggelses- og sundhedsfremme i forhold til etniske borgere.

Resultaterne viser, at:

- Aktiviteter i regi af sygehusvæsenet er meget begrænsede
- Kommunerne, der gennemfører indsatser, er geografisk spredt
- Langt de fleste indsatser er i forhold til prævention og seksuelt overførbare sygdomme (i alt 44)
- Der er mange aktiviteter i forhold til en målrettet kost og fysisk aktivitet samt kvinder
- Der er et meget stort behov for at udvikle aktiviteter målrettet mænd samt misbrugsområdet og rygestop
- Der er et stort potentiale i et yderligere samarbejde på tværs af kommuner, sygehuse, organisationer og amter omkring vidensdeling og udvikling af aktiviteter
- Der blev i alt identificeret 249 aktiviteter

1.1 Baggrund

Der er et forsat stigende antal borgere i Danmark med anden etnisk baggrund end dansk. Det stiller krav om en udvikling af tiltag målrettet forebyggelse og sundhedsfremme både i kommuner og i regionalt/amtligt regi herunder særligt sygehusvæsenet. Sundhedsstyrelsen har derfor igangsat et udviklingsprojekt med henblik på at identificere problemstillinger og gennemføre relevante og målrettede aktiviteter.

Til brug for dette arbejde igangsatte Sundhedsstyrelsen en kortlægning af aktiviteterne i Danmark i april 2005. Kortlægningen havde det formål at få et overblik over aktiviteter i kommuner, amter, sygehuse, H:S, samt udvalgte foreninger og organisationer. Det var hensigten, at resultatet af kortlægningen skulle tilvejebringe relevant og tilgængelig information til brug i planlægningen af fremtidige indsatser på centralt – såvel som lokalt niveau.

Endvidere var formålet at skabe mulighed for at forbedre koordinering og samarbejde inden for feltet ved at identificere aktiviteter og aktører til brug for en øget vidensdeling.

1.2 Om undersøgelsen

Undersøgelsen var en spørgeskemaundersøgelse, som blev gennemført marts – april 2005. Spørgeskemaerne blev udsendt til samtlige kommuner, amter, sygehuse, H:S samt udvalgte foreninger og organisationer. Besvarelsesprocenten var 59, og således gav undersøgelsen tilbagemeldinger på i alt 249 aktiviteter.

Undersøgelsen blev gennemført og analyseret af Institut for Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet.

1.3 Perspektivering

Kortlægningen viser, at der allerede foregår en række aktiviteter målrettet de etniske borgere. Disse indsatser består primært af vidensformidling og mindre omkring f.eks. opkvalificering af sundhedsprofessionelle. Imidlertid er der begrænset systematik i indsatserne, og der mangler stort set aktiviteter målrettet særlige grupper og risikofaktorer, der er væsentlige. Kortlægningen vil indgå i en database, som vil kunne anvendes i planlægningen af fremtidige indsatser på såvel lokalt såvel som centralt niveau.

Sundhedsstyrelsen vil anvende kortlægningen i det videre arbejde i forhold til en fokuseret og målrettet indsats for at forbedre aktiviteter omkring forebyggelse og sundhedsfremme tilrettelagt for etniske minoriteter i Danmark.

2 Introduktion

Igennem de seneste årtier er der blevet flere borgere i Danmark med anden etnisk baggrund end dansk. En etnisk mere heterogen befolkning stiller forskellige dele af sundhedsvæsenet over for en række nye udfordringer, idet det ikke er givet, at etniske minoriteter har samme behov eller får udbytte af samme indsatser inden for forebyggelse, behandling og pleje som majoritetsbefolkningen. Set i lyset af det forhold, at antallet af borgere med etnisk minoritetsbaggrund vil stige i fremtiden, er det yderligere nødvendigt med et større fokus på, hvorledes mødet mellem forskellige dele af sundhedsvæsenet og etniske minoriteter kan bedres.

Mere konkret er det i forhold til forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet uklart, hvorledes man tilrettelægger relevante og effektive tiltag rettet mod etniske minoriteter. Eksempelvis mangler der viden om hvilke risikofaktorer, der er udbredte blandt forskellige etniske minoriteter og i forlængelse heraf hvilke forhold, man bør intervenere overfor. Yderligere er det på grund af manglende evalueringer ikke klart hvilke interventioner, der er effektive, ligesom der mangler overordnet koordinering, økonomisk prioritering og samarbejde inden for området.

Nærværende kortlægning af forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter rettet mod etniske minoriteter skal således ses som et første skridt i tilvejebringelsen af relevant og tilgængelig information til brug i planlægningen af informations- og forebyggelsesindsatser på centralt og lokalt niveau.

2.1 Formål

Formålet med nærværende, nationale kortlægning af forebyggelses- og sundhedsfremmeaktiviteter specifikt tilrettelagt for etniske minoriteter er at give eksisterende og kommende aktører på området et overblik over aktiviteter i kommuner, amter, H:S, sygehuse samt udvalgte foreninger og organisationer. Herved er det muligt at forbedre koordineringen og samarbejdet inden for området, ligesom det er muligt for aktørerne at udveksle erfaringer omkring forebyggelse og sundhedsfremme for målgruppen.

3 Metode

Kortlægningen blev gennemført ved at udsende og analysere et kortfattet spørgeskema målrettet alle kommuner, amter, H:S, sygehuse og udvalgte foreninger og organisationer med relation til sundhed og/eller etniske minoriteter. Endvidere blev skemaet sendt direkte til enkeltpersoner, som vi havde kendskab til, arbejdede med området. Den generelle problemstilling omkring udformningen af spørgeskemaet var, at der ønskedes mest mulig information om de enkelte aktiviteter, mens det på den anden side skulle tilstræbes, at spørgeskemaet var så kortfattet og overskueligt, at respondenter på mere overordnede niveauer kunne og ville udfylde skemaet. Det har således været tilstræbt, at også respondenter uden detaljeret viden om konkrete aktiviteter kunne besvare skemaet, hvorfor spørgsmålene var relativt overordnede. I en uddybende undersøgelse af de til denne kortlægning indsamlede data vil man efterfølgende kunne få uddybet informationerne om de enkelte aktiviteter, således at viden tilvejebringes om hvilke forebyggelsesaktiviteter, der er effektive.

Spørgeskemaet, som er vedlagt i bilag 1, indeholdt et overordnet spørgsmål omhandlende eksistensen af aktiviteter, der havde til formål at forebygge sygdom eller fremme sundhed og var tilrettelagt specifikt for etniske minoriteter. Hvis sådanne aktiviteter havde fundet sted efter 1. januar 2002 eller var under forberedelse pr. marts 2005 i respondentens regi, blev respondenter bedt om at besvare 9 uddybende spørgsmål om hver enkelt af disse aktiviteter. Begrebet etniske minoriteter blev defineret i spørgeskemaet som personer, der var indvandret eller flygtet til Danmark fra et andet land, samt disses børn (2.generationsindvandrere). Det blev understreget, at det ikke var af betydning hvilket land, personerne var udvandret fra. Aktiviteter inden for forebyggelse og sundhedsfremme blev defineret som aktiviteter, der havde til formål at forebygge sygdom eller fremme sundhed. Disse skulle være rettet mod raske personer eller personer i risikogrupper eller have til formål at forebygge yderligere helbredsforværring hos allerede syge personer. Der var i spørgeskemaet efterfølgende givet en række eksempler på sådanne aktiviteter. Desuden fremgik det eksplicit, at der ikke ønskedes medtaget aktiviteter, hvis primære formål var socialt og ikke sundhedsmæssigt. Derved var det vores håb, at det blev tydeliggjort hvilke typer af aktiviteter, der skulle rapporteres i besvarelsen af spørgeskemaet. Vi søgte desuden at imødekomme eventuelle uklarheder ved at opfordre respondenterne til at kontakte os i tvivlstilfælde, hvilket et mindre antal respondenter gjorde.

Der viste sig som forventet en vis bredde i respondenternes opfattelse af spørgeskemaets fokus, idet der blev rapporteret enkelte aktiviteter, hvis primære formål var af social karakter og eksempelvis omhandlede integration. Der var ligeledes en del forskellighed i forhold til den måde, hvorpå den enkelte respondent besvarede skemaet. Der har således været forskelle i rapporteringen i forhold til respondenternes opfattelse af, hvad der eksempelvis udgør en skriftlig evaluering, ligesom nogle respondenter gav en mere omfattende besvarelse end andre. Endvidere var der forskel på, hvordan respondenterne afgrænsede aktiviteterne. Nogle havde således beskrevet en overordnet indsats med mange forskellige underaktiviteter som én aktivitet, mens andre opdelte tilsvarende indsatser i flere aktiviteter. Dette bør tages i betragtning i fortolkningen af analyseresultaterne.

Feltet inden for forebyggelse og sundhedsfremme er karakteriseret af aktiviteter i mange regier og på mange forskellige niveauer i disse regier. I udvælgelsen af respondenter til nærværende kortlægning blev både centrale og underliggende

niveauer kontaktet i de tilfælde, hvor vi havde kendskab til, at et underliggende niveau udførte aktiviteter på området. Derved blev flere aktiviteter rapporteret af forskellige respondenter. Dette skyldtes endvidere, at nogle respondenter var involveret i eller havde kendskab til aktiviteter, der også var rapporteret af andre. Disse aktiviteter er kun medtaget i kortlægningen én gang undtagen i de tilfælde, hvor der rent faktisk er tale om flere aktiviteter. Et eksempel på sidstnævnte er AIDS-fondets tiltag Cross-Over, der blev rapporteret som et projekt under AIDS-fondet. Cross-Over består imidlertid af flere aktiviteter, som alle er blevet dækket via Cross-Overs besvarelse.

De fleste skemaer blev udsendt i perioden 11.-15. marts 2005. Da enkelte respondenter lagde oplysninger om forslag til andre respondenter ved deres besvarelser, og da vi i anden forbindelse blev gjort opmærksomme på yderligere relevante respondenter, udsendte vi indtil 22. marts flere skemaer til disse. Svarfrist for skemaerne blev sat til 8. april 2005 på grund af projektets korte tidsramme. Tidsfristen var således meget kort, og adskillige respondenter fremsendte som følge heraf deres svar efter tidsfristen.

Nærværende kortlægning kan ikke ses som fuldt dækkende for aktiviteter inden for forebyggelse og sundhedsfremme rettet mod etniske minoriteter, idet den korte svarfrist har medført, at det kun har været muligt at udsende rykkere i et meget begrænset omfang. I udvælgelsen af respondenter er det dog blevet bestræbt at inkludere så mange aktører i forskellige regier som muligt inden for kortlægningens korte varighed. Dette er gjort dels ved at søge på internettet og dels ved at bede nøglepersoner inden for forebyggelse og sundhedsfremme rettet mod etniske minoriteter om at identificere andre aktører på området. Det er herved vores vurdering, at kortlægningen afdækker en bred vifte af aktiviteter og derved lever op til sit formål.

Som et supplement til kortlægningen af forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter rettet mod etniske minoriteter er der indsamlet international litteratur om tilsvarende aktiviteter i andre lande. Litteraturen er overordnet beskrevet og referencerne præsenteret i bilag 2. Denne litteratur kan bruges af planlæggere og praktikere, der arbejder med forebyggelse og sundhedsfremme for etniske minoriteter, der derved kan drage nytte af de formidlede erfaringer i videreførelsen af eksisterende interventioner samt i tilrettelæggelsen af kommende interventioner.

4 Resultater

Der er gennemført en overordnet, deskriptiv analyse på baggrund af spørgeskema-besvarelserne. I dette afsnit analyseres kortlægningens resultater. Først præsenteres kortlægningens svarprocenter, dernæst præsenteres en kategorisering af aktiviteterne og slutteligt præsenteres de involverede aktører.

4.1 Svarprocenter

Der blev i alt udsendt 556 spørgeskemaer til kommuner, amter, H:S, sygehuse samt udvalgte foreninger og organisationer. Nogle respondenter bad andre besvare skemaet for sig, mens andre var ophørt med at eksistere. Det samlede antal respondenter, fra hvem vi kunne forvente svar, blev således 526. Antallet af besvarede skemaer blev 311, hvilket svarer til en svarprocent på 59. Af disse havde 37% (115) forebyggelsesaktiviteter for etniske minoriteter, mens 63% (196) ikke havde sådanne aktiviteter. Der blev i alt rapporteret 254 aktiviteter, hvoraf 5 aktiviteter blev ekskluderet på grund af, at de faldt helt uden for de i spørgeskemaet opstillede kriterier for hvilke aktiviteter, der skulle rapporteres. Således blev der i alt rapporteret 249 forebyggende eller sundhedsfremmende aktiviteter specifikt rettet mod etniske minoriteter.

4.2 Kategorisering af aktiviteter

De rapporterede aktiviteter er blevet kategoriseret og efterfølgende opgjort i tabel 1-5. Kategoriseringen berører følgende faktorer:

Temaer, som aktiviteterne omhandler (tabel 1)

Målgrupper, aktiviteterne henvender sig til (tabel 2)

Metoder, der indgår i aktiviteterne (tabel 3)

Involverede regier (dog ikke finansielt) (tabel 4)

Nogle af de rapporterede aktiviteter har et formål, der ikke direkte er forebyggende eller sundhedsfremmende. Disse aktiviteter er præsenteret i tabel 5 og omfatter *behovsafdækning*, *koordinering*, *personaleundervisning* og *sundhedsvæsenet*. Aktiviteterne er medtaget i denne kortlægning, idet respondenterne har fundet dem relevante for forebyggelse og sundhedsfremme, og idet de kan bidrage til en forbedret indsats på området. Det skal understreges, at andre respondenter med lignende aktiviteter ikke har rapporteret disse aktiviteter, og at de derfor langt fra er dækkende for, hvad der sker på området. Aktiviteter kategoriseret under *behovsafdækning* indeholder en afdækning af behov primært hos målgruppen forud for initiering af konkrete forebyggende eller sundhedsfremmende aktiviteter. Idet en del aktiviteter har behovsafdækning som en integreret del af aktivitetsforløbet, er kun aktiviteter, hvor behovsafdækning er en del af formålet, kategoriseret som sådan. En enkelt aktivitet vedrører *koordinering* af forebyggelsesindsatsen over for etniske minoriteter. Kategorien *personaleundervisning* vedrører aktiviteter, der sigter mod at gøre sundhedspersonale bedre i stand til at møde etniske minoriteter, herunder iværksætte forebyggende eller sundhedsfremmende tiltag. Endelig handler kategorien *sundhedsvæsenet* om at forbedre de etniske minoriteters adgang til sundhedsvæsenets og til andre tilbud med relevans for forebyggelse og sundhedsfremme.

Idet nogle af aktiviteterne berører flere temaer, målgrupper, metoder eller regier vil flere aktiviteter være grupperet under adskillige kategorier. Hvordan aktiviteterne er kategoriseret, afhænger af, hvordan respondenterne har besvaret spørgeskemaet. Det vil sige, at der eksempelvis i en besvarelse vedrørende en aktivitet om forebyggelse af forhøjet kolesterol ikke nødvendigvis er nævnt de forskellige risikofaktorer og livsstilsanvisninger, der indgår i aktiviteten. Derfor vil det i besvarelsen ikke fremgå hvilke konkrete risikofaktorer og livsstilsanvisninger, aktiviteten berører, og det er derfor ikke muligt at kategorisere aktiviteten på andet end det overordnede tema, forhøjet kolesterol. På samme vis er det ikke muligt på basis af spørgeskemaet at give et fyldestgørende billede af de metoder, der benyttes i aktiviteterne. For nogle af aktiviteterne fremgår metoderne dog, og disse er derfor kategoriseret ud fra de parametre, der er oplyst, det vil sige *hjemmeside, pjecer, plancher, radio, video/DVD, screening, sundhedsformidlere* samt *tolkning*. Det er endvidere valgt at kategorisere aktiviteterne efter hvilket regi, den kontaktperson, der er angivet i besvarelsen, er tilknyttet, såfremt dette regi er involveret i aktiviteten. Ellers er aktiviteten kategoriseret efter det regi, hvor aktiviteten finder sted.

Som det ses af de nederste linjer i tabel 1-5, foregår langt de fleste aktiviteter i kommunalt regi, nemlig 55% (138). Organisationer står for 23% (58) af aktiviteterne, mens sygehuse og amter står for henholdsvis 13 % (33) og 6% (14).

Tabel 1 viser, hvor mange aktiviteter inden for de enkelte regier, der beskæftiger sig med forskellige temaer. Det ses, at de fleste aktiviteter er kategoriseret under *sundhed*, og disse aktiviteter berører således alle en bred vifte af sundhedsrelaterede emner. Et eksempel herpå er kommunale mødregrupper. Andre hyppige temaer er *fysisk aktivitet* ($55/249 = 22\%$), *kost* ($25/249 = 10\%$) og *prævention* ($17/249 = 7\%$). Det er overraskende, at kun 0,004 (1) af aktiviteterne omhandler *rygning*, og at dette også er tilfældet for *misbrug*. Nogle af aktiviteterne berører konkrete sygdomme. Af disse er de hyppigste *diabetes* ($15/249 = 6\%$), *HIV/AIDS* ($14/249 = 6\%$) samt *psykisk sygdom* ($12/249 = 5\%$).

Tabel 1: Oversigt over antal af aktiviteter fordelt på primær aktør og tema

		Kommuner	Amter	Sygehuse	Organisationer	Sundhedsstyrelsen	Praktiserende psykologer	I alt
Tema	Cancer				3			3
	Demens	3						3
	Diabetes		3	10	2			15
	D-vitaminmangel	1						1
	Forhøjet blodtryk			1	1			2
	Forhøjet kolesterol			1				1
	Fysisk aktivitet	37	1	3	14			55
	Gigt				1			1
	HIV/AIDS				13	1		14
	Hjertekarsygdom			3				3
	Hørenedsættelse		1					1
	Inkontinens	1						1
	Misbrug				1			1
	Kost	14	1	4	6			25
	Kropsbevidsthed	8			2			10
	Pigeomskæring	3			3			6
	Prævention ¹⁾	6	3	1	5	2		17
	Psykisk sygdom ²⁾	3		7			2	12
	Reproduktion ³⁾	7	1	4				12
	Rygning			1				1
	Sclerose				1			1
	Smitsomme sygdomme ⁴⁾	2			1			3
	Sundhed ⁵⁾	74	6		14	1		95
	Tandsundhed	3			2			5
	Ulykker		1					1
Aktiviteter i alt		138	14	33	58	4	2	249

¹⁾ Herunder abort, familieplanlægning og kønssygdomme.

²⁾ Herunder selvmord og rehabilitering af traumatiserede.

³⁾ Vedrører graviditeten, fødslen og perioden lige efter (dog ikke amning og efterfødselsgymnastik). Inkluderer abortstøttesamtaler.

⁴⁾ Herunder tuberkulose (HIV/AIDS og kønssygdomme er kategoriseret andetsteds).

⁵⁾ Herunder de aktiviteter, der berører en række forskellige sundhedsemner, eller når det er anført, at aktiviteten handler om sundhed.

Det ses endvidere af tabel 1, at temaerne varierer afhængigt af regi. *Sundhed* er således det hyppigste tema i de kommunale aktiviteter, idet 54% (74) af aktiviteterne omhandlede dette. *Fysisk aktivitet* tegner sig for 27% (37) af kommunernes aktiviteter, mens *kost* er et tema i 10% (14) af aktiviteterne. Amternes aktiviteter har ligeledes *sundhed* som det oftest forekommende tema. Således er det i amtsregi 43% (6) af aktiviteterne, der beskæftiger sig med dette. Det næsthypigste tema for amternes aktiviteter er *prævention* med 21% (3) af aktiviteterne. Sygehusenes aktiviteter har overvejende fokus på *diabetes*, hvor der er 10 aktiviteter, hvilket svarer til 30% af aktiviteterne på sygehusene. Endvidere

fokuserer en del af sygehusenes aktiviteter på *psykisk sygdom* med 7 aktiviteter svarende til 21%. I organisationerne er de hyppigste temaer *fysisk aktivitet* og *sundhed* begge med 24% (14) af aktiviteterne. *HIV/AIDS* tegner sig for 22% (13) af organisationernes aktiviteter.

I tabel 2 ses det, at i alt 45% (112) af aktiviteterne henvender sig til specifikt til *kvinder*, herunder gravide og mødre, mens kun 1 enkelt aktivitet (0,4%) er specifikt rettet mod *mænd*. De resterende aktiviteter henvender sig til begge køn. *Børn* er målgruppen i 29% (72) af aktiviteterne og *mødre* i 20% (49) af aktiviteterne. *Syge* og *ældre* er målgruppen i henholdsvis 14% (35) og 9% (23) af aktiviteterne.

Tabel 2: Oversigt over antal af aktiviteter fordelt på primær aktør og målgrupper

		Kommuner	Amter	Sygehuse	Organisationer	Sundheds-styrelsen	Praktiserende psykologer	I alt
Målgrupper	Børn	55	4	6	6	1		72
	Forældre	11	2	4		1		18
	Gravide	11	1	4		1		17
	Handicappede				1			1
	Kvinder	79	2	4	26	1		112
	Mænd				1			1
	Mødre	44			4	1		49
	Nyankomne	13						13
	Prostituerede				1			1
	Socialt udsatte ¹⁾	5			2			7
	Syge	4	2	19	10			35
	Traumatiserede	2		3			2	7
	Unge	6	3		3			12
	Ældre ²⁾	18			5			23
Aktiviteter i alt		138	14	33	58	4	2	249

¹⁾ Denne kategori benyttes enten, når respondenterne eksplicit har benyttet begrebet, eller når målgruppen er beskrevet som socialt isolerede, ensomme etc. Der refereres ikke til målgrupper, der blot er uden for arbejdsmarkedet eller lignende.

²⁾ Denne kategori benyttes enten, når respondenterne eksplicit har benyttet begrebet, eller når der tale om personer i alderen 50+.

Tabel 2 viser endvidere, at den hyppigste målgruppe i de kommunale aktiviteter er *kvinder*, idet 57% (79) af aktiviteterne henvender sig hertil, mens 40% (55) af aktiviteterne henvender sig til *børn*. I 32% (44) af de kommunale aktiviteter er målgruppen *mødre*. Amternes aktiviteter henvender sig primært til *børn* (4 = 29%) og *unge* (3 = 21%). Sygehusenes aktiviteter er som forventet primært rettet mod *syge* (19 = 58%). I organisationerne er *kvinderne* den hyppigste målgruppe, idet 26 aktiviteter (45%) er rettet mod denne målgruppe. Sytten procent (10) af organisationernes forebyggelsesaktiviteter er rettet mod *syge*.

I tabel 3 ses en oversigt over de primære aktører og de metoder, som er benyttet i aktiviteterne. Det er interessant, at 10% (25) af aktiviteterne beskæftiger sig udelukkende eller delvist med udarbejdelse af *pjecer* på fremmedsprog. *Screening*

er en anden hyppig benyttet måde at udføre forebyggende eller sundhedsfremmende aktiviteter på. Denne tilgang benyttes således i 7% (17) af aktiviteterne. Mens brug og uddannelse af *sundhedsformidlere* i litteraturen er en hyppig og anbefalelsesværdig tilgang til forebyggelse for etniske minoriteter, er det interessant, at kun 3% (7) af aktiviteterne i nærværende kortlægning gør brug af denne metode. Flere af disse aktiviteter er endvidere endnu ikke startet.

Tabel 3: Oversigt over antal af aktiviteter fordelt på primær aktør og metode

		<i>Kommuner</i>	<i>Amter</i>	<i>Sygehuse</i>	<i>Organisationer</i>	<i>Sundhedsstyrelsen</i>	<i>Praktiserende psykologer</i>	<i>I alt</i>
Metode	Hjemmeside				2			2
	Pjecer ¹⁾	5	1	8	9	3		26
	Plancher			1				1
	Radio				3	1		4
	Video/DVD	4		2	1	1		8
	Screening	13	1		3			17
	Sundhedsformidlere	3	1		3			7
	Tolkning ²⁾			2	1			3
	Aktiviteter i alt	138	14	33	58	4	2	249

¹⁾ Herunder også bøger.

²⁾ Omhandler aktiviteter, der har til formål at mindske sprogbarrierer mellem etniske minoriteter og personalet og herved give bedre mulighed for forebyggende eller sundhedsfremmende tiltag.

I forhold til fordelingen på de forskellige regier, ses det af tabel 3, at 9% (13) af de kommunale aktiviteter vedrører *screening*. *Pjecer* laves ofte i sygehus- og organisationsregi, idet de har henholdsvis 8 og 9 sådanne aktiviteter, svarende til 24 henholdsvis 16%.

Som det fremgår af tabel 4, foregår der et vist, dog tilsyneladende ikke særligt omfattende, samarbejde på tværs af regier, eksempelvis optræder kommuner som samarbejdsparter i 13% (111) af de aktiviteter, som finder sted i andre regier.

Tabel 4: Oversigt over antal af aktiviteter fordelt på primær aktør og samarbejdspartner

		Kommuner	Amter	Sygehuse	Organisationer	Sundhedsstyrelsen	Praktiserende psykologer	I alt
Samarbejdsparter i andre regier	Amt ¹⁾	4	-		2	2		8
	Boligforening	2	1		1			4
	Kommune ²⁾	-	6	3	3	2		14
	Ministerium					1		1
	Organisation ³⁾	5	2		-	2		9
	Praktiserende læge	3	1	1				5
	Praktiserende psykolog						-	0
	Sundhedsstyrelsen				2	-		2
	Sygehus	2	2	-	4			8
	Universitet/ forskningsinstitution		3					3
Aktiviteter i alt		138	14	33	58	4	2	249

¹⁾ Dog ikke sygehuse.

²⁾ Herunder også Kommunernes Landsforening.

³⁾ Herunder foreninger, humanitære organisationer, væresteder og medicinalfirmaer.

Kategoriseringerne i tabel 5 omfatter mere indirekte forebyggende eller sundhedsfremmende kategoriseringer. De omhandler, som nævnt, blandt andet aktiviteter, der søger at bedre de etniske minoriteters viden om tilbud i fx *sundhedsvæsenet*. Denne viden søges bedret i 14% (35) af aktiviteterne. *Behovsafdækning* er en del af formålet i 7% (17) af aktiviteterne, mens *personaleundervisning* indgår i 6% (15) af aktiviteterne.

Tabel 5: Oversigt over antal af aktiviteter fordelt på primær aktør og indirekte forebyggelse

		Kommuner	Amter	Sygehuse	Organisationer	Sundhedsstyrelsen	Praktiserende psykologer	I alt
Indirekte forebyggelse	Behovsafdækning	6	3	2	4	1		17
	Koordinering					1		1
	Personaleundervisning	1	1	4	6	3		15
	Sundhedsvæsenet	20	1	2	10	2		35
Aktiviteter i alt		138	14	33	58	4	2	249

Det ses endvidere af tabel 5, at en del af de kommunale aktiviteter omhandler *sundhedsvæsenet*, idet 14% (20) af aktiviteter beskæftiger sig hermed. I amtsregi omhandler 21% (3) af aktiviteterne *behovsafdækning*, mens 12% (4) af

sygehusenes aktiviteter indeholder *personaleundervisning*. I organisationerne omhandler 17% (10) af aktiviteterne *sundhedsvæsenet*.

4.3 Præsentation af aktører

I dette delafsnit præsenteres respondenterne i de forskellige regier. Af tabel 6 ses det hvilke kommuner, der har rapporteret at have forebyggende eller sundhedsfremmende aktiviteter for etniske minoriteter.

Som det fremgår af tabel 6, er de fleste aktiviteter forankret i Københavns, Viborg og Århus kommuner, men det er værd at bemærke, at en række mindre kommuner har iværksat flere aktiviteter på området. Til gengæld har en række kommuner med et større antal indbyggere med etnisk minoritetsbaggrund ikke tilsvarende flere aktiviteter.

Tabel 6: Kommunale aktører

<i>Kommune</i>	<i>Antal aktiviteter</i>	<i>Kommune</i>	<i>Antal aktiviteter</i>	<i>Kommune</i>	<i>Antal aktiviteter</i>
Aulum-Haderup	1	Hinnerup	1	Næstved	1
Albertslund	4	Hirtshals	1	Odense	2
Arden	1	Hobro	3	Ribe	1
Ballerup	1	Holmsland ¹⁾	1	Ringkøbing ¹⁾	2
Bov	1	Holstebro	1	Rødovre	4
Brøndby	4	Horsens	2	Skanderborg	1
Brønderslev	2	Hvalsø	2	Skovbo	2
Esbjerg	2	Høng	3	Skørping	1
Fjerritslev	1	Hørning	1	Stenløse	2
Frederikssund	3	Hørsholm	1	Stevns	1
Galten	2	Ishøj	2	Svendborg	3
Gladsaxe	2	Karlebo	2	Søllerød	1
Greve	3	Kjellerup	2	Sønderborg	3
Græsted-Gilleleje	1	KL ²⁾	1	Thisted	3
Gundsø	1	Kolding	2	Trundholm	2
Haderslev	1	København	13	Vallø	1
Hadsten	1	Langebæk	1	Viborg	12
Helsinge	1	Lyngby-Taarbæk	2	Ålborg	6
Helsingør	1	Nakskov	5	Århus	11
				Årslev	1
Antal aktiviteter i alt		138			

¹⁾ En aktivitet er et samarbejde mellem Ringkøbing og Holmsland kommuner

²⁾ Kommuners Landsforening

I tabel 7 ses de amtslige aktører. Som det fremgår, har Fyns og Århus amter flest aktiviteter, mens Københavns amt kun tegner sig for en enkelt.

Tabel 7: Amtslige aktører

<i>Amt</i>	<i>Antal aktiviteter</i>
Fyns Amt ¹⁾	3
Københavns Amt	1
Nordjyllands Amt	2
Ribe Amt	2
Storstrøms Amt	1
Sønderjyllands Amt	1
Vejle Amt	1
Århus Amt ¹⁾	4
Antal aktiviteter i alt	15

¹⁾ én aktivitet er et samarbejde mellem Fyns og Århus amter

Af tabel 8 ses det hvilke sygehuse, der har forebyggende eller sundhedsfremmende aktiviteter rettet mod etniske minoriteter. Som det fremgår af tabellen har Amtssygehuset i Glostrup, Bispebjerg Hospital samt Kolding Sygehus iværksat tilsammen 17 af de i alt 33 aktiviteter. Der er således stor forskel på hvor mange aktiviteter, de enkelte sygehuse har.

Tabel 8: Aktører i sygehusvæsenet

<i>Sygehus</i>	<i>Antal aktiviteter</i>
Amager Hospital	1
Amtssygehuset i Glostrup	8
Bispebjerg Hospital	5
Frederiksberg Hospital	1
Hillerød Sygehus	2
Hvidovre Hospital	1
Klinik for Traumatiserede Flygtninge, Storstrøms Amt	1
Kolding Sygehus	4
Medicinsk Center, Ringkøbing Amt	1
Psykiatrisk Informationscenter i Vejle	1
Psykiatrisk Sygehus, Hillerød	3
Psykiatrisk Sygehus, Viborg	1
Sydvestjysk Sygehus	2
Sygehus Vestsjælland	1
Sygehus Viborg	1
Antal aktiviteter i alt	33

Af tabel 9 fremgår det hvilke organisationer, der har aktiviteter inden for forebyggelse og sundhedsfremme for etniske minoriteter. Som det ses af tabellen, spænder organisationerne bredt lige fra medicinalfirmaer til sygdomsbekæmpende organisationer og aftenskoler. Tilsvarende er der både tale om store, veletablerede organisationer og små græsrodsforeninger.

Table 9: Actors in the organization register

<i>Organisationens navn</i>	<i>Antal aktiviteter</i>
AstraZeneca	1
Center for Små Handicapgrupper	1
Cross-Over, AIDS-Fondet	12
Danmarks Lungeforening	1
Danmission	4
Dansk Tandlægeforening	1
Diabetesforeningen	1
Danmarks Idrætsforbund	1
DMGT – Sammenslutning af Muslimske Indvandrere Foreninger	1
Evas Ark	1
Foreningen mod Pigeomskæring	2
Gigtforeningen	1
Gymnastikforeningen for Etniske Kvinder	1
Hiv-Danmark	1
Indvandrere Kvindecenetre	1
Hovedstadens Oplysnings Forbund	3
Kirkens Korshær	1
Kom Forbi	4
Kræftens Bekæmpelse	4
Muslimere i Dialog	1
Multikulturel Forening	3
Pfizer	1
Scleroseforeningen	1
Sehat	2
Sex og Samfund	1
Somalisk Kvindeforening	4
TICC	1
Urbanprogrammet	2
Antal aktiviteter i alt	58

In addition to the above-mentioned actors, the Health Authority is involved in all 4 activities, and Cross-cultural Psychological Advice in Copenhagen accounts for 2 activities.

5 Konklusion og anbefalinger

Der er i alt afdækket 249 aktiviteter, der arbejder med forebyggelse eller sundhedsfremme rettet mod etniske minoriteter i Danmark. Disse aktiviteter beskæftiger sig med mange forskellige temaer, målgrupper og metoder, ligesom de er forankrede i en række forskellige regier.

Forebyggelses- og sundhedsfremmeaktiviteter for etniske minoriteter foregår i både kommuner, amter, på sygehuse og i organisationer, og man samarbejder i begrænset omfang med hinanden. I forhold til omrokingen af ansvaret for forebyggelse i forbindelse med strukturreformen er det hensigtsmæssigt at videreudvikle dette samarbejde, blandt andet for at de forskellige aktører derved kan gøre brug af andres opbyggede viden på området. Et øget samarbejde på tværs af regier er endvidere vigtigt, idet denne undersøgelse peger på, at der er høj grad af forskellighed i forhold til de aktiviteter, som hvert regi iværksætter. Endvidere viser undersøgelsen som forventet, at der er regi-forskelle i aktiviteternes karakteristika, hvilket hænger sammen med de enkelte regiers kompetencer, ansvarsområder samt interesser hos nøglepersoner i de forskellige regier.

Forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter, der er specifikt rettet mod etniske minoriteter i Danmark, omhandler til en vis grad de samme emner og målgrupper, som aktiviteter rettet mod etniske danskere. De omhandler brede sundhedsemner (typisk i mødregrupper i kommunalt regi) samt kost, fysisk aktivitet og prævention. Men de omhandler tillige temaer som pigeomskæring, som er et forebyggelsestema, der udelukkende bruges i relation til etniske minoriteter. Der synes endvidere at mangle temaer, der inddrages i relation til etniske danskere, men som også kunne have stor relevans for etniske minoriteter. Her tænkes på eksempelvis rygning og stof- og alkoholmisbrug. På trods af den begrænsede forskning vedrørende udbredelsen af specifikke sygdomme og risikofaktorer blandt etniske minoriteter peger disse åbenlyse mangler i de danske forebyggelsesaktiviteter på et behov for, at fremtidige aktiviteter i højere grad baseres på viden om behov hos målgruppen.

Kortlægningen har endvidere afdækket en vis diversitet i forhold til de anvendte metoder. Der er endvidere rapporteret forskellige måder at gribe samme problemstilling an på, hvilket understreger betydningen af en mere systematisk afdækning af de forskellige metoders effekt. Derved kan man gøre aktører på området bedre i stand til at udføre evidensbaserede forebyggelses- og sundhedsfremmeaktiviteter for etniske minoriteter.

Der foregår således en del initiativer med forskellige tilgange til forebyggelse og sundhedsfremme for etniske minoriteter, og der er dermed basis for, at eksisterende og kommende aktører på området vil kunne bruge nærværende rapport som inspiration til tilrettelæggelsen af forebyggelses- og sundhedsfremmeaktiviteter for etniske minoriteter. Rapporten er således en kortlægning af hvem, der udfører specifikke aktiviteter, og hvordan disse generelt griber aktiviteterne an. En uddybende undersøgelse af feltet vil kunne støtte disse og kommende aktører yderligere, idet mere detaljeret viden hermed vil kunne tilvejebringes om rammer, processer, incitamenter og barrierer samt om hvilke aktiviteter, der er virkningsfulde.

6 Bilag 1: Spørgeskema

Vejledning

Med aktiviteter, der har til formål at forebygge sygdom eller fremme sundhed menes der aktiviteter rettet mod raske personer eller personer i risikogrupper, men også aktiviteter, der har til formål at forebygge yderligere helbredsforværring hos allerede syge personer. Der menes eksempelvis:

- kurser til forbedring af kvinders kropsbevidsthed
- mødregrupper
- foldere om rygestop
- vægttabskurser
- screening for tuberkulose
- foredrag om sund kost for hjertepatienter

Der tænkes derimod ikke på aktiviteter, der primært har et socialt formål, eksempelvis forbedring af sociale netværk, sprogundervisning og lignende.

Med etniske minoriteter menes der personer, der er indvandret eller flygtet til Danmark fra et andet land, samt disses børn (2. generationsindvandrere). Det er ikke af betydning hvilket land, personerne er udvandret fra. Eksempelvis dækker begrebet også østeuropæere.

Generelt spørgsmål til alle

Dette spørgsmål skal afdække eksistensen af aktiviteter i jeres regi. Aktiviteterne skal opfylde følgende tre kriterier:

- de skal have til formål at forebygge sygdom eller fremme sundhed
- de skal være tilrettelagt specifikt for etniske minoriteter
- de skal i øjeblikket være under forberedelse eller have fundet sted efter 1. januar 2002 (såvel igangværende som afsluttede aktiviteter)

Er der sådanne aktiviteter i jeres regi? Ja Nej

Hvis nej, er du nu færdig med spørgeskemaet, og vi takker for din hjælp. Du bedes returnere skemaet i vedlagte svarkuvert til Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Blegdamsvej 3A,

Bygning 42, 2200 København N eller på e-mail: M.Kristiansen@pubhealth.ku.dk.

Hvis ja, bedes du venligst for hver enkelt aktivitet besvare de 9 spørgsmål på de følgende aktivitetsskemaer (et skema pr. aktivitet). Hvis der er foregået flere aktiviteter end vedlagte aktivitetsskemaer, bedes du venligst kopiere skemaet og medsende det i udfyldt stand. Alternativt kan du rekvirere flere trykte eller elektroniske aktivitetsskemaer på

tlf.: 3532 7671 eller e-mail: M.Kristiansen@pubhealth.ku.dk.

Aktivitetsskema

1. Hvad hedder aktiviteten?
2. Beskriv aktivitetens målgruppe(r) med hensyn til fx køn, alder, eget eller forældres fødeland, risikoadfærd, sygdomsgruppe og erhvervsstatus
3. Hvad er aktivitetens formål/problemstilling?
4. Beskriv kort aktiviteten, herunder organisatorisk ramme, generelt indhold og involverede personalegrupper

5. Er aktiviteten: Under forberedelse <input type="checkbox"/> Igangværende <input type="checkbox"/>
6. Foreligger der projekt-/aktivitetsbeskrivelser, programmer eller lignende for aktiviteten?
7. Har I udarbejdet informationsmateriale (fx pjecer, hjemmeside eller video) til målgruppen?
8. Foreligger der en skriftlig evaluering af aktiviteten?
9. Hvem kan kontaktes for yderligere oplysninger? Navn: Stilling: Adresse: Tlf. nr.: E-mailadresse:

Indsendes senest d. 8. april 2005 til: Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Blegdamsvej 3A,
Bygning 42, 2200 København N

7 Bilag 2: Litteratur

Som led i kortlægningen af forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter specifikt rettet mod etniske minoriteter i Danmark er der udført en litteraturindsamling omhandlende eksempler på interventioner inden for området. Litteraturindsamlingens formål er at gøre planlæggere, praktikere og evaluatore på området bekendt med udenlandske erfaringer, der kan være relevante i planlægning, implementering og evaluering af aktiviteter inden for forebyggelse og sundhedsfremme for etniske minoriteter i Danmark. Hermed er det hensigten, at sådanne aktører vil kunne drage nytte af de formidlede erfaringer i videreførelsen af eksisterende interventioner samt i tilrettelæggelsen af kommende interventioner. Vidensopsamling og formidling kan derved tjene til at sikre en i videst muligt omfang evidensbaseret forebyggelse og sundhedsfremme over for etniske minoriteter i Danmark. Det skal understreges, at det ikke har været muligt inden for kortlægningens begrænsede tidsperiode at foretage en dækkende litteraturindsamling på området, ligesom det ikke har været muligt at præsentere litteraturen på en dybdegående måde. Derfor skal denne litteraturindsamling ses som en overordnet beskrivelse af eksempler på interventioner.

Litteraturen er fundet ved søgning i den videnskabelige database PubMed med forskellige kombinationer af søgeordene ethnic, ethnic minority, health promotion, prevention, project og intervention. Endvidere er der benyttet litteratur, som vi i forvejen havde kendskab til. Der er i alt fundet 22 eksempler på forebyggende og sundhedsfremmende interventioner specifikt rettet mod etniske minoriteter. Referencerne er angivet nedenfor.

Litteraturen stammer fra en række forskellige lande, herunder Norge, Sverige, Holland, Storbritannien, Portugal, Schweiz, USA, Canada, Australien og New Zealand. Den er meget forskelligartet og omfatter blandt andet kvalitative evalueringer, randomiserede kontrollerede undersøgelser af interventioners effekter samt reviews af litteratur indenfor forskellige områder, eksempelvis interventioner inden for kostområdet.

Temaerne for de forskellige artikler spænder tilsvarende meget bredt. Noget af litteraturen dækker konkrete temaer som diabetes, forhøjet blodtryk, ernæring, fysisk aktivitet, tandhygiejne, seksuelt overførbare infektioner, kræftsygdomme, rygning, psykiske problemer samt svangre- og barselsrelaterede emner. Andre

artikler fokuserer på mere overordnede aspekter, herunder forbedring af de etniske minoriteters adgang til sundhedsvæsenets forebyggende tilbud, empowerment og sociale netværk.

Der er beskrevet interventioner, der tager udgangspunkt i en række forskellige settings, herunder almen lægepraksis, arbejdspladser, sprogskoler, skoler, moskeer, kirker, private hjem samt kvindecentre.

Nogle interventioner er rettet mod specifikke etniske grupper, eksempelvis tyrkere, pakistanere og indere, mens andre er rettet mod flere forskellige etniske minoritetsgrupper i et lokalsamfund. Andre målgrupper er eksempelvis unge, ældre, gravide, mødre og bedstemødre.

Den fundne litteratur beskæftiger sig med en lang række forskellige tilgange til forebyggelse og sundhedsfremme rettet mod etniske minoriteter. Tilgangene dækker eksempelvis over selvhjælpsgrupper, uddannelse og brug af sundhedsformidlere, peer educators, screening, health fairs, kurser, udvikling af forskellige formidlingsmetoder, herunder skriftligt materiale, video, radio og touch screens, brug af kampagner samt forbedring af tolkesituationen.

Nedenfor ses en oversigt over den fundne litteratur.

- Aambø A. Erfaringer med selvhjælpsgrupper ved Primærmedisinsk verksted. Forebyggelse for samfundets udsatte grupper: Forebyggelsespolitisk Råds beretning 1998-2000. København: Forebyggelsespolitisk Råd; 2000. S. 37-44.
- Ackerhans M. Multicultural health promotion: are we getting it right? *Entre Nous* 1998; vol. 38: s. 15.
- Atri J, Falshaw M, Gregg R, Robson J, Omar RZ, Dixon S. Improving uptake of breast screening in multiethnic populations: a randomised controlled trial using practice reception staff to contact non-attenders. *British Medical Journal* 1999; vol. 315: s. 1356-1359.
- Booker VK, Robinson JG, Kay BJ, Najera LG, Stewart G. Changes in Empowerment: Effects of Participation in a Lay Health Promotion Program. *Health Education & Behavior* 1997; vol. 24: s. 452-464.
- Edwards N, Ciliska D, Halbert T, Pond M. Health Promotion and Health Advocacy for and by Immigrants Enrolled in English as a Second Language Class. *Canadian Journal of Public Health* 1992; vol. 83: s. 159-162.

- Farren C, Naidoo J. Smoking cessation programmes targeted at black and minority ethnic communities. *British Journal of Cancer* 1996; vol. 74, suppl. XXIX: s. S78-S80.
- Fenton KA. Strategies for improving sexual health in ethnic minorities. *Current Opinion in Infectious Diseases* 2001; vol. 14: s. 63-69.
- Ganguly I. Promoting the health of women of non-English-speaking backgrounds in Australia. *World Health Forum* 1995; vol. 16:s. 157-163.
- Ghouri N. Health fair in a mosque: putting policy into practice. *Public Health* 2005; vol. 119: s. 197-201.
- Haour-Knipe M, Fleury F, Dubois-Arber F. HIV/AIDS prevention for migrants and ethnic minorities: three phases of evaluation. *Social Science & Medicine* 1999; vol. 49: s. 1357-1372.
- Ingram J, Johnson D, Hamid N. South Asian grandmothers' influence on breast feeding in Bristol. *Midwifery* 2003; vol. 19: s. 318-327.
- Jackson M, Peters J. Introducing touchscreens to black and ethnic minority groups - a report of processes and issues in the Three Cities project. *Health Information and Libraries Journal* 2003; vol. 20: s. 143-149.
- Kernohan EEM. Evaluation of a pilot study for breast and cervical cancer screening with Bradford's minority ethnic women; a community development approach, 1991-93. *British Journal of Cancer* 1996; vol. 74, Suppl. XXIX: s. S42-S46.
- Kiger H. Outreach to Multiethnic, Multicultural, and Multilingual Women for Breast Cancer and Cervical Cancer Education and Screening. A Model Using Professional and Volunteer Staffing. *Family and Community Health* 2003; vol. 26: s. 307-318.
- Low N, Connell P, McKeivitt C, Baggili T, Tenant-Flowers M, More C et al. 'You can't tell by looking': pilot study of a community-based intervention to detect asymptomatic sexually transmitted infections. *International Journal of STD & AIDS* 2003; vol. 14: s. 830-834.
- Massaro E, Claiborne N. Effective Strategies for Reaching High-Risk Minorities With Diabetes. *The Diabetes Educator* 2001; vol. 27: s. 820-828.
- Reijneveld SA, Westhoff MH, Hopman-Rock M. Promotion of health and physical activity improves the mental health of elderly immigrants: results of a group randomised controlled trial among Turkish immigrants in the Netherlands aged 45 and over. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003; vol. 57: s. 405-411.
- Simmons D, Voyle JA, Fou F, Feo S, Leakehe L. Tale of two churches: differential impact of a church-based diabetes control programme among Pacific Islands people in New Zealand. *Diabetic Medicine* 2004; vol. 21: s. 122-128.

Telleria T. Peer education in Portugal. *Entre Nous* 1998; vol. 38: s. 13.

Thomas J. Nutrition intervention in ethnic minority groups. *Proceedings in the Nutrition Society* 2002; vol. 61: s. 559-567.

Thompson P. Health promotion with immigrant women: a model for succes. *The Canadian Nurse* 1987; vol. 83: s. 20-23.

Wood RY, Duffy ME, Morris SJ, Carnes JE. The Effect of an Educational Intervention on Promoting Breast Self-Examination in Older African American and Caucasian Women. *Oncology Nursing Forum* 2002; vol. 29: s. 1081-1090.