

Syddansk Universitet  
Campus Odense

# For syg til sygehus?

Om ulighed i sundhed mellem ikke-vestlige immigranter og etniske danskere

Bachelorprojekt i Folkesundhedsvidenskab 2017

Vejleder: Morten Sodemann



Laura Holm-Nielsen, 220693

Antal typografiske enheder i opgaven: 65.996

## Abstract

This study was made to further investigate the fact that the overall health of many immigrants is challenged by their low social position and consequent poor reception of health care in the health care system. Based on a theory explaining inequalities in health, the purpose of this study was to evaluate whether or not there is a scientific foundation to organize specific interventions to reduce inequalities in health among non-western immigrants. By examining and analyzing the degree of inequalities in health among the population, the primary purpose was answered.

A literature review was made to collect articles and reports concerning health among non-western immigrants in Denmark. The literature review found that the highest degree of inequality in health between the native population and non-western immigrants with low social positions, is seen in the low treatment quality of the immigrants, in the burden of disease, in self-assessed health, in mental, chronic and infectious diseases, and finally in the terms of considerably social consequences of ill health.

This study finds that there is a scientific foundation for organizing specific interventions to reduce inequalities in health among the population. In order to reduce the inequalities it is suggested to give health care professionals supplementary training to achieve cross-cultural qualifications. Furthermore it could be profitable to make more use of the education that the immigrants bring along and to improve the Danish language lessons in the effort to get a larger proportion of the immigrants employed and consequently raise their social positions. Finally it is important as a recipient country and as an employee to be open to dissimilarities in the reduction of the unemployed and the inequalities in health.

## Indholdsfortegnelse

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Introduktion .....</b>                          | <b>4</b>  |
| 1.1 Indledning.....                                   | 4         |
| 1.2 Problemformulering .....                          | 5         |
| 1.3 Afgrænsning.....                                  | 6         |
| 1.4 Begrebsafklaring.....                             | 7         |
| <b>2. Teori.....</b>                                  | <b>8</b>  |
| 2.1 Introduktion og teoriovervejelser.....            | 8         |
| 2.2 Årsags-mekanisme-modellen.....                    | 8         |
| 2.2.1 Den samfundsmæssige kontekst & individet.....   | 9         |
| 2.2.2 De fire mekanismer I, II, III & IV.....         | 10        |
| 2.2.3 De fire interventionspunkter; A, B, C & D ..... | 12        |
| <b>3. Metode .....</b>                                | <b>13</b> |
| 3.1 Litteratursøgning.....                            | 13        |
| 3.1.1 Søgestrategi .....                              | 13        |
| 3.1.2 Inklusions- & eksklusionskriterier .....        | 15        |
| <b>4. Redegørelse &amp; analyse.....</b>              | <b>15</b> |
| 4.1 Den samfundsmæssige kontekst .....                | 15        |
| 4.1.1 Mødet med sundhedsvæsenet.....                  | 16        |
| 4.2 Mekanisme I - Social stratificering.....          | 17        |
| 4.2.1 Job.....  | 18        |
| 4.2.2 Indkomst.....                                   | 18        |
| 4.3 Mekanisme II - Differentiel eksponering.....      | 19        |
| 4.3.1 Sygelighed.....                                 | 19        |
| 4.3.2 Dødelighed.....                                 | 20        |
| 4.3.3 Dødsårsager .....                               | 21        |
| 4.4 Mekanisme III - Differentiel sårbarhed.....       | 22        |
| 4.4.1 Selvvurderet helbred .....                      | 23        |
| 4.4.2 Sygdomsbelastning .....                         | 23        |
| 4.5 Mekanisme IV – Differentielle konsekvenser.....   | 24        |
| 4.5.1 Sygefravær & sygedagpenge.....                  | 24        |
| 4.5.2 Førtidspension.....                             | 24        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>5. Diskussion .....</b>                       | <b>25</b> |
| 5.1 Ulighed i sundhed.....                       | 25        |
| 5.2 Særligt tilrettelagte indsatser .....        | 27        |
| 5.3 Metode- og kildediskussion .....             | 31        |
| <b>6. Konklusion &amp; perspektivering .....</b> | <b>33</b> |
| <b>7. Litteraturliste.....</b>                   | <b>34</b> |

## 1. Introduktion

### 1.1 Indledning

Forårsaget af uroligheder, specielt i Mellemøsten, har mange mennesker de seneste år været nødsagede til at forlade deres hjemland. Dette har på globalt plan betydet, at mange europæiske lande har modtaget immigranter, som er flygtet for deres liv eller som af andre årsager har måttet rejse. Ifølge seneste statistikker (Danmarks Statistik, 2015) har Europa, alene i 2015, modtaget omkring 1 million immigranter, det vil sige indvandrere som varigt flytter til et andet land. 21.000 af disse immigranter har søgt asyl i Danmark. Det er således det højeste antal asylansøgere siden opgørelserne blev påbegyndt i 1998 (Danmarks Statistik, 2015). Nationalt set har det betydet, at 11,6% af befolkningen i 2015 bestod af indvandrere og deres efterkommere. Af de 11,6% var 8,9% 1. generationsimmigranter, hvoraf 58% af disse kommer fra ikke-vestlige lande såsom Irak, Libanon, Somalia og Tyrkiet. Gældende for de ikke-vestlige indvandrere, som har immigreret til Danmark, er antallet steget i en sådan grad, at det i 2015 omtrent rundede en seksdobling sammenlignet med antallet for 30 år siden (Danmarks Statistik, 2015).

Stigningen i antallet af immigranter har fået stor negativ omtale i medierne, og stigningen har fået national så vel som international opmærksomhed. Én ting som dog ofte glemmes i debatten er, at lignende fænomener førhen har fundet sted, hvis man går blot 100 år tilbage i Danmarkshistorien, hvor Balkankrigene hærgede over Europa (Pelt, 2017). Der kan derfor våges den påstand, at historien på nogle områder har gentaget sig selv, hvortil der kan spørges, om et modtagerland som Danmark i nogen grad burde være forberedt på sådanne menneskelige konsekvenser af politiske sammenstød? Om ikke andet, gør sundhedsproblematikkerne, som bl.a. opstår i immigrationen af indvandrere, sig endnu gældende (Sodemann, 2017). Mange immigranter forlader deres hjemland med lav uddannelse og færre økonomiske ressourcer sammenlignet med etniske danskere, hvorfra de træder ind i et liv som minoritetsgruppe under de vilkår, der tilbydes i Danmark. I en kombination af dårlige socioøkonomiske betingelser og livet under minoritetsvilkår opleves ofte en forstærkning af immigranternes sårbarhed (Sodemann et al., 2013), hvorfor begrebet "ulighed i sundhed" er centralt.

Normalt tilskrives der tre forskellige delforklaringer til sammenhængen mellem etnicitet og helbred: 1) Den biologiske forklaring såsom forskelle i genetik, 2) Den psykologiske forklaring

såsom integration, traumer og sprogtilegninger og 3) Den miljømæssige forklaring i form af fx den socioøkonomiske status og den sproglige eksponering.

Af ovenstående delforklaringer mangler dog én ifølge Sodemann et al. (2013), som med tiden har vist sig at være særligt central for minoritetsgruppens helbred. Den fjerde delforklaring er adgangen til og kvaliteten i sundhedsvæsenet, som en del af den samfundsmæssige kontekst og struktur (Sodemann et al., 2013). Ifølge Evans et al. har samfundets struktur, konteksten og individets sociale position stor betydning for det samlede sundhedsoutcome, når der tales om ulighed i sundhed (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2001). William Farr skrev i 1866 følgende: *"No variation in the health of the states of Europe is the result of chance; it is the direct result of the physical and political conditions in which nations live."* (Evans et al., 2001, p. 13). Ifølge citatet gælder det således, at ingen ulighed i sundhed er et resultat af tilfældigheder, men derimod et resultat af den fysiske og politiske kontekst i en givent samfund. Samtidig skabes den sociale position, ifølge Evans et al. (2001), ud fra individets forhold til den samfundsmæssige kontekst, hvilket er essentielt, da netop den sociale position er stærkt relateret til sygdomsmønstre, dødelighed og sociale konsekvenser af sygdom. Det kan derfor siges, at man som modtagerland har et vist ansvar for, hvorledes ulighed i sundhed udfoldes i det givne samfund. Af samme årsag er problematikken om, hvorledes ulighed i sundhed kan mindskes yderst relevant at finde en løsning på anno 2017, hvorfor det er essentielt at undersøge, hvor uligheden gør sig gældende og i hvilket omfang, således interventionsforslag kan rettes mod disse.

## 1.2 Problemformulering

Med udgangspunkt i et ønske om at stille skarpt på, hvilke sundhedsproblematikker der opstår hos personer, som immigrerer til Danmark, ønsker jeg at undersøge uligheden i sundhed blandt ikke-vestlige indvandrere for at kunne komme med et forslag til, hvorledes denne problematik kan dæmpes. Problemformuleringen lyder derfor:

- 1) *Med afsæt i årsagsmekanisme-modellen i hvilken grad er der i Danmark tale om ulighed i sundhed mellem ikke-vestlige immigranter og etniske danskere?*
- 2) *Er der videnskabeligt belæg for, at et modtagerland som Danmark med fordel kan tilrettelægge særlige indsatser for denne befolkningsgruppe med henblik på at opnå et bedre sundhedsoutcome?*

### 1.3 Afgrænsning

I Danmark består den største gruppe af immigranter af personer fra ikke-vestlige lande (59%), hovedsageligt fra lav- og middelindkomstlande som fx Irak, Libanon, Somalia og Tyrkiet (Nørredam, 2014). Da befolkningsgruppen ikke-vestlige indvandrere er dominerende i Danmark, vil opgavebesvarelsen omhandle denne gruppe af mennesker. Uddybende vil der tages udgangspunkt i 1. generationsindvandrere og ikke deres efterkommere. Problemformuleringen ønskes endvidere at blive besvaret med udgangspunkt i litteratur, der er publiceret inden for de seneste ti år for en nutidig og opdateret besvarelse af problemformuleringen. Dog vil enkeltstående ældre litteratur inddrages til besvarelse af teori og metode, da disse teoretiske og metodemæssige overvejelser endnu er relevante.

Det første resultat afsnit behandler problematikkerne omkring mødet med sundhedsvæsenet for etniske minoriteter. Da problematikkerne i adgangen til og brugen af sundhedsvæsenet før i større omfang er blevet undersøgt, vil det i stedet være selve behandlingskvaliteten, som er i fokus. Her vil kun de vigtigste konklusioner vedrørende kvaliteten af behandlingen blive formidlet grundet opgavens begrænsning.

I det efterfølgende afsnit, som omhandler social position, er de to faktorer job og indkomst udvalgt. Job, indkomst og uddannelse er sigende, hvad angår placeringen i den samfundsmæssige kontekst. Dog er det ikke muligt at finde nye tal i de danske statistikker omkring uddannelse blandt ikke-vestlige indvandrere, men kun for deres efterkommere, hvorfor dette mål ikke medtages. Til gengæld er der i tredje afsnit, som omhandler sygdomseksposering, medtaget alle følgende tre mål; sygelighed, dødelighed og dødsårsager, da disse mål på nogle områder viser overraskende resultater med en baggrundsviden om, at ikke-vestlige indvandrere er dårligt socialt placeret i det danske samfund. Langt fra alle undersøgelser tyder dog på, at befolkningsgruppen helbredsmæssigt har det bedre end etniske danskere ud fra en subjektiv synsvinkel, hvorfor det fjerde afsnit belyser selvvurderet helbred og sygdomsbelastning, som på nogle områder står i kontrast til det forrige afsnit.

Sidst ses der på de sociale konsekvenser af sygdom ud fra sygefravær, sygedagpenge samt førtidspension, da disse er pålidelige objektive indikatorer herpå.

For slutteligt at afgrænse interventionsforslagenes omfang, vil der hovedsageligt tages udgangspunkt i sekundær og tertiær forebyggelse, dvs. forebyggelse som forhindrer videre syg-

domsudvikling samt forebyggelse, der forsøger at forhindre eller formindske følger af sygdom.

## 1.4 Begrebsafklaring

I dette afsnit redegøres der for de begreber, der bliver brugt i opgaven, for således at opnå større forståelse af opgavebesvarelsen. Følgende begreber bliver anvendt:

**Etnisk minoritet:** En etnisk minoritet er en person, som er en del af en mindretalsgruppe, hvis kulturelle identitet afviger fra flertalsbefolkningen i det givne land, hvor gruppen er bosættende (Knudsen, 2017).

**Sundhed:** Ifølge WHO er sundhed: "en tilstand af fuldstændig fysisk, mental og social velbefindende og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse" (WHO, 2017).

**Ulighed i sundhed:** Ifølge WHO kan ulighed i sundhed defineres som: "*differences in health status or in the distribution of health determinants between different population groups.*" (WHO, 2017, pp. 1, line 11-12). Dvs. at ulighed i sundhed er forskel mellem sundhedsstatus eller fordelingen af sundhedsdeterminanter afhængigt af populationsgruppe.

**Ikke-vestlig immigrant:** En immigrant er betegnelsen for en indvandrer, som er en person, der varigt flytter fra et til et andet land end det, hvor personen oprindeligt har været statsborger (Possel, 2014). En ikke-vestlig immigrant kommer fra lande som *ikke* er: EU-lande, Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand (Undervisningsministeriet, 2017). Fremover vil en ikke-vestlig immigrant betegnes som IVI.

**Etnisk dansker:** En person med national eller kulturel oprindelse og tilhørsforhold til Danmark (Den Store Danske, 2017). Etniske danskere vil fremover i opgaven betegnes som ED.



## 2. Teori

### 2.1 Introduktion og teoriovervejelser

Ifølge Rienecker et al. er teori og faglige metoder: *"fagenes redskaber til at undersøge materiale (empiri) med eller til at diskutere med."* (Rienecker, Stray Jørgensen, & Skov, 2012, p. 223) Således kan brugen af teori være afgørende for opgavens udfald i og med, man ved brugen af teori kan opnå en faglig analyse, hvor fagets viden demonstreres. Derudover muliggør brugen af teori videnskabelig argumentation, fordi teorier og metoder er afgørende for selve argumentationen i opgaven (Rienecker et al., 2012).

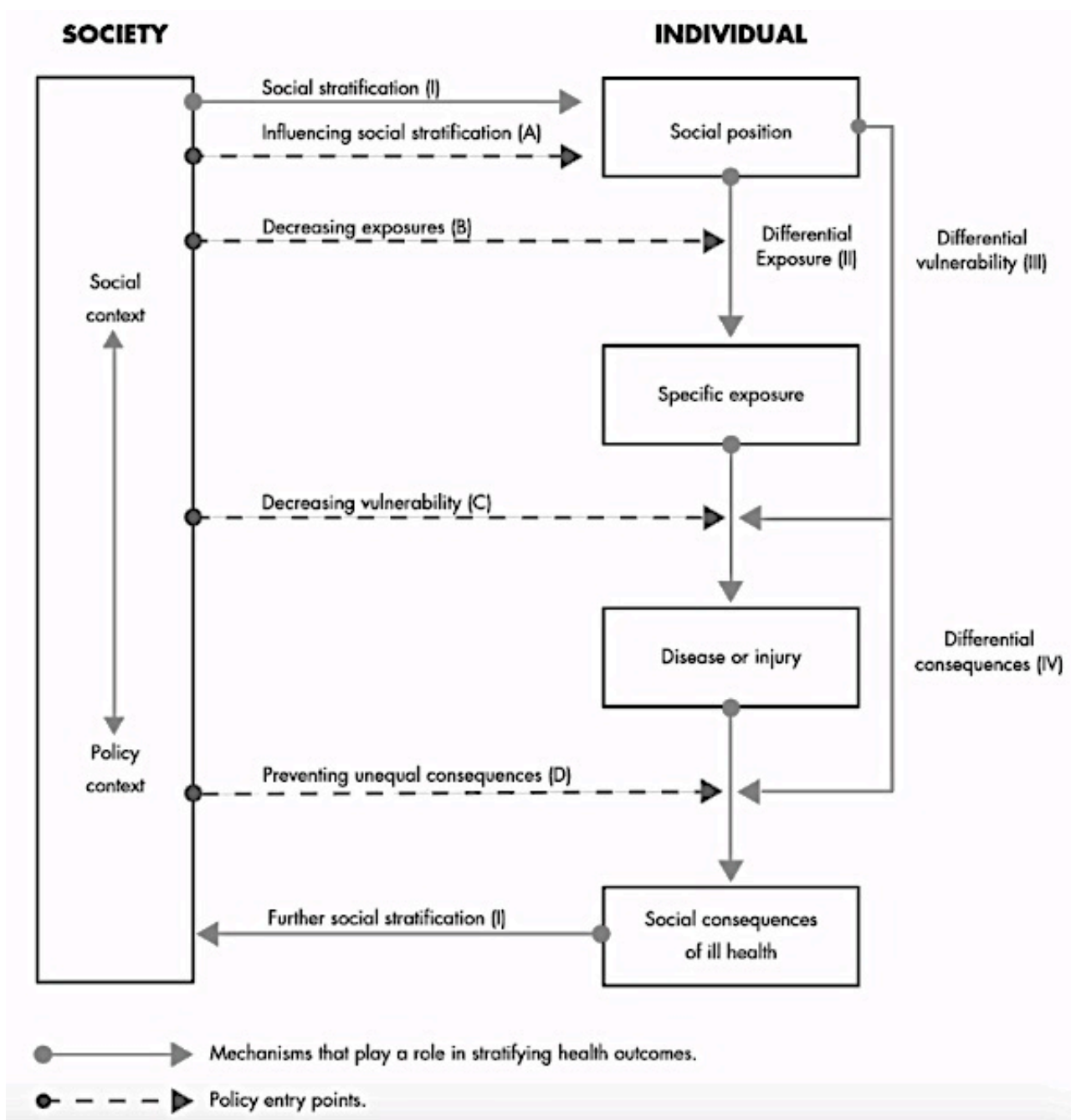
Teoriafsnittet, i nærværende opgave, skal fungere som et redskab til bedre at kunne forstå årsagssammenhænge bag ulighed i sundhed. Derudover skal det teoretiske afsnit fungere som en aktiv del af problemløsningen, hvilket derigennem muliggør en bredere forståelse for emnet "Ulighed i sundhed". Årsagsmekanisme-modellen, som der i nedenstående afsnit vil blive redegjort for, skal anvendes aktivt og hjælpe til besvarelsen af de to problemformuleringer. Her vil udvalgte variable indsættes i en given samfundsmæssig kontekst; det danske sundhedsvæsen, for at kunne redegøre for, hvilke sundhedsoutcome som derudfra indtræffer, og hvordan man bør henvende sine interventioner.

### 2.2 Årsags-mekanisme-modellen

Årsagsmekanisme-modellen, der oprindeligt hedder "A framework for elucidation the pathways from the social context to health outcomes and for introducing policy interventions" af Diderichsen og Hallquist (1998), er udviklet som et redskab til bedre at kunne forstå og modvirke ulighed i sundhed gennem et fokus på det enkelte individ og dets samspil med samfundet.

Modellen består overordnet af to hovedelementer; samfundet og individet, som er illustreret i nedenstående. Samfundet og individet interagerer ifølge modellen med hinanden, hvilket resulterer i fire forskellige mekanismer navngivet med I, II, III og IV. Sammen resulterer dette i et givent sundhedsoutcome. Tilpasset hver af de fire forskellige mekanismer tilhører fire forskellige interventionspunkter med bogstaver A-D (Evans et al., 2001).

**Figur 1:** A framework for elucidation the pathways from the social context to health outcomes and for introducing policy interventions (Evans et al., 2001).



### 2.2.1 Den samfundsmæssige kontekst & individet

Den sociale og politiske kontekst består af det pågældende samfunds systemer, kultur og sociale miljøer, som eksisterer på lokale, regionale og nationale niveauer, og som i større eller

mindre grad har indflydelse på ulighed i sundhed. Af disse samfundsmæssige systemer, dvs. sæt af principper eller metoder hvorfra noget gøres eller arrangeres, er systemer såsom uddannelsessystemet og sundhedssystemet ofte relevante, når der tales om ulighed i sundhed, fordi disse har indflydelse på individets samlede sundhedstilstand. Ifølge Evans et al. adskiller den samfundsmæssige kontekst sig afhængigt af, hvilket land man befinder sig i. (Evans et al., 2001)

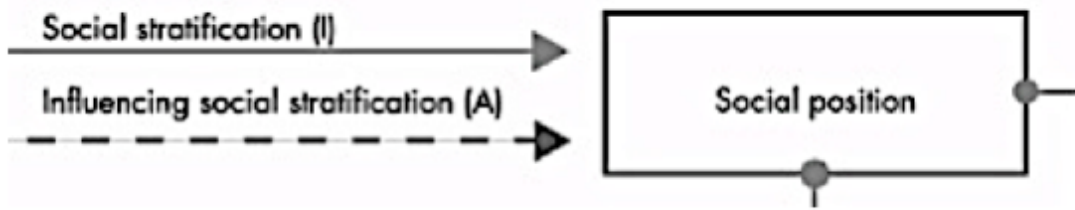
Individer i et samfund defineres, ifølge teorien, ud fra deres forhold til den samfundsmæssige kontekst, dvs. den sociale position. Den samfundsmæssige kontekst kan føre til retsmæssig lighed, fx lige ret til sundhedspleje og uddannelse, men den kan også være med til at skabe ulighed, når niveauet af sociale fordele afhænger af den sociale position. Individets sundhedstilstand er derfor, ud fra et givent samfunds systemer og strukturer, meget afhængig af mulighederne for sundhed. Hvorledes den samfundsmæssige kontekst og individets sociale position linkes til sundhedsoutcomes, forklares ud fra nedenstående fire mekanismer (Evans et al., 2001).

### 2.2.2 De fire mekanismer I, II, III & IV

De fire mekanismer "Social stratificering (I)", "Differentiel eksponering (II)", "Differentiel sårbarhed (III)" og "Differentielle konsekvenser af dårligt helbred (IV)" er de mekanismer, som ifølge teorien bag årsagsmekanisme-modellen forklarer, hvordan ulighed i sundhed hænger sammen med den samfundsmæssige kontekst og individets sociale position.

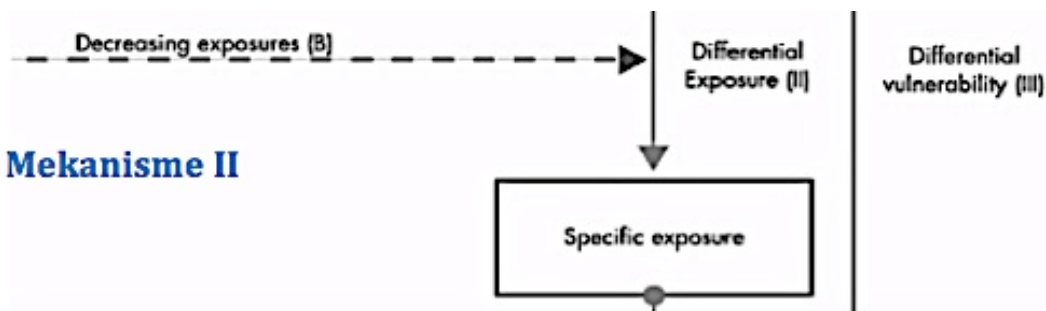
Den første mekanisme i årsagsmekanisme-modellen "Social stratificering", som ses på nedenstående figur, beskriver opdelingen af individer/populationer i et samfund. Ofte er det ud fra individets relation til den sociale og samfundsmæssige kontekst, at individet placeres i en specifik social position. Her er det essentielt, hvilken etnicitet, familiebaggrund, uddannelse eller hvilket job individet har, da det er med til at bestemme, hvilken placering individet har i et givent samfund og derfor også, hvilke eksponeringer individet udsættes for. For nogle individer er det at skabe eller opretholde en social position sværere end for andre afhængigt af den sociale og samfundsmæssige kontekst (Evans et al., 2001).

**Mekanisme I**



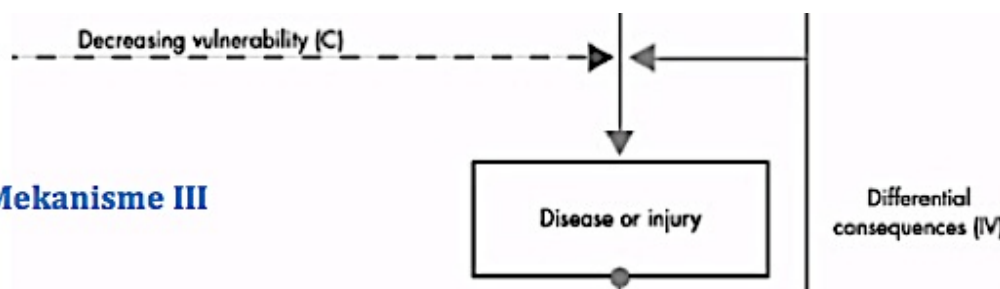
Den anden mekanisme for ulighed i sundhed, som ligeledes ses i figuren nedenfor, er "Differential eksponering", som beskriver, hvorledes forskellige eksponeringer har en forbindelse til ulighed i sundhed. Ifølge teorien bag modellen ses der for hver sociale position en række specifikke risikomønstre. Det vil sige, at man for hver social position eksponeres forskelligt ift. sundhedsrisici og disse eksponeringer følger en helt fra barnsben af. Her vil man i lavere sociale klasser have en større eksponering af risikofaktorer end dem i højere rangerede socialklasser. Disse sociale determinanter vil da med tiden resultere i fysiologiske mekanismer, som skaber denne ulighed (Evans et al., 2001).

**Mekanisme II**

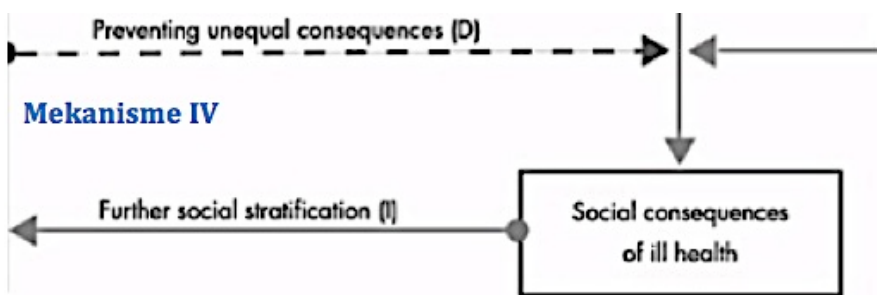


Den tredje mekanisme "Differential sårbarhed", som er vist nedenfor, beskriver, hvordan betydningen af en eksponering er afhængig af, hvorvidt man i forvejen er eksponeret af andre risikofaktorer og derfor er mere eller mindre følsom. Da personer i lavere socialklasser ofte er udsat for flere risikofaktorer, kan man tale om, at sygdomme forårsaget af risikofaktorerne interagerer med hinanden, hvorpå eksponeringen således må virke større (Evans et al., 2001).

**Mekanisme III**



Den fjerde og sidste mekanisme, der i teorien bag modellen bliver beskrevet, er "Differentielle sociale konsekvenser af dårligt helbred", som omfatter, hvorledes sundhedsmæssige events/dårligt helbred har forskellige konsekvenser for et individ eller en familie ift. den socioøkonomiske tilstand. Her har det specielt betydning for individer og familier i lave socialklasser, som lever i lavindkomstlande, hvor de ikke får tilbudt behandling af staten og som ikke har samme muligheder for at komme tilbage på arbejdsmarkedet efter sygdom, sammenlignet med kapitalstærke velfærdssamfund (Evans et al., 2001).



### 2.2.3 De fire interventionspunkter; A, B, C & D

Følgende interventionspunkter beskriver, hvorledes man som samfund kan modvirke ulighed i sundhed. Interventionspunkter tilhører hver én af mekanismerne, der tidligere er redegjort for. I modellen er interventionspunkterne de striplede linjer, som tager udgangspunkt i samfundet i og med det er samfundet, som gennem interventioner kan ændre på uligheden. Der hvor de striplede linjer fører hen til, er således den mekanisme der ud fra det givne interventionspunkt, forsøges at ændre på.

Det første interventionspunkt (A), tilhørende mekanisme I, er "Påvirkning af den sociale stratificering". Interventionspunkter beskriver, hvorledes man kan påvirke stratificeringen af individer. Her nævnes der to forskellige politiske tilgange; Den første tager udgangspunkt i, at man skal mindske social ulighed i form af for eksempel at gøre uddannelse, arbejdsmarkedet og sundhedssystemet mere tilgængeligt. Den anden tager udgangspunkt i, at der skal ses på de sociale og økonomiske politikkers indflydelse på denne laginddeling, dvs. opdelingen i socialklasser.

Andet og tredje interventionspunkt (B) og (C), tilhørende mekanisme II og III, som hedder; "Minskning af eksponeringer og sårbarhed", beskriver hvorledes man bør mindske indivi-

ders eksponering samt følsomhed. Teorien bag modellen tager udgangspunkt i, at man, for at ramme sin målgruppe, bør differentiere interventioner for individer med udgangspunkt i deres sociale position. Derudover tales der om, at man, ved interagerende eksponeringer, skal forsøge at ramme alle udsatte, frem for enkelte individer, hvis man ønsker at opnå en effekt. Det sidste interventionspunkt (D), tilhørende mekanisme IV, som hedder: "Forebyggelse af ulige konsekvenser af dårligt helbred og yderligere social ulighed" beskriver, hvorledes man ikke kun bør matche sundhedsplejen til de specifikke behov, men at man også herigennem bør overveje, hvordan denne pleje specifikt kan være med til at mindske uligheden i sundhed (Evans et al., 2001).

### 3. Metode

En videnskabelig metode er, ifølge Rienecker et al., en systematisk fremgangsmåde, som kan ekspliciteres, dvs. tydeliggøres eller belyses, således at læseren har mulighed for følge lige såvel som gentage den eller de givne undersøgelser under de beskrevne præmisser (Rienecker et al., 2012). Følgende afsnit vil således beskrive fremgangsmåden, hvorpå litteraturgrundlaget til opgaven er fundet.

#### 3.1 Litteratursøgning

Som fagperson med en videregående uddannelse er det essentielt at kunne udvælge et fornuftigt litteraturgrundlag, hvor fra- og tilvalg af litteratur hænger sammen med problemformuleringen samt ens kendskab til kildekritik (Rienecker et al., 2012).

Dette afsnit vil gøre rede for den litteratursøgning, som er foretaget for at kunne besvare problemformuleringen.

##### 3.1.1 Søgestrategi

Opgavens litterære grundlag bygger på litteratursøgninger foretaget i databaserne; Pubmed MEDLINE, Scopus, Web of Science, Google Scholar samt Syddansk Universitets bibliotekskatalog. Desuden er bøger og litteratur fra tidligere fag blevet benyttet, hvorfra også oprindelige kilder er opsøgt og nogle er medtaget.

Der er under søgningerne i onlinedatabaserne blevet brugt følgende søgeord i MeSH temer ud fra forskellige kombinationer:

- Health

- Inequality
- Mortality
- Morbidity
- Immigrants
- Migrants
- Denmark
- Ethnicity
- Inequity
- Disparity
- Refugees
- Ethnic minority
- Cancer
- Cardio-vascular disease
- Infectious diseases
- Mental health
- Self-rated health
- Native Danes
- Differential vulnerability

Ved søgning i Google Scholar og bibliotekskatalogerne er følgende søgeord blevet ud fra forskellige kombinationer:

- Ulighed i sundhed
- Sundhed
- Sundhedsvæsen
- Ikke-vestlige indvandrere
- Ikke-vestlige immigranter
- Indkomst
- Job
- Sygefravær
- Sygedagpenge
- Førtidspension
- Sygelighed

- Dødelighed
- Dødsårsager
- Sygdomsbelastning
- Selvvurderet helbred

### 3.1.2 Inklusions- & eksklusionskriterier

Al litteratur som er publiceret før år 2007, dvs. litteratur som er mere end 10 år gammelt, er i denne opgave ekskluderet med undtagelse af teoretisk litteratur til brug i teori- og metodeafsnittet. Derudover har et gennemgående inklusionskriterie været, at undersøgelserne skulle bygge på danske populationer i og med opgaven tager udgangspunkt i IVI'er, som opholder sig i Danmark. Dette har gjort, at udenlandske undersøgelser om ulighed i sundhed er blevet ekskluderet og databasesøgningen derfor gav et mindre udbytte af videnskabelige artikler. I stedet domineres opgavebesvarelsen af større danske rapportudgivelser, som er fundet gennem andre kilder såsom Danmarks statistik samt Sundhedsstyrelsens hjemmeside og Google Scholar. Desuden er flere større bærende rapporter fundet gennem Indvandrermedicinsk Klinik, OUH.

## 4. Redegørelse & analyse

Med udgangspunkt i ovenstående litteratursøgning, vil følgende afsnit bearbejde de resultater, der er kommet ud af søgningen. Resultaterne i dette afsnit vil gennemgående følge strukturen i årsagsmekanisme-modellen og vil derfor først tage udgangspunkt i det samfundsmæssige perspektiv af ulighed i sundhed i form af behandlingskvaliteten i sundhedsvæsenet for derefter at bevæge sig gennem modellen resterende fire perspektiver af ulighed i sundhed, der befinder sig på individniveau.

### 4.1 Den samfundsmæssige kontekst

Den samfundsmæssige kontekst, som bl.a. består af et givent samfunds systemer, har i større eller mindre grad indflydelse på ulighed i sundhed (Evans et al., 2001). Af disse samfundsmæssige systemer er sundhedsvæsenet essentielt, fordi ulighed i sundhed ofte bevidst eller ubevidst finder sted i dette forum, og som følge heraf har indflydelse på adskillige faktorer på individniveau. Af den årsag vil denne besvarelse specifikt tage udgangspunkt i behandlingskvaliteten i sundhedsvæsenet som værende besvarelses samfundsmæssige kontekst.



#### 4.1.1 Mødet med sundhedsvæsenet

Ulighed i sundhed er ikke blot et spørgsmål om, hvorvidt en given befolkning rammes af en specifik sygdom, eller hvorvidt denne befolkning lever længere eller kortere end den gruppe, der sammenlignes med. Ulighed i sundhed kan også være en skjult ulighed som opstår når markedet fejler, dvs. når markedet ikke skaber lige adgang for alle, fordi det for nogle befolkningsgrupper er sværere at opnå adgang til sundhedssystemet end det er for andre. Dette på trods af et system, som efter de lovmæssige principper ikke bør ekskludere nogle eller skabe rivaliseringer (Guinness & Wisemann, 2011). Én af de helt essentielle barrierer, som opstår i sundhedsvæsenet for IVI'er, er sprogbarrieren. Denne barriere er med til at skabe ulighed i adgangen til sundhedsvæsenet, men også med til at skabe ulighed ift. kvaliteten af behandlingen i sundhedsvæsenet. Her tales om en ulighed som opstår, når sundhedspersonale bevidst eller ubevidst forskelsbehandler, hvorfor resultatet bliver ulighed i kvaliteten af behandlingstilbuddene (Sodemann et al., 2013) – en ulighed som i sidste ende har betydning for, hvorvidt disse individer bliver raske igen og dermed evnen til at skabe en normal tilværelse under selvforsørgelse.

Bl.a. rapporten "Tak fordi I lavede en bedre version af mig" belyser problematikken i, at der i sundhedssystemet opstår forskelsbehandling for etniske minoriteter, oftest fordi minoriteterne slet ikke eller i et meget lille omfang taler dansk. Ifølge rapporten gør forskelsbehandlingen sig yderligere gældende i alle de fire processer af en sygdomsudredning; 1) i undersøgelserne, 2) ved behandlingen, 3) ved patientinformationen, samt 4) ved efterkontrollerne (Sodemann et al., 2013).

Tager man udgangspunkt i det første møde med sundhedsvæsenet, er det allerede her, i konsultationsrummet, uligheden opstår. Fra første øjeblik, hvor undersøgelserne igangsættes, opstår misforståelser mellem læge og patient, ofte på grund af en blanding af store sprogmæssige barrierer samt af allerede forudbestemte stereotypbilleder lægen har opstillet omkring patienten (Eisenberg, 1979). Patienten forstår ikke, hvad og hvorfor lægen spørger som han/hun gør, og lægen formår samtidig ikke at indsamle de nødvendige oplysninger til at kunne hjælpe patienten ud af sygdom. Dette fører i flere tilfælde til, at patienten føler sig misforstået og opgiver mødet med sundhedssystemet i Danmark, hvilket i værste fald kan ende med patienter, der for den almene praksis er for uhandgribelige og derved også, ironisk nok om man vil det - *for syge til sygehus*. (Sodemann et al., 2013).

Ses der specifikt på behandlingskvaliteten opleves det i stor grad, at de sundhedsprofessionelles manglende klinisk-etniske kompetencer resulterer i behandlinger med alvorlige bivirkninger og komplikationer, som kunne have været undgået (Sodemann, 2017). Derved skabes der, som resultat af planløse og uhensigtsmæssige behandlingsforløb, kroniske uafklarede eller fejldiagnosticerede patienter, hvis oversete symptomer emmer af manglen på professionel hjælp (Sodemann, 2017).

Flere epidemiologiske undersøgelser (Ikram et al., 2016) underbygger antagelserne om, at kvaliteten af behandling af etniske minoriteter ikke lever op til kvaliteten af den behandling, som den danske baggrundsbefolkningen modtager. Ud fra aldersstandardiserede mortalitetsrater pr. 100.000 personer, har studier vedrørende kardio-vaskulær samt cerebro-vaskulær sygdom vist, at etniske minoriteter bosiddende i Danmark har en markant højere dødelig sammenlignet med samme etniske grupper bosiddende i lande såsom Frankrig, Holland og Skotland (Ikram et al., 2016). Dvs. at samme etniske gruppe har forskellige chancer for at overleve med en given sygdom afhængigt af hvilket land de opholder sig i.

Vedrørende patientinformation og efterkontroller opleves ligeledes store forskelle i kvaliteten mellem immigranter og ED. Det erfares ifølge rapporten af Sodemann et al. (2013), at etniske minoritetspatienter enten ikke modtager den nødvendige information før, under og efter behandling eller også bliver information leveret i et så svært fagligt sprog, at patienterne alligevel må gå uforstående hjem igen (Sodemann et al., 2013). Sådanne misforståelser og manglende handling pga. sprogbarrierer og ikkeeksisterende informationstilpasning kan true patientsikkerheden i et sådan omfang at store medicinske fejl kan forekomme (Sodemann et al., 2013).

#### **4.2 Mekanisme I - Social stratificering**

Med udgangspunkt i den sociale kontekst, hvor hvert individ placeres i en specifik social position, er det relevant at se på socioøkonomiske mål såsom etnicitet, uddannelse, job og indkomst. Dette skyldes, at det, ud fra modellen, netop er ud fra en sådan kontekst individet placeres i et givent samfund, og denne placering er med til at bestemme, hvilke eksponeringer et givent individ udsættes for (Evans et al., 2001). I dette afsnit tages der udgangspunkt i job og indkomst hos IVI'er.

#### 4.2.1 Job

Ifølge Danmarks statistik er der et mønster i, hvilke erhverv IVI'er befinder sig i. For mandlige IVI'er i aldersgruppen 15-64 år, hvoraf 53% af den samlede gruppe er i beskæftigelse, ses en overvægt af personer som arbejder inden for hotel- og restaurantbranchen samt transport- og rengøringsbranchen sammenlignet med ED. Eksempelvis gjaldt det i 2012, at 15% af de mandlige IVI'er arbejdede inden for hotel- og restaurantbranchen, hvilket kun gjaldt for 2% af mændene med dansk oprindelse.

For kvindelige IVI'er i samme aldersgruppe, hvoraf 44% af den samlede gruppe er i beskæftigelse, ses ligeledes en overvægt af arbejdende inden for rengøringsbranchen og anden operationel service. I 2012 arbejdede 15% af kvinderne indenfor rengøringsbranchen sammenlignet med blot 4% af kvinder med dansk oprindelse. Derudover ses en stor andel af kvinder fra ikke-vestlige lande i branchen; sociale institutioner, hvor andel i 2012 var 24,5% sammenlignet med 22,2% for kvinder med dansk oprindelse, hvilket kan skyldes, at disse job ikke kræver, at man er faglært (Danmarks Statistik, 2013).

Af gruppen IVI'er, som har tilknytning til arbejdsmarkedet, viser ny rapport, at antallet af indvandrere i arbejde falder i takt med, hvor længe de har været i landet. Dette modstrider i den grad antagelserne om, at antallet af beskæftigede stiger, jo længere indvandrerne har været bosat i Danmark. Ifølge rapporten mister indvandrerne med tiden fodfæstet og formår ikke at holde på deres jobs (Nordisk Ministerråd, 2017).

#### 4.2.2 Indkomst

I og med en overvægt af indvandrerne med ikke-vestlig baggrund arbejder inden for serviceerhverv som tager imod ufaglærte, afspejles dette i indkomststatistikkerne i form af lave lønninger. Blot 15% af gruppen er lønmodtagere på højeste niveau, hvor det tilsvarende er 26% for mænd og 32% for kvinder med dansk oprindelse. For den gennemsnitlige bruttoindkomst gælder det, at IVI'er tjener næsten halvt så meget som ED over en tidsperiode på et år. Ifølge Rockwool Fondens Forskningsenhed tjener en ikke-vestlig 1. generations indvandrer mellem 25-54 år lige godt 400.000 kr. om året brutto. I samme opgørelse tjener en person med dansk oprindelse lige under 800.000 kr. om året brutto, hvorfor forskellen mellem de to befolkningsgrupper må siges at være stor (Skovgaard, 2013).

### 4.3 Mekanisme II - Differentiel eksponering

Ligesom den sociale position ligger grobund for specifikke eksponeringer, fører disse eksponeringer til specifikke risikomønstre. Det vil sige, at man ud fra sin sociale position rammes forskelligt af sygdom afhængigt af, hvilken eksponering af risikofaktorer der er tale om. Ifølge modellen vil man i lavere socialklasser ofte eksponeres af flere risikofaktorer og derved med tiden rammes af flere sygdomme sammenlignet med højere rangerede socialklasser (Evans et al., 2001). En måde hvorpå dette kan måles er gennem sygelighed, dødelighed samt dødsårsager, da man ud fra disse indikatorer vil kunne se en forskel, hvis risikomønstrene adskiller sig fra IVI'er sammenlignet med ED.

#### 4.3.1 Sygelighed

Sygelighed er et af de mål, hvorpå man kan se, hvilke risikofaktorer, der er dominerende for en given befolkningsgruppe, da risikofaktorer og sygelighed er stærkt sammenhængende. Hvis en given befolkningsgruppe domineres af rygning og alkohol, vil dette give udslag i, hvad denne befolkningsgruppe bliver syge af, hvor lungekræft og alkoholrelaterede sygdomme vil være dominerende.

Med udgangspunkt i de mest udbredte sygdomme, kan der tegnes et specifikt sygdomsmønster for befolkningsgruppen IVI'er sammenlignet med ED.

Ifølge Norredam et al., som måler forskelle i relativ risiko (RR), justeret for alder, migranttype og opholdsvarighed, hvor ED er angivet som referencegruppen (RR=1), har IVI'er større risiko for at få en psykisk sygdom sammenlignet med ED. For mænd og kvinder samlet gælder det, at de har en (RR=2.03; 95%CI:1.72-2.40) for at få en psykotisk diagnose. For neurotiske sygdomme, såsom PTDS, ses endnu større værdier, hvor mænd har en (RR=4.39; 95%CI:3.56-5.40) og kvinder (RR=2.09; 95%CI:1.70-2.57), hvilket kan siges ikke at være overraskende taget i betragtning, at mange fra denne minoritetsgruppe med stor sandsynlighed har oplevet krigstraumer af den ene eller anden art (Norredam, Garcia-Lopez, Keiding, & Krasnik, 2009).

Ser man på den relative risiko for at få kræft, ser billedet anderledes ud end for psykiske sygdomme. Her tegner der sig et mere uspecificeret mønster, hvor der i nogle tilfælde ses en lavere RR, og i andre ses blandede resultater for både mænd og kvinder fra ikke-vestlige lande ift. ED. Overordnet for alle cancertyper, ses der mindre signifikante forskelle, hvor der for immigranter fra Mellemøsten ses en signifikant lavere risiko for cancer med en (RR=0.48;

95%CI:0.35-0.67) for kvinder og en (RR=0.74; 95%CI:0.59-0.94) for mænd. Derudover ses der for både mænd og kvinder en samlet lavere risiko for bryst- og tarmkræft (Norredam, Krasnik, Pipper, & Keiding, 2007).

#### 4.3.2 Dødelighed

Det totale antal døde i Danmark fra år 2005 til år 2009 var 275.108 personer, hvoraf 9.544 bestod af indvandrere og 466 efterkommere. Der skal tages højde for, at indvandrerne og deres efterkommeres alderssammensætning, er betydeligt anderledes end den danske alderssammensætning, hvorfor der efterfølgende er foretaget beregninger, hvor aldersstandardisering er i brug. På den måde, kan man beregne det forventede antal døde, hvis immigranternes alderssammensætning var lig med alderssammensætningen for ED. Danmarks statistik har efterfølgende valgt ikke at medtage efterkommere, da resultaterne ville opnå stor usikkerhed med disse inkluderet på grund af personernes lave alder. I stedet bygger undersøgelsen på personer fra 25-89 år (Danmarks Statistik, 2010).

Ifølge Danmarks statistik ses der blandt indvandrere fra Danmarks nabolande en samlet større dødelighed ift. den danske lokalbefolkning, men ses der på statistikkerne for immigranter fra ikke-vestlige lande er dødeligheden lavere (Danmarks Statistik, 2010). Ud fra rapporten "Indvandrere 2010", er dødshyppigheden samlet set lavere hos IVI'er end hos ED, men der er dog store variationer mellem de enkelte etniske grupper.

For at kunne beregne, hvorvidt dødelighed er lavere eller højere for IVI'er, er dødelighed for ED (standardbefolkningen) sat til at være 100. For at beregne dødeligheden for de IVI'er ganges det faktiske antal døde med det beregnede antal døde og der divideres med 100.

For perioden 2005-2009 bevæger værdierne for ikke vestlige indvandrere sig mellem 50 og 91, hvoraf den største forskel ses i aldersgrupperne 40-59 år for mænd og kvinder, hvor maksimum er 76 (kvinder 55-59 år) og minimum er 50 (kvinder 50-54 år). Det vil sige, at der i aldersintervallet 40-59 år dør mellem 24% op til 50% færre IVI'er sammenlignet med ED. Der er derved en markant forskel, hvilket, hvis det beregnes til færre antal døde om året, svarer til 98 færre mænd og 83 færre kvinder. Kun gruppen af mænd fra 25-29 år af IVI'er har en højere dødelighed end ED, hvilket muligvis kan skyldes en anden og mere risikabel livsstil (Danmarks Statistik, 2010).

Også BMC Public Health har undersøgt IVI'ers dødelighed sammenlignet med ED, her angivet som relativ risiko (RR) for dødelighed med udgangspunkt i alle dødsårsager. I disse undersø-

gelses viser der sig et lignende mønster, hvor dødelighed for ikke-vestlige kvindelige indvandrere er (RR=0.78;95%CI:0.71;0.85), hvor den for mandlige IVI'er er (RR=0.64;95%CI:0.59;0.69), her med ED som referencegruppe (Norredam, Krasnik, Pipper, & Keiding, 2012b). Dog hvis der specifikt ses på risikoen for spædbørnsdødelighed og dødfødsel, ses der en op til dobbelt så høj risiko for IVI'er sammenlignet med baggrundsbefolkningen i Danmark (Sodemann, 2016). Dette gør sig især gældende for indvandrere med somalisk og tyrkisk baggrund, hvor den relative risiko for dødfødsel er (RR=1.28;95%CI: 1.07 to 1.53) for personer fra Tyrkiet, (RR=1.62;95%CI: 1.25 to 2.09) for personer fra Pakistan og (RR=2.11;95%CI: 1.60 to 2.77) for personer fra Somalia. Samtidig er den relative risiko for spædbørnsdødelig (RR=1.41;95%CI: 1.22 to 1.63), (RR=1.88;95%CI: 1.53 to 2.30) and (RR=1.39;95%CI: 1.03 to 1.89) for spædbørn født af mødre fra henholdsvis Tyrkiet, Pakistan og Somalia (Villadsen, Mortensen, & Andersen, 2009).

#### 4.3.3 Dødsårsager

Med resultater som viser en markant lavere dødelighed i næsten alle aldersgrupper for IVI'er sammenlignet med ED på nær hos spædbørn, er det interessant at undersøge, om der derved også er forskel på, hvad de forskellige befolkningsgruppers dødsfald skyldes.

Ifølge tal fra Danmarks statistik, ses der for IVI'er generelt en underdødelighed ift. de 50 mest hyppige dødsårsager, dog ses der for diabetes en betydelig overdødelighed. I absolutte termer svarer denne overdødelighed til i alt 11 dødsfald mere for både mænd og kvinder årligt.

For ikke-vestlige mandelige indvandrere gælder det, er der ved psykiske sygdomme, som kan været forårsaget af alkohol såsom demens og andre psykiske lidelser, specielt ses underdødelighed sammenlignet med ED. Derudover ses også en markant underdødelighed ved sygdomme i lever og galdeveje samt ondartede svulster i uspecificerede områder. Dette kan bl.a. skyldes, at IVI'er kommer fra muslimske lande, hvor alkoholforbruget er betydeligt lavere end, hvad man ser hos ED (Danmarks Statistik, 2010).

For kvinder gælder det, at de sygdomme som repræsenterer den største underdødelighed er sygdomme såsom KOL, lungekræft og brystkræft som alle er rygningrelaterede. Derudover ses samme mønster som hos de mandlige IVI'er, hvor alkoholrelaterede sygdomme er underrepræsenterede (Danmarks Statistik, 2010).

Samlet set tyder tallene fra Danmarks statistik på, at rygning og alkohol spiller en væsentlig rolle ift. de IVI'ers underdødelighed (Danmarks Statistik, 2010). Til gengæld kan overdødelig-

heden ved diabetes skyldes, at IVI'er indtager betydeligt mere sukker dagligt samt motionerer i betydeligt mindre grad sammenlignet med ED (Andersen et al., 2016).

Ifølge Norredam et al. ses der endvidere forskelle mellem IVI'er og ED, når der beregnes relativ risiko for død ved selvmord, bevidste/ubevidste skader, cancer, hjertekarsygdom samt infektionssygdomme. For død ved bevidste/ubevidste skader er (RR=0.44; 95%CI: 0.23- 0.83) for kvinder, hvor den hos mænd er (RR=0.40; 95%CI: 0.29-0.56) for ikke vestlige indvandrere. Specifik for død ved selvmord, er RR signifikant lavere for både mænd (RR=0.24; 95%CI: 0.10-0.59) og kvinder (RR=0.38; 95%CI: 0.24-0.61) (Norredam, Krasnik, Pipper, & Keiding, 2012a). Ved død af alle former for cancer er RR endvidere lavere for IVI'er, men kun for de kvindelige indvandrere er den signifikant lavere (RR=0.75;95%CI:0.63-0.88), hvor konfidensintervallet for mænd indeholder 1.00 (RR=0.86;95%CI:0.73-1.00). Omvendt viser mønsteret sig for hjertekarsygdom, hvor der kun for mænd ses en signifikant lavere dødelighed forårsaget af hjertekarsygdom (RR=0.68; 95%CI:0.55- 0.84), hvor der for kvinder ikke ses et signifikant resultat (Norredam et al., 2012b). Til sidst ses det, som det eneste mønster, der adskiller sig fra ovenstående mønstre, at IVI'er, specielt kvinder, har en markant højere chance for at dø af infektionssygdomme sammenlignet med ED. For kvinder gælder det, at de har en (RR=4.15;95%CI:2.38;7.25), hvor RR for mænd er (RR=2.05;95%CI:1.27;3.33) (Norredam, Krasnik, Pipper, & Keiding, 2012c).

#### 4.4 Mekanisme III - Differentiel sårbarhed

Ifølge årsagsmekanisme-modellen er betydningen af eksponering eller sygdom stærkt afhængig af, om man i forvejen er eksponeret eller plaget af sygdom. Det betyder, at der er forskel på, hvor følsom man som menneske eller patient er alt efter graden af eksponering. (Evans et al., 2001). I den sammenhæng er begreberne syndemi og resiliens relevante. Syndemi bruges i sammenhænge, hvor faktorer som sygdom, fattigdom, ulighed og diskrimination forstærker hinanden, mens resiliens er et psykologisk begreb om en særlig modstandskraft, som gør, at nogle mennesker, til forskel fra andre, klarer sig godt trods livsbetingelser, som udgør stor risiko for udviklingen af fx psykiske sygdomme.

For at kunne måle på disse forskelle i belastning og følsomhed er selvvurderet helbred samt sygdomsbelastning to af flere mål, hvorfra man kan få et indblik i betydning af sygdom ud fra en anden vinkel en sygelighedsstatistikkerne.

#### 4.4.1 Selvvurderet helbred

Selvom sygelighed og selvvurderet helbred ofte er meget afhængige af hinanden, er det ikke altid at et positivt billede på sygelighed derved også resulterer i et godt selvvurderet helbred, fordi selvvurderet helbred er et subjektivt mål, dvs. et mål for personens egen helbredsopfattelse. Derudover siger statistikker over sygelighed ikke nødvendigvis noget om sygdomsbelastningen, da det kræver at undersøgelserne tager højde for, om samme personer indtræder i statistikkerne flere gange, hvilket de ofte ikke gør.

Angående selvvurderet helbred og sygdomsbelastning har Sundhedsstyrelsen foretaget undersøgelser, som tegner et markant mere negativt billede sammenlignet med tallene omkring sygelighed, dødelighed og dødsårsager.

Undersøgelserne, som bygger på etniske minoritetsgrupper, uden opdeling af vestlige eller IVI'er, viser, at mellem 22% og 48% af denne minoritetsgruppe rapporterer, at de har et dårligt selvvurderet helbred, hvorimod den for ED er 10%. Her er det størstedelen af kvinderne, som vurderer deres helbred til at være dårligt og værst jo længere op i alderen man kommer. Det samme mønster ses ved selvvurderet psykisk helbred (Sundhedsstyrelsen, 2010).

Ifølge flere studier, bl.a. et hollandsk kvantitativt studie, viser det sig, at de problematikkerne, der opstår i sundhedsvæsenet og som medfører mistillid til systemet og lægen også resulterer i lavere selvvurderet helbred, hvilket kan være én af årsagerne til ovenstående resultater (Suurmond, Uiters, Bruijne, Stronks, & Essink-Bot, 2011).

#### 4.4.2 Sygdomsbelastning

Som tidligere nævnt adskiller indvandrerne sig også fra ED vedrørende sygdomsbelastning. Ifølge Sundhedsstyrelsens undersøgelser fra 2010, angivet op imod 28% af indvandrerne, at de har tre eller flere langvarige sygdomme, hvor procentsatsen for ED er 11% (Sundhedsstyrelsen, 2010). Ses der på den to år ældre rapport fra Center for Folkesundhed, hvor indvandrerne er inddelt efter land, ses endnu større forskelle, hvor helt op mod 48% af indvandrerne fra Irak (48%), Libanon/Palæstina (47%) og Somalia (40%) rapporterer, at de har tre eller flere langvarige sygdomme (Singhammer et al., 2008).

Af de langvarige kroniske sygdomme inkluderes bl.a. forhøjet blodtryk, psykiske lidelser og diabetes, hvilket stemmer overens med resultaterne fra afsnittet omkring sygelighed.



## 4.5 Mekanisme IV – Differentielle konsekvenser

Når man som individ rammes af sygdom, vil sygdommen, afhængigt af længden af sygdomsforløbet, ofte have sociale konsekvenser. Disse sociale konsekvenser kan således variere og er, ifølge årsagsmekanisme-modellen, afhængige af individets sociale position, hvilket vil sige, at jo lavere en social position individet befinder sig i, desto større sociale konsekvenser vil sygdom som udgangspunkt have (Evans et al., 2001). Én af de sociale konsekvenser af sygdom, som kan måles ud fra faktiske tal, er fravær fra arbejdsmarkedet i form af sygefravær samt modtagelse af sociale ydelser i form af sygedagpenge samt førtidspension som resultat heraf. Ved en sammenligning af fravær og sociale ydelser modtaget af IVI'ere mod fravær og sociale ydelser modtaget af ED, kan man således få et billede af, hvor store konsekvenser sygdom har for hver af de to befolkningsgrupper.

### 4.5.1 Sygefravær & sygedagpenge

Ifølge Dansk Arbejdsgiverforening havde beskæftigede IVI'ere i 2010 et væsentligt højere sygefravær end beskæftigede med dansk baggrund. Rapporten fra 2010 viser, med udgangspunkt i interviews, at 19% af de IVI'ere har været syge inden for de sidste 14 dage, hvoraf 16% af ED har været syge inden for de sidste 14 dage. Af personer med langvarigt sygefravær på over 25 sygedage, er andelen af de IVI 6%, hvoraf andelen af ED med længerevarende sygefravær er 4% (Dansk Arbejdsgiverforening, 2012).

Angående sygedagpenge var der, ifølge Cabi i 2012, 11,6% eller mere end hver tiende af de sygemeldte med ikke-vestlig baggrund på sygedagpenge i mere end 26 uger. Sammenlignes tallene med ED gjorde dette sig gældende for 7,3% eller hver fjortende af de sygemeldte (Fenger, Poulsen, Solkær, & Johansen, 2013).

### 4.5.2 Førtidspension

Vedrørende førtidspension viste tallene i år 2011 for personer, der modtager førtidspension en påfaldende og stigende forskel mellem IVI'ere og ED. 11,2% af indvandrere og deres efterkommere i aldersgruppen 18-64 år modtog førtidspension, hvor 6,6% af ED i samme aldersgruppe modtog førtidspension. For aldersgruppen 50-59 år ses der tilmed endnu større forskel mellem ED sammenlignet med IVI'ere, hvor hver tredje ikke-vestlige indvandrere modtager førtidspension mod 12% for ED i samme aldersgruppe (Dansk Arbejdsgiverforening, 2012).

Ifølge Ankestyrelsen kan det store antal af IVI'er på førtidspension hænge sammen med, at de arbejder i ufaglærte erhverv, som på sigt er meget nedslidende. Derudover har en stor del af førtidspensionisterne én eller flere psykiske lidelser. Ankestyrelsens tal fra 2012 viste, at 53% af de IVI'er, som modtog førtidspension også have en psykisk lidelse (Ankestyrelsen, 2012). Dog kan stigningen, som har medført et stort skæl mellem antallet af førtidspensionister for IVI'er og ED, ifølge Morten Sodemann, tilskrives den danske lovgivning, som siger, at indvandrere først må søge førtidspension efter ti års ophold i landet. Der er således mange som den seneste tid har søgt om førtidspension, fordi det først for nyligt har været muligt, men som i virkeligheden burde have haft det for længe siden (Sodemann, 2012).

## 5. Diskussion

I følgende diskussionsafsnit vil emnet ulighed i sundhed mellem IVI'er og ED blive belyst, idet ovenstående resultater sættes op mod hinanden. Formål med dette er, at nå frem til et samlet synspunkt gennem kombination og syntese. Indledningsvist vil der samles op på resultaterne for efterfølgende af kunne diskutere, i hvilken grad ulighed i sundhed mellem IVI'er og ED finder sted i Danmark. Der vil efterfølgende, med udgangspunkt i årsagsmekanisme-modellens interventionspunkter samt ovenstående resultater, blive diskuteret, hvorvidt man bør tilrettelægge særlige indsatser for befolkningsgruppen for at opnå bedre sundhedsoutcomes. Slutteligt vejes fordele og ulemper bag opgavens metode samt samlede validitet ud fra inddragede kilder.

### 5.1 Ulighed i sundhed

Flere resultater fra analysen understøtter antagelsen om en negativ ulighed i sundhed mellem IVI'er og ED, mens de resterende resultaterne afkræfter denne.

Mht. de IVI'ers sociale position peger alle faktorer i retning af forhold, som underbygger den sociale ulighed i sundhed. Dette i form af dårligt betalte og nedslidende jobs samtidig med, at IVI'er med tiden mister deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Desuden viser statistikkerne (CABI, 2011), at IVI'er oplever betydeligt større sociale konsekvenser, når sygdom indtræffer, hvilket giver sig udtryk i længere sygefravær, længere sygedagpengeperioder samt flere, der er på førtidspension. Ses der på selvvurderet helbred og sygdomsbelastning, angiver en markant større procentsats fra befolkningsgruppen at have tre eller flere langvarige sygdomme.

Samtidig vurderer én tredjedel deres helbred som dårligt sammenlignet med én ud af ti for ED. Hvad angår sygelighed ses en betydelig overvægt af IVI'er, som rammes af diabetes, psykisk sygdom samt infektionssygdom. Sidst understreger undersøgelserne om behandlingskvaliteten i sundhedsvæsenet (Sodemann, 2017), at denne befolkningsgruppe i høj grad oplever ulighed i sundhed på grund af betydelige kvalitetsforskelle fra mødet med den almene praksis til behandling i sygehusvæsenet.

Af faktorer, som peger mod negativ ulighed i sundhed, viser statistikkerne for dødelighed, dødsårsager og på nogle områder også sygelighed positive resultater (Norredam et al., 2012b). Fundene afviger fra antagelserne om, at IVI'er, der befinder sig i lave socialklasser, i højere grad eksponeres af livsstilssygdomme og derved også har en højere dødelighed. På trods af en større eksponering af kroniske sygdomme, bliver IVI'er i mindre grad syge af ryge- og alkoholrelaterede sygdomme, hvilket muligvis tilskrives religiøse årsager. Samlet set resulterer dette i en lavere dødelighed og dødsårsager, som afviger fra det mønster, man ser hos ED. En faktor der dog skal tages højde for er, at der ved sygelighedsstatistikkerne ikke tages højde for, om personer indgår flere gange i statistikkerne, hvorfor befolkningsgruppen kan være tungt belastede på trods af et på nogle områder mere positivt sygdomsmønster. Tallene for selvvurderet helbred og sygdomsbelastning tyder på, at på trods af, at IVI'er ikke i samme grad rammes af de mest hyppige livsstilssygdomme forårsaget af rygning og alkohol, rammes de i større grad af tre eller flere langvarige kroniske sygdomme, som medfører en større sygdomsbelastning og et dårligere selvvurderet helbred. Derudover har IVI'er betydeligt dårligere betingelser for at blive raske igen, efter sygdom indtræffer. Grundet ringere behandlingskvalitet og sproglige misforståelser i sundhedsvæsenet, kan sygdomme, der for de fleste virker overkommelige og mindre alvorlige, få store konsekvenser for patienterne. Som resultat af manglende forståelse resulterer det i ikkeeksisterende eller meget dårlig compliance, hvilket bl.a. ses hos diabetespatienter. Desuden er det relevant at diskutere, hvorvidt en lavere dødelighed og derved også højere middellevetid har en nytteværdi, hvis minoritetsgruppen oplever markant dårligere livskvalitet i de ekstra leveår, de har at leve i.

På baggrund af ovenstående kan der argumenteres for, at der i stor grad kan tales om ulighed i sundhed mellem IVI'er og ED. Den største ulighed i sundhed, som underbygges af en lav social position, ses i behandlingskvaliteten, ift. sygdomsbelastning, selvvurderet helbred, ved psykiske, kroniske og infektionssygdomme og ikke mindst i form af større sociale konsekvenser af sygdom. Af den årsag vil følgende afsnit om interventionspunkterne fra årsagsmekani-

nisme-modellen samt, hvorvidt der er videnskabeligt belæg for særlige indsatser, tage udgangspunkt heri.

## 5.2 Særlige indsatser

Med udgangspunkt i graden af ulighed i sundhed mellem IVI'er og ED, kan der argumenteres for, at der er videnskabeligt belæg for at tilrettelægge særlige indsatser rettet mod befolkningsgruppen IVI'er. Hvorledes disse indsatser bør tilrettelægges er dernæst essentielt at overveje samt at diskutere, hvorfor interventionspunkterne fra årsagsmekanisme-modellen er relevante at inddrage.

Det første interventionspunkt, tilhørende årsagsmekanisme I, beskriver, at man ud fra to forskellige politiske tilgange kan påvirke den sociale stratificering; 1) ved at øge tilgængeligheden af diverse systemer såsom uddannelses- og sundhedssystemet, og 2) ved at se på, hvorledes samfundets sociale og økonomiske politikker influerer på laginddelingen (Evans et al., 2001).

Ovenstående to tilgange er relevante i problematikken vedrørende adgangen til uddannelse og arbejdsmarkedet, fordi de i en vis udstrækning bestemmer, hvor man som individ befinder sig i laginddelingen. I og med mange IVI'er befinder sig uden for arbejdsmarkedet eller i dårligt betalte ufaglærte jobs, kan man ifølge årsagsmekanisme-modellen gennem uddannelse og bedre adgang til arbejdsmarkedet løfte arbejds- og levevilkårene for IVI'er. Da tilgængeligheden ofte er bestemt ud fra samfundets struktur og politikker, må man således foretage specifikke ændringer af disse og derigennem influere på laginddelingen.

At øge tilgængeligheden til arbejdsmarkedet og evt. uddannelsessystemet for at ændre på befolkningsgruppens sociale position, er i praksis ofte et spørgsmål om at øge integrationen. Det betyder, at der er behov for bedre integrationsindsatser, da man gennem bedre integration opnår større tilknytning til både uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet (Dansk Arbejdsgiverforening, 2017).

Undersøgelser fra Dansk Arbejdsgiverforening (Dansk Arbejdsgiverforening, 2017) peger på, at mange adgangsproblematikker til arbejdsmarkedet opstår grundet sprogbarrierer, som et resultat af dårlig integration, hvorfor det kan være fordelagtigt at gøre mere ud af den arbejdsorienterede danskundervisning, som indvandrerne modtager. Det kan være en god idé, hvis man i større grad skræddersyer danskundervisningen, som sprogcentre tilbyder, således at undervisningen tilpasses de kompetencer, arbejdspladsen kræver. Til sidst kan det væ-

re en fordel at tilbyde danskundervisningen på arbejdspladserne, således at jobbet og undervisningen virker mindre uoverkommeligt, fordi det er samlet ét sted. Dog viser tilsvarende undersøgelser fra Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (Arendt & Nielsen, 2012) endvidere, at dét at få indvandrere i arbejde stadig er problematisk, på trods af gode dansksprogskundskaber, hvorfor ovenstående forslag ikke kan stå alene.

At øge tilgængeligheden til uddannelsessystemet for derigennem at skabe større og bedre adgang til arbejdsmarkedet, er ifølge årsagsmekanisme-modellen endnu et løsningsforslag på ovenstående problematik. Om dét er løsningen i netop denne sammenhæng, kan dog diskuteres. Ifølge Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (Arendt & Nielsen, 2012), kommer flere IVI'er til Danmark med en uddannelse fra deres hjemland, men den bliver i en meget lille grad udnyttet af arbejdsgiverne, på trods af gode danskfærdigheder. Undersøgelsen viser, at hver fjerde indvandrer, som i forvejen har en kompetencegivende uddannelse fra deres hjemland, er nødsaget til at tage en ny uddannelse på mindst det tilsvarende niveau i Danmark for at komme i job. Af dem som har medbragt en videregående uddannelse er chancerne for at få arbejde i Danmark tilnærmelsesvist de samme, som for dem, der kun har medbragt grundskole (Arendt & Nielsen, 2012). Der kan således sættes spørgsmålstegn ved, hvorvidt det er meningsfuldt og samfundsøkonomisk hensigtsmæssigt at bruge ressourcer på noget, som i mange tilfælde ikke er nødvendigt. I stedet for at omskole allerede uddannede, kan ressourcer bruges på dem, som kommer til landet helt uden uddannelse. For at lignende skal lykkes kræver det dog også, at man som arbejdsgiver er åben overfor ansættelse af personer, som er uddannet i deres hjemland, og at diskrimination, ansættelsesforskelle og marginalisering ikke finder sted på arbejdspladsen. I den sammenhæng kunne det evt. være en fordel for arbejdsgiver og den arbejdssøgende IVI, hvis der blev gjort mere ud af at klarlægge, hvilke medbragte kvalifikationer den enkelte har.

Det andet og tredje interventionspunkt, tilhørende årsagsmekanismerne II og III, beskriver, hvorledes man kan mindske individers eksponering samt følsomhed ved at differentiere interventioner afhængigt af befolkningsgruppen med udgangspunkt i individernes sociale position (Evans et al., 2001), mens det sidste interventionspunkt, tilhørende årsagsmekanisme IV, beskriver, hvorledes man ikke kun bør matche sundhedsplejen til de specifikke behov, men at man også herigennem bør overveje, hvorledes plejen specifikt kan være med til at mindske uligheden i sundhed (Evans et al., 2001).

Disse tre interventionspunkter er relevante i sammenhængen med de IVI'ers lave sociale position, deres øgede sårbarhed, den store eksponering af især langvarige og kroniske sygdomme samt ift. de dårlige behandlingsvilkår i sundhedsvæsenet. Ifølge årsagsmekanisme-modellen bør man med udgangspunkt i deres sociale position differentiere mellem interventioner for ED og IVI'er. Derudfra bør man, med udgangspunkt i at nå alle udsatte, tilrettelægge interventioner med det formål at mindske deres følsomhed samt at reducere mængden af eksponeringer. Desuden bør man, ud fra teorien, intentionelt rette sundhedsplejen for IVI'er mod det større formål at mindske uligheden i sundhed i stedet for blot se på de specifikke behov. Det betyder, at man som sundhedsprofessionel bør vurdere, hvilken pleje og hvordan man specifikt kan påvirke de faktorer, som forårsager sociale konsekvenser af sygdom for derigennem at mindske uligheden i sundhed (Evans et al., 2001). Gældende for både sygdomsbelastning, selvvurderet helbred, psykiske, kroniske og infektionssygdomme samt sociale konsekvenser af sygdom har behandlingskvaliteten i sundhedsvæsenet stor betydning for udfaldet. Af den årsag, kan man i praksis gennem en forbedring i kvaliteten af behandling påvirke udfaldene af disse.

Af forslag til indsatser rettet mod behandlingskvaliteten er Indvandrermedicinsk klinik på OUH, som bl.a. har publiceret rapporten "Tak fordi I lavede en bedre version af mig", et godt eksempel på, hvorledes man kan forsøge at modvirke uligheden i sundhed for minoritetsgrupper gennem længere og grundigere konsultationer, hvor patienterne når at opbygge tillid til de sundhedsprofessionelle og omvendt. Klinikken på OUH er tilegnet særligt tunge patienter med både somatiske og psykiske problematikker og ressourcerne er begrænsede, hvorfor fremtidige indsatser bør tilrettelægges således, at flere patienter kan nyde gavn af dem og ikke nødvendigvis kun de patienter, som er sværest tilredt.

Ved at bruge forskningsresultaterne og erfaringerne fra klinikken, bør man efteruddanne sundhedsprofessionelle til at opnå tværkulturelle kompetencer (Sodemann, 2017), således at de i bedre grad kan imødekomme andetsprog patienter, hvor sygdomsmønstre og livshistorier adskiller sig fra ED. Det er essentielt, at de sundhedsprofessionelle forstår vigtigheden i god tolkning, samt det at tage sig tid til patienterne for bedre at kunne forstå deres baggrund, da den har enorm indflydelse på alle livets forhold såsom arbejde, familieliv og ikke mindst fremtidsudsigter (Sodemann, 2014).

For at opnå de bedste sundhedsoutcomes vil det være afgørende, at de efteruddannede sundhedsprofessionelle ikke er utilgængelige i sundhedssystemet, fordi de befinder sig på særlige klinikker med adgangskrav. I stedet vil det være fordelagtigt, hvis personalet med tværkulturelle kompetencer er at finde flere steder i sundhedssystemet fra den almene praksis til sygehusvæsenet generelt, således at patienterne nås så tidligt i sygdomsprocessen som muligt. At sundhedspersonalet med særlige tværkulturelle kompetencer allerede er en del af sundhedssystemet fra den almene praksis af, skal bidrage til sygdomsforebyggelse/ forebyggelsen af forværring af sygdom, således at flere patienter kan nøjes med at blive tilset i praksisserne og derved undgår at havne i en ond cirkel af dårligt fysisk og psykisk helbred. For at sygdomsforebyggelsen og udredningen skal kunne lykkes, skal man være opmærksom på, at tidsaspektet ligeledes er yderst essentielt. I og med at læger i den almene praksis i gennemsnit bruger blot 14 minutter pr. patient (Toftlund, Damsgaard, Selmer, & Thomsen, 2008), må tidsbegrænsningen udvides i arbejdet med indvandrerpatienter for at kunne opnå succes med indsatserne.

Fælles for alle ovenstående løsningsforslag er, at ingen af dem er omkostningsfrie og spørgsmålet om, hvad der konkret skal udføres resulterer ofte i stor debat i den politiske arena. Pga. af det økonomiske aspekt, er det derfor vigtigt at vurdere, om interventionsfordelene opvejer omkostningerne.

I 2015 kom regeringen med et forslag om at spare på udlændingeområdet for i stedet at øge fokuset på de ældre med dansk oprindelse, fordi flere mente, at de ældre på nogle områder blev forsømt (Abildstrup, 2015). Som modspil til dette, viste en undersøgelse over danske ældre fra samme år, at blandt de 50-89 årige gav de livet en gennemsnitskarakter på 8,4 ud af 10 med en reel stigning i den ældste halvdel. Samtidig viste studiet, at 90% mente, at livet er fuld af muligheder (Ældre Sagen, 2017). Hvis samme undersøgelse var rettet mod IVI'er, ville resultaterne med stor sandsynlighed se betydeligt anderledes ud med det udgangspunkt, at 1/3 af minoritetsgruppen i ovenstående undersøgelser vurderer deres helbred som værende dårligt. Bl.a. af den årsag kan det synes selvsk, at man som kapitalstærk vældfærdsstat prioriterer en befolkningsgruppe, hvis helbred er godt, alderen taget i betragtning, frem for en gruppe af mennesker, der på adskillige områder har brug for hjælp.

Selvom der ift. de sundhedsmæssige aspekter kan argumenteres for, at det er meningsgivende at bruge ressourcer på befolkningsgruppen, vejer flere ulemper ligeledes tungt i regnestykket. Ved at efteruddanne sundhedsprofessionelle samt øge integrationsindsatserne vil én af de største udfordringer være, at finde de økonomiske midler i et begrænset budget, hvis forudsætningerne er, at det skal være omkostningsneutralt. Samtidig vil det kræve tålmodighed, fordi de ønskede sundhedsoutcomes kræver tid og tilvænning, før forbedringerne kan ses i statistikkerne. Det betyder også, at interventioner som disse forudsætter, at der løbende tildeles økonomiske midler til området.

Til trods for de ovenstående økonomiske problematikker, kan der dog på den anden side argumenteres for, at de ressourcer, som staten bruger til udligningen af ulighed i sidste ende vil blive tilbagebetalt. Hvis målet med bedre sundhedsoutcome for befolkningsgruppen opnås, vil færre uhåndgribelige patienter, som er "for syge til sygehus" havne i uendelighedscirkelen af sygdom, hvor de kastes frem og tilbage som en kasterbold i sundhedssystemet, og hvor både arbejdslivet, familielivet og fremtidsplaner er ikkeeksisterende. I stedet kan der således håbes på, at flere gennem mindre sygdom og øget integration vil opnå større livskvalitet samt betydeligt større chancer for at blive en del af arbejdsmarkedet og at blive fastholdt der. På den måde vil færre sidde fast som sygedagpenge- eller kontanthjælpsmodtagere, hvilket også betyder, at flere med tiden giver afkald på deres afhængighed af statskassen.

### 5.3 Metode- og kildediskussion

Gældende for alle sundhedsvidenskabelige metoder, forekommer der både styrker og svagheder ved et litteraturstudie som dette.

Gennem litteraturen kan man, som en af styrkerne i studiet, ud fra det selvvalgte tidsperspektiv på maksimum ti år, besvare de abstrakte og brede spørgsmål som problemformuleringen lægger op til. Desuden er det en fordel, at det ikke er nødvendigt med større økonomiske ressourcer for at kunne gennemføre studiet (Baumeister & Lary, 1997).

Foruden det brede samfundsperspektiv er dette litteraturstudie et sammendrag af adskillige studier/litteratur, hvilket øger den samlede validitet for besvarelsen af problemformuleringen. Ved mindre studier eller ved brug af en mindre mængde litteratur kan man risikere at



vinkle det færdige produkt i en bestemt retning, men med udgangspunkt i en stor mængde litteratur opnås større troværdighed og man undgår én bestemt indgangsvinkel (Neill, 2006). En mulig ulempe ved dette litteraturstudie er de bias, der ubevidst kan opstå i litteraturudvælgelsen, fordi man som forfatter selv står for denne. Som forfatter vil man ofte have en idé om, hvad der vil blive fundet i søgningen forinden søgningen er startet, hvorfor den fundne litteratur ofte også støtter op om denne. Desuden kan man risikere at tolkningen af litteraturen tillægges subjektivitet, fordi man som forfatter kan vinkle problematikken efter eget ønske (Neill, 2006).

En anden faktor som kan være problematisk ift. validiteten af dette studie er, at informationen ikke gives direkte. I stedet har den litteratur som inddrages i opgaven været igennem mange hænder før den ender netop her. Det betyder, at der allerede forinden er blevet foretaget en fortolkning af resultaterne, hvorfor det ikke kan garanteres, at disse udelukkende bygger på en objektiv vurdering.

I besvarelsen af problemformuleringen skal der, foruden ovenstående metodeovervejelser, tages højde for, at befolkningsgruppen 1. generationsimmigranter er en lille population med få unge og mange ældre, hvorfor alderssammensætningen er anderledes sammenlignet med hele den danske befolkning. Derudover kan der grundet den lange rejse fra hjemland til Danmark være blevet sorteret i de personer, hvis helbred er eller var for dårligt til at kunne rejse, og det kan derfor have resulteret i selektionsbias, også kaldet *the healthy migrant effect* (Kristiansen, Mygind, & Krasnik, 2007). Det vil sige, at populationsgruppen i Danmark muligvis er sundere end, hvis denne sortering ikke havde fundet sted.

Foruden selektionsbias bygger undersøgelsen omkring sygdomsbelastning på interviews, hvorfor det kan diskuteres, hvorvidt disse er pålidelige. Undersøgelserne omkring selvvurderet helbred bygger ligeledes på subjektive vurderinger, men i og med det er den subjektive vurdering, der ønskes, er kildernes pålidelighed her mere underordnet. Dog er det relevant at tage højde for, at der i undersøgelserne for selvvurderet helbred ikke er opdelt efter hjemland, hvorfor resultaterne kan være under- eller overestimerede. Med udgangspunkt i øvrige resultater, som peger på, at vestlige indvandrere generelt har et bedre helbred end ikke-vestlige, vil der dog med stor sandsynlighed være tale om en underestimering.

## 6. Konklusion & perspektivering

Dette studie havde til formål at vurdere, i hvilken grad der i Danmark er tale om ulighed i sundhed mellem IVI'er og ED samt, hvorvidt der er videnskabeligt belæg for at tilrettelægge særlige indsatser for IVI'er eller ej.

Med udgangspunkt i analysen, kan der argumenteres for, at der i Danmark i stor grad er tale om ulighed i sundhed mellem IVI'er og ED. Dette gør sig især gældende i sundhedsvæsenet i form af forskelsbehandling og ift. IVI'ers dårlige psykiske sundhedstilstand. Derudover rammes befolkningsgruppen af flere langvarige kroniske- og infektionssygdomme, og de sociale konsekvenser af sygdom giver sig, foruden det høje antal af førtidspensionister, udtryk i lange fraværs- og sygedagpengeperioder. Med baggrund i førnævnte resultater kan det således konkluderes, at der er videnskabeligt belæg for at tilrettelægge særlige indsatser for IVI for at reducere uligheden i sundhed.

For i praksis at kunne mindske uligheden i sundhed foreslås det, at man efteruddanner sundhedsprofessionelle, således de opnår tværkulturelle kompetencer. Derudover vil det være fordelagtigt i større grad at udnytte de IVI'ers medbragte uddannelseskvalifikationer samt at forbedre den arbejdsorienterede danskundervisning i bestræbelsen på at få flere ind på arbejdsmarkedet.

Hvad angår resultaternes betydning for fremtiden, skal der, på trods af det videnskabelige belæg for at tilrettelægge særlige indsatser, tages højde for, at den politiske dagsorden ofte har mere at sige i den virkelige verden end videnskaben har. Det vil sige, at hvis resultater som disse skal have en betydning i fremtiden, er det afgørende, om regeringen ønsker at bruge de begrænsede midler til netop at lave forbedringer inden for udlændingeområdet. For at det skal kunne lykkes, er det helt essentielt at diverse interesseorganisationer og andre med viden indenfor området formår at skabe fokus på emnet i den offentlige debat, for derigennem at påvirke politikkerne samt evt. befolkningen til at tage hånd om problematikkerne. Til videre arbejde kunne det være interessant i større omfang at se på primære forebyggelsesindsatser samt selve migrationens betydning for immigranternes sundhedstilstand, da undersøgelser viser, at denne migrationsproces resulterer i samtlige stressorer og sociale belastninger, der i stor grad har indflydelse på befolkningsgruppen sygeligheden i Danmark (Kristiansen et al., 2007).

## 7. Litteraturliste

- Abildstrup, U. (2015). Regeringen vil bruge flere penge på sundhed og færre på udlændinge. *Danmarks Radio*. Retrieved from <https://www.dr.dk/ligetil/indland/regeringen-vil-bruge-flere-penge-paa-sundhed-og-faerre-paa-udlaendinge>, 8. maj, 2017
- Andersen, G. S., Kamper-Jørgensen, Z., Carstensen, B., Norredam, M., Bygbjerg, I. C., & Jørgensen, M. E. (2016). 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*, 122, 9-16. doi:10.1016/j.diabres.2016.09.020
- Ankestyrelsen. (2012). *Tema om tilkendelser af førtidspension til flygtning og øvrige ikke-vestlige indvandrere*. Retrieved from 1256 København K: [www.ast.dk](http://www.ast.dk)
- Arendt, J. N., & Nielsen, C. P. (2012, Marts). Indvandreres uddannelse udnyttes for dårligt på arbejdsmarkedet. *Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning*. Retrieved from <http://www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i6943/Indvandreres-uddannelse-udnyttes-for-daarligt-paa-arbejdsmarkedet>, 9. maj, 2017
- Baumeister, R. F., & Lary, M. R. (1997). Writing Narrative Literature Reviews. *Review of General Psychology*, 1(3).
- CABI. (2011). Sygefravær blandt ikke-vestlige indvandrere er markant højere end blandt danskere. *Cabi – Bedre arbejde til flere*.
- Danmarks Statistik. (2010). *Indvandrere i Danmark* Retrieved from 2100 København Ø: [www.dst.dk/Publ/Indvandrer Reidk](http://www.dst.dk/Publ/Indvandrer Reidk)
- Danmarks Statistik. (2013). *Indvandrere i Danmark*. Retrieved from 2100 København Ø: [www.dst.dk/publ/indvandrer Reidk](http://www.dst.dk/publ/indvandrer Reidk)
- Danmarks Statistik. (2015). *Indvandrere i Danmark 2015*. Retrieved from 2100 København Ø: [www.dst.dk/publ/Indvandrer Reidk](http://www.dst.dk/publ/Indvandrer Reidk)
- Dansk Arbejdsgiverforening. (2012). *Ikke-vestlige indvandrere & arbejdsmarkedet*. Retrieved from [http://www.da.dk/bilag/Ikke-vestlige indvandrere og arbejdsmarkedet 2012.pdf](http://www.da.dk/bilag/Ikke-vestlige%20indvandrere%20og%20arbejdsmarkedet%202012.pdf)
- Dansk Arbejdsgiverforening. (2017). Bedre integrations af flygtninge og indvandrere på det danske arbejdsmarked. *Dansk Arbejdsgiverforening*. Retrieved from [http://da.dk/bilag/non\\_cms/integration\\_bilag mol.htm](http://da.dk/bilag/non_cms/integration_bilag_mol.htm), 8. maj, 2017

- Den Store Danske. (2017). Etnisk. *Den Store Danske*. Retrieved from <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=etnisk>, 17. maj, 2017
- Eisenberg, J. M. (1979). Sociologic influences on decision-making by clinicians. *Annals of internal medicine*, 90(6), 957.
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wirth, M. (2001). *Challenging inequities in health: from ethics to action*. Oxford;New York;: Oxford University Press.
- Fenger, M., Poulsen, B., Solkær, M., & Johansen, J. R. (2013). *Skærp din indsats over for sygemeldte med ikke-vestlig baggrund!* Retrieved from 8000 Aarhus C:
- Guinness, L., & Wisemann, V. (2011). *Introduction to health economics* (Vol. 2.). Maidenhead, England: Open University Press.
- Ikram, U. Z., Mackenbach, J. P., Harding, S., Rey, G., Bhopal, R. S., Regidor, E., . . . Kunst, A. E. (2016). All-cause and cause-specific mortality of different migrant populations in Europe. *European Journal of Epidemiology*, 31(7), 655-665. doi:10.1007/s10654-015-0083-9
- Knudsen, A. (2017, 17. februar 2009). Etnisk minoritet. *Den Store Danske*. Retrieved from [http://denstoredanske.dk/Geografi\\_og\\_historie/Folkeslag/Etnografiske\\_termer/etnisk\\_minoritet](http://denstoredanske.dk/Geografi_og_historie/Folkeslag/Etnografiske_termer/etnisk_minoritet), 19. januar, 2017
- Kristiansen, M., Mygind, A., & Krasnik, A. (2007). Health effects of migration. *Danish medical bulletin U6 - ctx\_ver=Z39.88-2004&ctx\_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft\_id=info%3Aasid%2Fsummon.serialssolutions.com&rft\_val\_fmt=info%3Aofi%2Ffmt%3Akev%3Amtx%3Ajournal&rft.genre=article&rft.atitle=Health+effects+of+migration&rft.jtitle=Danish+medical+bulletin&rft.au=Kristiansen%2C+Maria&rft.au=Mygind%2C+Anna&rft.au=Krasnik%2C+Allan&rft.date=2007-02-01&rft.eissn=1603-9629&rft.volume=54&rft.issue=1&rft.spage=46&rft\_id=info%3Aapmid%2F17349224&rft.externalDocID=17349224&paramdict=en-US U7 - Journal Article*, 54(1), 46.
- Neill, J. (2006). What is a Traditional Literature Review? *OE Research Guide*. Retrieved from <http://www.wilderdom.com/research/ResearchReviewsTraditionalTraditional.html>, 15. marts, 2017
- Nordisk Ministerråd. (2017). *Flygtninge mister tilknytning til job efter ti år i landet*. Retrieved from <http://www.dr.dk/nyheder/indland/ny-rapport-flygtninge-falder-ud-af-arbejdsmarkedet-efter-ti-aar> 17. maj, 2017

- Norredam, M., Garcia-Lopez, A., Keiding, N., & Krasnik, A. (2009). Risk of mental disorders in refugees and native Danes: a register-based retrospective cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *44*(12), 1023-1029. doi:10.1007/s00127-009-0024-6
- Norredam, M., Krasnik, A., Pipper, C., & Keiding, N. (2007). Cancer incidence among 1st generation migrants compared to native Danes- A retrospective cohort study. *European Journal of Cancer*.
- Norredam, M., Krasnik, A., Pipper, C., & Keiding, N. (2012a). Are there differences in injury mortality among refugees and immigrants compared with native-born? *Injury Prevention BMJ Journals*.
- Norredam, M., Krasnik, A., Pipper, C., & Keiding, N. (2012b). Inequalities in mortality among refugees and immigrants compared to native Danes – a historical prospective cohort study. *BMC Public Health*.
- Norredam, M., Krasnik, A., Pipper, C., & Keiding, N. (2012c). Mortality from infectious diseases among refugees and immigrants compared to native Danes: a historical prospective cohort study. *Tropical Medicine and International Health*.
- Nørredam, M. (2014). Migration and Health. *Danish Medical Journal*.
- Pelt, M. (2017). Balkankrigene. *Den Store Danske*. Retrieved from [http://denstoredanske.dk/Geografi\\_og\\_historie/Grækenland/Grækenland\\_og\\_Cypern\\_efter\\_ca.\\_1900/Balkankrigene](http://denstoredanske.dk/Geografi_og_historie/Grækenland/Grækenland_og_Cypern_efter_ca._1900/Balkankrigene), 7. april, 2017
- Possel, G. (2014, 7. august 2014). Immigrant. *Den store danske*. Retrieved from [http://denstoredanske.dk/Samfund,\\_jura\\_og\\_politik/Sociologi/Grupper/immigrant](http://denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Sociologi/Grupper/immigrant), 19. januar, 2017
- Rienecker, L., Stray Jørgensen, P., & Skov, S. (2012). *Den gode opgave: håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser* (Vol. 4. udgave). København: Samfundslitteratur.
- Singhammer, J., Storgaard, S. F., Mygind, A., Blom, A., Hempler, N. F., Breddam, E., . . . Vinterjensen, K. (2008). *Etniske minoriteters sundhed*. Retrieved from <https://www.regionsyddanmark.dk/dwn510078>, 3. marts, 2017
- Skovgaard, L. E. (2013, 12. september 2012). Indkomster hos indvandrere er bagud. *Berlingske Business*. Retrieved from

<http://www.business.dk/arbejdsmarked/indkomster-hos-indvandrere-er-bagud>, 9. maj, 2017

Sodemann, M. (2012, 2012). Hasard med indvandrerkortet. *Ugeskriftet*. Retrieved from <http://ugeskriftet.blogspot.dk/2012/02/hasard-med-indvandrerkortet-2.html?m=1>, 2. maj 2017

Sodemann, M. (2014). *Dét du ikke ved får patienten ondt af*. Retrieved from 5000 Odense C: [www.ouh.dk/indvandrerklinik](http://www.ouh.dk/indvandrerklinik)

Sodemann, M. (2016). Perinatale dødsfald blandt etniske minoriteter er en blind plet. *Tidsskriftet for Læger*.

Sodemann, M. (2017). *Misforståede symptomer, alvorlige fejlrapporteringer og utilsigtede hændelser involverende etniske minoritetspatienter med sprogbarrierer*. Retrieved from 5000 Odense C: [www.ouh.dk/indvandrerklinik](http://www.ouh.dk/indvandrerklinik)

Sodemann, M., Kristensen, T. R., Nielsen, D., Svabo, A., Buch, S., Korsholm, K. M., . . . Thomsen, L. (2013). *Tak fordi I lavede en bedre version af mig*. Retrieved from 5000 Odense C: [www.ouh.dk/indvandrerklinik](http://www.ouh.dk/indvandrerklinik)

Sundhedsstyrelsen. (2010). *Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen*. Retrieved from 2300 København S: <http://www.sst.dk/~media/9FFE65223C8A47328A51CD7DBAFA7466.ashx>

Suurmond, J., Uiters, E., Bruijine, d. M. C., Stronks, K., & Essink-Bot, M. L. (2011). Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 11(1), 10-10. doi:10.1186/1472-6963-11-10

Toftlund, A. C., Damsgaard, B., Selmer, C., & Thomsen, U. (2008). *Sammenhæng mellem henvendelsesårsag, køn og alder hos patienten og den tid en konsultation tager hos den alment praktiserende læge*. Retrieved from 5000 C Odense: [www.speam.dk/files/2/henvendelsesaarsag\\_og\\_tidsforbrug.doc](http://www.speam.dk/files/2/henvendelsesaarsag_og_tidsforbrug.doc)

Undervisningsministeriet. (2017). Definition vestlige lande og ikke-vestlige lande. *Undervisningsministeriet*. Retrieved from <https://uvm.dk/da/Service/Publikationer/Publikationer/Uddannelse-og-undervisning-for-voksne/2012/Danskuddannelse-i-tal/Bilag-A>, 13. marts, 2017

Villadsen, S. F., Mortensen, L. H., & Andersen, A. M. N. (2009). Ethnic disparity in stillbirth and infant mortality in Denmark 1981-2003. *Journal of Epidemiology and Community Health (1979-)*, 63(2), 106-112. doi:10.1136/jech.2008.078741

WHO. (2017). Health Impact Assessment (HIA) - Glossary of terms used,. *World Health Organisation*. Retrieved from <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>

Ældre Sagen. (2017, 27.04.2017). Fakta om ældre i Danmark. *Ældresagen*. Retrieved from <https://www.aeldresagen.dk/om-aeldresagen/aeldresagen/fakta-om-aeldre>, 8. maj, 2017