

STRATEGI FOR INDSATS VEDRØRENDE DIABETES BLANDT ETNISKE MINORITETER

2007



Arbejdsgruppens indstilling

Strategi for indsats vedrørende diabetes blandt etniske minoriteter

- Arbejdsgruppens indstilling

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: <http://www.sst.dk>

Kategori: Udredning

Emneord: Borgerrettede indsatser; Patientrettede indsatser; Sundhedsvæsenet

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: Marts 2006

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-603-0

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, april 2007

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Forord

Denne strategi skal ses som et forslag til supplement til den indsats, der allerede foregår gennem Diabetesbehandlingsplanen, og skal således kun beskrive de indsatsområder, hvor der er behov for at gøre en særlig indsats i forhold til etniske minoriteter.

Indstillingen udarbejdet af arbejdsgruppen bestående af:

- Jette Vibe-Petersen, overlæge, Amtssygehuset i Glostrup (fmd.)
- Lise Dyhr, praktiserende læge, DSAM
- Niels Sandø, sociolog, Sundhedsstyrelsen (sek.)
- Tina Jørgensen, afsnitsleder, Greve kommune
- Flemming Skovsgaard, praktiserende læge, DSAM
- Inge Wittrup, projektkoordinator, Århus Amt
- Morten Heilskov, afdelingschef, Diabetesforeningen
- Dorrit Røien, afdelingssygeplejerske, Bispebjerg Hospital
- Hans Perrild, klinikchef, Bispebjerg Hospital. Medlem af diabetesstyregruppen

Arbejdsgruppen har haft følgende kommissorium:

At udarbejde en strategi for en indsats målrettet etniske minoriteter. Denne strategi skal indeholde

- En beskrivelse af aktuel situation og målgrupper af særlig interesse
- Beskrivelse af erfaringer fra andre lande såsom Holland, Norge og England
- Identifikation og anbefaling af særlige indsatser i forbindelse med primær og sekundær forebyggelse målrettet etniske minoriteter, samt præcisering af de enkelte aktørers rolle i denne indsats.
- Pege på behov for udarbejdelse af retningslinier og vejledninger.

Indhold

1	Baggrund	5
1.1	Diabetes blandt personer med indvandrerbaggrund i Danmark - hvad ved vi?	7
1.2	Diabetes blandt etniske minoriteter i udlandet - hvad ved vi?	9
1.3	Konklusion	11
2	Sårbare grupper – særlig indsats	12
2.1	Borgerrettede indsatser	12
2.2	Patientrettede indsatser	14
2.3	Patientrettede indsatser på sundhedsvæsen niveau	15
2.4	Samfundsrettede indsatser	17
2.5	Konklusion	18
3	Anbefalinger	19
4	Reference liste	20

1 Baggrund

8,4 % af den danske befolkning har indvandrerbaggrund. Hermed menes, at borgerne enten er født i udlandet - såkaldte indvandrere - eller er børn af indvandrere - såkaldte efterkommere [1].

Mange indvandrere har været vant til en anden organisering af sundhedsvæsenet end den danske ligesom forskellige traditioner har påvirket gruppernes sygdomsopfattelse og forventninger til læge- og patientrollen. Vor viden om disse forholds betydning for indvandrere og efterkommeres helbredstilstand og deres håndtering af sygdom i Danmark er sparsom [2]. Vor viden om indvandrergruppens helbredstilstand i Danmark er ligeledes sparsom [3], men undersøgelser peger på, at der indenfor visse sygdomsgrupper findes en anden hyppighed end den, vi ser hos den øvrige danske befolkning [4, 5]. Fx er der påvist en relativ høj hyppighed af diabetes (afsnit 1.1) og udenlandske undersøgelser bekræfter dette fund (afsnit 1.2). Der er endvidere påvist et generelt dårligere helbred blandt indvandrerbefolkningen i Europa [6].

Indvandrere i Danmark er samtidig en gruppe, som ofte er socialt udsatte. Således er arbejdsløsheden mere end tre gange så høj for indvandrere som for danskere. For enkelte grupper, fx indvandrere fra Somalia er arbejdsløsheden omkring 40 %. Derudover er uddannelsesniveaue for indvandrere fra tredje lande (lande uden for EU, Norden, Nordamerika og Australien) ofte også betragteligt lavere end for danskere, og en del har ikke grundskoleuddannelse. Ikke overraskende afspejler disse forhold sig også i indkomstniveauet for indvandrere, hvor der ses en tendens til, at indvandrere, især fra tredje lande, har en markant lavere indkomst end danskere [1, 7].

Sundhedsstyrelsen har i sin rapport: ”Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode patientforløb” [8] beskrevet, hvorledes forskellige faktorer kan medføre, at borgere kan defineres som en sårbar gruppe med behov for en særlig målrettet og forstærket indsats for at håndtere kronisk sygdom. I rapporten nævnes fx personlige, sociale og etniske faktorer som årsager til behov for denne ekstra indsats. Vi skal i det følgende se begrebet etnicitet knyttet til det særlige forhold, at borgere med indvandrerbaggrund, som tidligere beskrevet, er præget af andre traditioner og organisation af sundhedsvæsenet end personer uden indvandrerbaggrund. Begge disse faktorer kan have indflydelse på borgerens sygdomsopfattelse og sygdomsadfærd og dermed på borgerens kontakt med det danske sundhedsvæsen. Andre faktorer, som knytter sig til selve migrationsprocessen - herunder den måde det danske samfund møder borgere og patienter med indvandrerbaggrund - har også indflydelse på kontakten med sundhedsvæsenet [9]. Der er da også påvist såvel sproglige som kulturelle og strukturelle barrierer i nogle indvandrergruppers møde med det danske sundhedsvæsen [10-15], og dette skal ganske kort skal illustreres i det følgende:

Den sproglige barriere

"Kv: Det er heller ikke altid, at det hjælper at have manden med til lægebesøgene. Han er sådan lidt tilbageholdende og bliver genert nogle gange. Det er ikke alt, han vil fortælle lægen, så selvom jeg har min mand med, så føler jeg ikke, at jeg bliver ordentligt forstået.(..) Jeg siger til ham: Prøv og spørg, om man får ondt eller om man får smerter eller får andre gener på en eller anden måde, men han bliver genert. Han spørger ikke.(..) Han er ikke selv meget for at komme med til lægen. Han siger: Jeg skal nok passe børn osv. Tag du selv til lægen. Det gør jeg så. Men det bliver overhovedet ikke tilfredsstillende. **Det blir' volapyk det hele** [10].

Den kulturelle barriere

"En læge skal vide alting og ikke spørge for meget. Lægen i Tyrkiet spørger aldrig personen hvordan og hvorledes. Jeg fortæller, du lytter, og så er det sådan. Kan du så ikke se, når man kommer til Danmark: Spørgsmål og spørgsmål hele tiden. Du bliver spurgt i hoved og r... Ja undskyld, men man bliver helt chokeret. Det er en lang proces at lære sin krop at kende på den måde, og at man sådan skal deltage i lægens arbejde" Fatma, 33 år [10].

Den strukturelle barriere

Lubna er i begyndelsen af 30'erne, født og opvokset i Pakistan. Hun har 6 børn i alderen 1-12 år og lever socialt isoleret i Danmark. Lubna har sukkersyge og er henvist til hospitalet af sin egen læge, fordi hendes blodsukker er alt for højt. Lubna er på hospitalet i alt fire gange, hvor hun møder mange velmenende fagpersoner, som hver især giver forklaringer og råd. Udover de høje sukkertal, er Lubnas største bekymring, træthed og smerter i hele kroppen, især benene, som hun søger forklaring på. Hun får mange forskellige bud lige fra D-vitaminmangel (læge 1), til kalkmangel (diætist), manglende blodsukkerregulation (læge 2) og skoform (fodterapeut) og opgivende attituder (læge 3). Til flere af hendes besøg er der ikke professionel tolkebistand. I stedet tolker ægtefællen eller en af hendes døtre. At Lubna er hos diætisten lige efter øjenkontrollen, hvor hun er blevet dryppet i øjnene og derfor ikke kan se klart, hjælper heller ikke på hendes forståelse af det sagte. Men Lubna er venlig. Hun siger ikke behandlerne imod og retter sig ind. Fx nævner hun ikke, at hun spiser meget frugt, da hun under en af samtalerne forstår, at man kun må spise et stykke frugt om dagen. Hun fortæller heller ikke, at det ikke er nødvendigt, at sygeplejersken bruger så megen tid på at instruere hende i blodsuktermåling da hun kan dette i forvejen. Lubna fortæller heller ikke, at hun er analfabet, da hun får en pjece på 16 sider (uden billeder) på urdu om sukkersyge.

Lubnas blodsukker tal bedres ikke ved kontakten med hospitalet, ligesom det heller ikke er indtrykket, at hun får lært væsentligt nyt om, hvorledes hun selv kan medvirke til at behandle sin sygdom. Uagtet dette forsøger Lubna at leve med sin sygdom så godt som muligt. Lubnas forløb kan læses i en rapport [15], som beskriver og vurderer aspekter af 1. generationsindvandrerkvinders møde med det danske sundhedsvæsen. Den konkluderer, at der er behov for

- organisationsudvikling for at sikre en koordineret tværfaglig og tværsektoriel indsats i forhold til socialt belastede indvandrerfamilier

- at kvalificere de enkelte behandleres kommunikative kompetencer, dels i tværkulturel kommunikation, dels i kommunikation som fokuserer på patientens ressourcer
- kvalitetssikring af tolkeanvendelsen

I afsnit 2 vil vi uddybe, hvorledes en særlig indsats overfor sårbare borgere med indvandrerbaggrund kan udformes. Vort afsæt har været diabetesgruppens anbefalinger * og Sundhedsstyrelsens rapport vedrørende kronisk sygdom [8], som beskriver muligheder og forudsætninger for en forbedret indsats for patienter med kroniske sygdomme. Sundhedsstyrelsen opererer med tre forudsætninger for ”det gode forløb”: patient, sundhedsvæsen og samfund. Da diabetes er en sygdom, som kan forebygges, har vi af hensyn til overskueligheden tilføjet et afsnit om en borgerrettet indsats.

1.1 Diabetes blandt personer med indvandrerbaggrund i Danmark - hvad ved vi?

Hyppighed

Det skønnes, at 100.000 – 150.000 personer i Danmark har erkendt type 2 diabetes, svarende til en prævalens på godt 2-3 %. Hertil skal skønsmæssigt lægges ca. 100.000 – 150.000 personer med udiagnosticeret diabetes. To undersøgelser i Danmark viser, at visse indvandrergrupper har en markant højere forekomst af type 2 diabetes sammenlignet med ikke-indvandrere

- Københavns Amt (16)

Indvandrere fra Pakistan (40- 60 år):	21 %
Ikke indvandrere (40-60 år):	3 %
- Århus Amt (17):

Indvandrere fra Tyrkiet > 40 år:	19,8 %
Indvandrere fra Libanon > 40 år:	18,9 %
Ikke indvandrere > 40 år:	3,6 %

Foreløbige resultater fra 8 amter i Danmark, hvor man på basis af registerdata har set på antallet af sygehuskontakter under diagnosen type 2 diabetes viser, at indvandrere fra Tyrkiet, Pakistan, Eksjugoslavien, Libanon, Irak/Iran, Somalia og Marokko har en øget hyppighed af kontakter sammenlignet med ikke-indvandrere [5]. Det er ikke muligt at afgøre, om det skyldes, at grupperne har en øget hyppighed af sygdommen og/eller har et større antal kontakter pr. person eller en blanding heraf.

Vi har hverken viden om hyppigheden af hjerte-karsygdomme eller diabetiske senkomplikationer blandt indvandrere og evt. efterkommere i Danmark, men dette ville være relevant, da risikoen for hjerte-karsygdom er øget med en faktor 3-5 hos patienter med diabetes.

Målgruppens viden om sygdommen

En undersøgelse fra Københavns Amt har vist, at 1. generationsindvandrere af pakistansk herkomst er mindre fysisk aktive end den danske befolkning og at specielt de pakistanske kvinders viden om forebyggelse af diabetes er dårligere (tabel 1).

Tabel 1: Viden og adfærd blandt borgere med pakistansk og dansk baggrund vedrørende diabetes [16]

	% af Pakistanske		% af Danske	
	Mænd n=41	Kvinder n=22	Mænd n=62	Kvinder n=73
Inden for den sidste uge været fysisk aktive mindst én gang	41	41	72	86
Ved, at diabetes kan forebygges	63	33	90	88
Ved, at fedme kan være årsag til udvikling af type 2 diabetes	54	64	77	90
Ved, at fysisk inaktivitet kan være årsag til udvikling af type 2 diabetes	44	18	57	69

Erfaringer fra særlige indsatser

I det følgende skal der gives eksempler på særlige indsatser. Der henvises i øvrigt til Sundhedsstyrelsens rapport om kortlægning af aktiviteter om forebyggelse og sundhedsfremme tilrettelagt for etniske minoriteter i Danmark [18], som konkluderer, at

- der er mange aktiviteter målrettet ernæring og fysisk aktivitet
- få omhandler rygning
- få har mænd som målgruppe
- der gennemføres få aktiviteter målrettet patienter med indvandrerbaggrund i sygehusvæsenet
- få – om nogen - af aktiviteterne er blevet evalueret

Borgerrettede indsatser

Man har i Københavns Amt i 2005 afholdt et borgermøde om sundhed rettet mod den tyrkiske befolkning, ligesom man har udgivet pjecer på tyrkisk, arabisk, engelsk, urdu og dansk om ”Bedre sundhed for borgere med indvandrerbaggrund” [19]. Indsatsen er ikke blevet evalueret. Aktørerne vurderer, at den – om ikke andet - har haft en funktion via sin signalværdi (personlig meddelelse, Carsten Biering Sørensen, Sundhedsforvaltningen, Københavns Amt)

Patientrettede indsatser

I Århus Amt har man i Gjellerupplanen i 2005 gennemført et undervisningsforløb for indvandrere med type 2 diabetes med tyrkisk og arabisk baggrund med henblik på at øge egenomsorgen. Projektet evalueres. De færdige resultater forventes at foreligge i løbet af 2006 (personlig meddelelse, Inge Wittrup, Århus Amt).

På Fyn foregår der via Diabetesforeningen en særlig indsats i Vollsroseområdet, og dette består af et åbent lokalt/mobilt blodsuktermålingstilbud samt kursus for type 2 diabetikere af arabisk, somalisk og tyrkisk herkomst med fokus på konkret og praktisk læring (madlavning, gåture, indkøb osv.).

Patientrettede indsatser på sundhedsvæsenets niveau

Enkelte diabetesambulatorier har udviklet særligt tilpassede undervisningsprogrammer og gennemfører en struktureret indsats overfor udvalgte indvandrergrupper. Dette gælder indvandrere med pakistansk baggrund (Bispebjerg Hospital) [20, 21] og med tyrkisk baggrund (Amtssygehuset i Glostrup). Diabetespuljen støtter endvidere en aktivitet målrettet indvandrere med diabetes, hvor man ønsker at afprøve et koncept med en såkaldt mobil diabetesplejerske tilknyttet almen praksis i Københavns Kommune. Derudover støttes et projekt, som har til formål at evaluere den eksisterende vandrejournal koblet op på DiabetesRASK med henblik på at designe en vandrejournal målrettet patienter med indvandrerbaggrund. Området er sparsomt belyst indenfor almen praksis. Det vides, at der er opmærksomhed på emnet, se fx [22-24], men også, at de praktiserende læger kan føle sig alene om opgaven [25].

Der er endnu ikke gennemført studier, som viser effekten af de forskellige indsatser målt på udvalgte sygdomsindikatorer. I sygehusvæsenet giver den nyligt indførte indrapportering til det Nationale Indikator Projekt (NIP Diabetes) ikke mulighed for at skelne mellem indvandrere og ikke-indvandrere, og indsatsen kan derfor ikke følges op ad den vej. Den nye overenskomst for almen praksis (hvis den endeligt vedtages) vil kunne give rammer for en såvel struktureret som opfølgende indsats, og vil evt. kunne være basis for en specifik vurdering af effekt.

Endelig er der i årenes løb udgivet pjecer om diabetes på forskellige sprog, som er mere eller mindre tilrettede målgruppen. Det er overvejende medicinalindustrien, som har stået for disse udgivelser, som ikke er blevet evaluerede.

1.2 Diabetes blandt etniske minoriteter i udlandet - hvad ved vi?

Hyppighed

Udenlandske undersøgelser peger også på en øget hyppighed af diabetes blandt indvandrerbefolkningen.

- London [26]
Indvandre fra Pakistan, Indien og Bangladesh (40-69 år) 19 %
Personer med europæisk baggrund 4 %
- Tyskland [27]
Indvandre fra Tyrkiet, mænd 35-64 år 7,8 %
Indvandre fra Tyrkiet, kvinder 35-64 år 9,9 %
- Norge [28]
Indvandre fra Indien, Pakistan, Bangladesh,
Sri Lanka, kvinder (30-59 år) 27,5 %
Indvandre fra Indien, Pakistan, Bangladesh,
Sri Lanka, mænd (30-59 år) 14,3 %

Lignende resultater foreligger fra Holland, hvor man har gennemført en del forskningsbaserede aktiviteter for at klarlægge hyppighed og risiko for diabetes og senkomplikationer blandt indvandrere, ligesom man har fokuseret på betydningen af

blandt yngre sydasiater, som bor i et depriveret område er højere end blandt sydasiater, som bor i et mere velstående kvarter [29].

Årsagen til denne relativt høje hyppighed af diabetes hos især personer med sydøstasiatisk baggrund er ikke klarlagt. Der foregår flere undersøgelser med henblik på at afdække dette forhold, se fx [26]. Fokus er på livsstilsrelaterede årsager (kost, fysisk inaktivitet og mental sundhed), men også genetiske faktorer og sociale forhold antages at have betydning [28-30].

Målgruppens viden om sygdommen

I en interviewundersøgelse af personer med sydøstasiatisk baggrund fra England vedrørende diabetes og hjertesygdom angav 2/3 af de interviewede, at de ikke havde tilstrækkelig viden om disse tilstande til at kunne forebygge dem [31].

Erfaringer fra særlige indsatser

I modsætning til Danmark har man i udlandet forsøgt en systematisk beskrivelse og evaluering af kvalitetsforbedrende indsatser.

Uitewaal, Holland [30], har beskrevet et undervisningsprojekt med afsæt i almen praksis målrettet den tyrkiske indvandrerbefolkning. Man anvendte her undervisere med samme etniske baggrund ("bicultural educators") som målgruppen. Studiet afdækkede, at denne indsats alene ikke var tilstrækkelig til at sikre gruppen en bedre regulering af diabetessygdommen end en kontrolgruppe, som ikke fik dette tilbud. Man konkluderede, at der må en mere målrettet og systematisk indsats til, som involverer flere samarbejdspartnere end "the bicultural educator", idet der bl.a. var et stort frafald undervejs i den gruppe, som deltog i undervisningen. Endvidere viste studiet, at almen praksis alene ikke havde ressourcer til at gennemføre en god diabetesbehandling, og at man udover anvendelse af "bicultural educators" anbefalede tilknytning af diabetessygeplejersker og "physician's assistants" til gennemførelse af rutine check, indkaldelse til blodprøvekontrol etc.

Et andet studie fra Haag har vist, at "kultur" specifik diabetesomsorg målrettet sydasiatiske patienter kan have en positiv indflydelse på sukkersygekontrollen. Indsatsen bestod i, at den praktiserende læge henviste patienten til diabetessygeplejerske og diætist, som begge var specielt uddannede i sydasiatisk kultur og madtradition. Gentagelse af information var dog afgørende for en vedvarende effekt [29]. Det var med denne intervention dog ikke muligt at nå de patienter, som havde det laveste uddannelsesniveau.

Foreløbige resultater fra et engelsk studie rettet mod undervisning af indvandrere med diabetes fra Bangladesh, som boede i et depriveret område af London, har vist lovende resultater ved anvendelsen af "bilingual healthadvocators", som anvender storytelling som metode [32]. Konceptet indebærer, at der tages afsæt i den enkelte patients egen historie og forudsætninger. Et andet engelsk studie konkluderer, at fremtidig forskning og forebyggelsesstrategier målrettet indvandrerpopulationen skal indbefatte et bredt spektrum af risikofaktorer incl. sociale faktorer, og forebyggelse skal sprogligt og kulturelt tilrettes målgruppen [33].

1.3 Konklusion

Vor viden om forekomst, forebyggelse og behandling af type 2 diabetes blandt personer med indvandrerbaggrund i Danmark er beskeden. Studier fra Danmark og især udlandet peger dog på en relativ stor overhyppighed og sygdomsrisiko, hvorfor der er behov for en særlig skærpet opmærksomhed. Diabetes og dertil associeret hjerte-karsygdom er en væsentlig udfordring for den enkelte borger. For borgere med anden etnisk baggrund end dansk er der særlige udfordringer baseret på den markant øgede risiko for at udvikle type 2 diabetes, gruppens socialt sårbare situation og de påviste barrierer for behandling. At andelen af ældre med anden etnisk baggrund end dansk vil stige med en faktor 2,5 [1] i løbet af de næste par år, og at prognoser viser en generel stigning i antallet af indvandrere og efterkommere over de kommende årtier, gør ikke denne udfordring mindre. Således opererer den regeringsnedsatte Tænketaank med, at andelen af indvandrere i år 2021 vil være næsten fordoblet, svarende til ca. 445.000 indvandrere og efterkommere med oprindelse i mindre udviklede tredjelande som fx Tyrkiet, Pakistan og Somalia [34].

Baggrunden for den forhøjede forekomst af diabetes og hjerte-karsygdom er mange. På det individuelle niveau (borger/patient-niveau) skal forklaringen søges i bl.a. genetisk disposition for type 2 diabetes, fysisk inaktivitet og kostvaner. På sundhedsvæsensniveau skal forklaringen søges i manglende viden og kompetencer hos den enkelte aktør (fx i tværkulturel kommunikation) og ikke mindst behovet for organisationsudvikling. På samfundsniveau afdækkes barrierer af social art (arbejdsløshed, økonomiske forhold og uddannelsesniveau) og fraværet af målrettede indsatser på borger- og patientniveau.

2 Sårbare grupper – særlig indsats

Som det fremgår af ovenstående, kan det være nødvendigt med en særlig indsats overfor etniske minoriteter. Sundhedsstyrelsen opererer i den førnævnte rapport vedr. kronisk sygdom [8] med 3 forskellige niveauer for det gode patientforløb, og vi har, som tidligere nævnt indføjet et fjerde niveau, nemlig den primære borgerrettede forebyggelse.

2.1 Borgerrettede indsatser

Som led i kommunernes varetagelse af nye opgaver på sundhedsområdet, udarbejder en lang række af landets kommuner særlige sundhedspolitikker, som skal danne rammen om kommunens samlede opgaveløsning på sundhedsområdet. En sundhedspolitik vil være en oplagt mulighed for et afsæt til en målrettet kommunal indsats i forebyggelsen af type 2 diabetes blandt sårbare grupper, og her er et væsentligt indsatsområde borgere fra etniske minoriteter. Det anbefales, at den overordnede ramme for en kommunal indsats i forebyggelsesarbejdet både hviler på en generel og en individuel indsats, hvorved menes indsatser der fokuserer på information og oplysning samt indsatser, der fokuserer på rammer og muligheder for forebyggende aktiviteter.

Den enkelte kommunes prioritering af indsatsen overfor borgere fra etniske minoriteter vil naturligvis være afhængig af kommunens andel af borgere med denne baggrund og kommunens størrelse. Men generelt vil gælde, at kommunen sikrer, at alle relevante aktører på forebyggelses- og sundhedsområdet incl. idrætsforeninger mv. har viden om den særlige risiko for type 2 diabetes for borgere med anden etnisk baggrund end dansk. Med udgangspunkt i konkret viden om de særlige sundhedsmæssige udfordringer i de enkelte regioner, kan der herefter ske en målrettet indsats gennem kommunernes generelle sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsatser.

Der opereres i den foreslåede indsats med 6 målgrupper: småbørn, førskolebørn, skolebørn, unge, voksne (20 – 60 år) og seniorer (60+). Til hver af disse grupper knytter der sig særlige problemstillinger og udfordringer, ligesom der for de enkelte målgrupper vil eksistere forskellige arenaer, hvor forebyggelsen kan tage sit afsæt. De forskellige arenaer/settings for forebyggelse er skitseret i nedenstående tabel.

	Småbørn 0-3 år	Førskole- børn 4-7 år	Skole- børn 7-14 år	Unge 15-19 år	Voksne 20-60 år	Seniorer + 60 år
Dagtilbud, ex. vugge- stue, børnehave	✓	✓				
Dagtilbud, ex. SFO, Klub			✓	(✓)		
Grundskole			✓			
Sundhedsplejerske	✓	(✓)				
Børne- og ungelæge/ skolesundhedsplejerske			✓	✓		
Tandlæge	(✓)	(✓)	(✓)	(✓)	(✓)	(✓)
Praktiserende læge	✓	✓	(✓)	(✓)	(✓)	✓
Idrætsforeninger			✓	✓	✓	
Sprogskoler					✓	✓
Ungdomsuddannelser				✓		
Indvandreforeninger	(✓)	(✓)	(✓)	(✓)	✓	✓
Hjemmesygepleje					(✓)	✓
Forebyggende hjem- mebesøg +75 år						✓
Kommunens nye fore- byggelses- og sund- hedsfremmeindsats	✓	✓	✓	✓	✓	✓

En forebyggelsesindsats med fokus på **småbørn** i alderen 0 – 3 år retter sig mod barnets nære familie og deres sundhedsadfærd, og kan derfor også have en positiv effekt i forhold til forældrene. Indsatsen målrettet småbørn har fokus på de voksne personer, der omgiver barnet i dets dagligdag, hvilket vil sige forældre, sundhedsplejersker og pædagoger. De primære temaer er her sund kost og fysisk aktivitet, fx gennem udarbejdelse af kost/bevægelses-politikker i dagtilbud. Til støtte herfor kan konkrete indsatser være at sikre:

- Kursus/kvalificering af pædagogiske konsulenter, således at de kan rådgive om betydningen af kost og fysisk aktivitet for forebyggelse af bl.a. diabetes og hjerte-karsygdom i forhold til etniske minoriteter.
- Pjece om ”sundhed i familien” som kan være en støtte til pædagoger i, hvorledes de kan øge fokus på sund kost og fysisk aktivitet i forhold til etniske minoriteter.
- Informationsmateriale om sund kost og fysisk aktivitet rettet mod forældre, og som er udarbejdet på dansk samt relevante sprog til de største grupper af etniske minoriteter.

Derudover vil også sundhedsplejerskers vejledning og rådgivning af forældre være af central betydning, og det må sikres, at de har redskaberne til at udfylde denne rolle bedst muligt, fx via rådgivningsmateriale, og at de er opmærksomme på at visse indvandrergupper har særlige risikoprofiler. Mange kommuner har allerede stor opmærksomhed på gruppen af småbørnsfamilier med indvandrerbaggrund.

Desuden har den praktiserende læge en betydelig rolle i forbindelse med de forebyggende børneundersøgelser i løbet af det første leveår (5 uger, 5 måneder, 12 måneder, 2 og 3 år).

En forebyggelsesindsats målrettet **førskolebørn** og **skolebørn** vil ligeledes tage sit afsæt i de arenaer, børnene indgår i, og i de voksne der omgiver barnet, dvs. forældre, pædagoger og lærere. Derudover vil fokus også være på barnets kontakt med sundhedsprofessionelle, det vil sige praktiserende læge, skolesundhedsplejerske og skoletandlæge og samarbejde med idrætsforeninger vil være væsentlige, ligesom kost og bevægelses-politikker på skoler kan have en ramme/normsættende effekt. For skolebørn vil målrettede idrætstilbud kunne have væsentlig betydning. De primære temaer vil her være sund kost og fysisk aktivitet. Man kan opfordre til, at sundhed bliver taget op som tema fx i forbindelse med forældremøder eller temamøder specifikt arrangeret for familier med indvandrerbaggrund, således at der kan etableres tolkebistand og tages udgangspunkt i evt. særlige madtraditioner. Involvering af forældre i disse indsatser vil være af central betydning. Det er ligeledes naturligt, at den praktiserende læge ved de forebyggende børneundersøgelser i 4 og 5 års alderen specifikt berører emnet.

En forebyggelsesindsats målrettet **unge** vil hovedsageligt tage sit afsæt i ungdomsuddannelserne, hvortil mange unge med anden etnisk baggrund end dansk søger. Lærere og skoleledelser vil være væsentlige formidlere og ramme-sættere via udarbejdelse af klare kostpolitikker og motivering til fysisk aktivitet. Det vil ligeledes være væsentligt at arbejde på en fastholdelse af unge i organiserede idrætstilbud, samt etablering af idrætstilbud målrettet denne gruppes behov. Her vil samarbejde med idrætsforeninger og kommunale indsatser være væsentlige. De primære temaer vil her være sund kost og fysisk aktivitet.

Forældre har et særligt ansvar for deres børns sundhedsvaner, og det er vigtigt, de kan hente råd og vejledning fra sundhedsprofessionelle såsom sundhedsplejersker og praktiserende læger, ligesom pædagogisk personale i dagtilbud også er væsentlige formidlere af sundhedsinformation. En indsats må derfor sikre, at disse personalegrupper er kvalificerede til at forstå denne formidlings- og vejledningsfunktion i forhold til etniske minoriteter.

En forebyggelsesindsats målrettet **voksne** og **seniorer** baserer sig i væsentlig grad på sundhedsprofessionelle som helt centrale aktører i formidlingen af information om forebyggelse og diabetes. Imidlertid vil også sprogskoler, religiøse samlingssteder og indvandrerforeninger kunne have en væsentlig rolle i formidling af forebyggelsesbudskaber, hvorfor der kan være behov for at iværksætte samarbejder med disse med hensyn til information om diabetes og risikofaktorer. Endelig vil der være en væsentlig rolle for såvel idrætsforeninger, indvandrerforeninger som boligsociale indsatser, fx ved at tilbyde kønsopdelte træningsrum med den hensigt at sikre målrettede tilbud om fysisk aktivitet og kurser om sund mad.

2.2 Patientrettede indsatser

Diabetespatientens viden om symptomer og faktorer, der påvirker sygdomsudviklingen, og om behandling incl. hensigtsmæssig adfærd, er forudsætningen for en hensigtsmæssig egenomsorg og for evnen til at fastholde den nødvendige behandling. I Sundhedsstyrelsens rapport om kronisk sygdom står anført, at for særligt ud-

satte og sårbare grupper bør der etableres tilbud, som imødekommer deres særlige behov.

Særligt tilrettelagt patientuddannelse

Alle patienter med diabetes bør sikres sygdomsspecifik undervisning, både i forløbet i primærsektoren og i forbindelse med hospitalsindlæggelse. Ifølge Sundhedsstyrelsen bør der som et led i det kommunale sundhedsvæsen sikres ekspertise til patientundervisning. I forbindelse med den nye strukturreform og kommunernes øgede rolle i sygdomsforebyggelse og rehabilitering bør der sikres fornuftige aftaler i opgavefordelingen mellem de praktiserende læger og kommunen, herunder etablering af selvstændige tilbud om diabetesrelateret undervisning i de kommende sundhedscentre og andre arenaer, som fx boligområder.

Egenomsorg

Det er ikke alle patienter, som er i stand til at foretage ændringer af behandlingen på basis af selvmonitorering af symptomer. For patienter med såvel indvandrerbaggrund som ikke-indvandrere, er det vigtigt at vurdere, om egenomsorg/egenbehandling efter grundig instruks er hensigtsmæssig for den individuelle patient, eller der er behov for støtte fra hjemmesygeplejerske eller andre sundhedsprofessionelle.

Langt de fleste patienter (indvandrere såvel som ikke-indvandrere) med diabetes oplæres i dag i blodsuktermåling, da disse blodsuktermålinger danner basis for valg af behandlingsstrategi og herunder medicinændring. Det kan i denne sammenhæng være nødvendigt med en særlig indsats med tolkeanvendelse over for patienter med indvandrerbaggrund med ringe danskundskaber og uddannelsesbaggrund, herunder analfabeter, da aflæsningen af blodsukkerværdierne er essentiel for behandlingen. Det kan fx nævnes, at læseretningen på visse sprog (fx urdu og arabisk) sker fra højre mod venstre, ligesom arabiske tal adskiller sig fra danske. Således ligner et ”dansk” 5-tal 0 på arabisk, ligesom et ”dansk” 10 skrives som 1. Der er altså her basis for mange misforståelser.

2.3 Patientrettede indsatser på sundhedsvæsen niveau

Sundhedsvæsenets organisering bør udvikles, således at man kan tilgodese patienter med særlige behov, som er gældende for en sårbar gruppe som indvandrere [15]. Den sundhedsfaglige indsats skal ydes af en behandlergruppe, som er hensigtsmæssigt organiseret, og som har adgang til og udnytter viden både om den enkelte patient og om den samlede patientgruppe på tværs af sektorgrænser. Det er afgørende med en klar opgavefordeling mellem almen praksis og hospitalssektoren tilpasset den enkelte patients forudsætninger, baseret på fælles målsætning, kvalitetsmål, kvalitetsmålsopsamling og udarbejdede patientforløb.

De kroniske sygdomme medfører ofte komplekse medicinske udfordringer, der forudsætter forskellige sundhedsfaglige kompetencer, og der er derfor behov for en et ofte langvarigt forløb og ønsket om at sikre borgere med kronisk sygdom den bedst mulige livskvalitet, bør indsatsen om muligt ske i patientens nærmiljø, dvs. primærsektoren (de praktiserende læger i samarbejde med andre sundhedsprofessi-

oner og det kommunale sundhedsvæsen). Dette gælder for såvel indvandrere som ikke-indvandrere.

Shared care, tovholder og case manager

Væsentlige dele af diabetesbehandlingen kan formodentlig varetages i primærsektoren, men der er ofte behov for periodisk indsats fra det specialiserede niveau i forbindelse med fastlæggelse af behandlingsplaner, ved sygdomsforværring eller komplikationer. Det er oplagt, at den praktiserende læge med sit specifikke kendskab til den enkelte patient med indvandrerbaggrund vil have en fremtrædende rolle som tovholder for derved at sikre relevant behandlingsindsats (planlægning, koordination og fastholdelse).

Sundhedsstyrelsen har i sin nye rapport om kronisk sygdom [8] foreslået en ny funktion som case manager (en særlig kontaktperson fra sundhedsvæsen og/eller kommune), som er med til at sikre koordinering og sammenhæng i behandlingen. Det nævnes fx, at patienter med dårlig sygdomsforståelse og manglende evne til at fastholde behandling og hensigtsmæssige levevaner tildeles en case manager gennem hele deres sygdomsforløb. En sådan funktion vil uden tvivl være til gavn for diabetespatienter, som af den ene eller anden årsag henregnes til gruppen af sårbare personer. Fx er det rapporteret fra Vollsmoseprojektet (personlig meddelelse, Morten Heilskov, Diabetesforeningen), at personer med indvandrerbaggrund manglede viden om, hvor de skulle henvende sig i sundhedsvæsenet med et givet sundhedsfagligt behov. Det er fortsat helt uafklaret, hvor case manageren skal være forankret. Denne nye funktion, som er ukendt i Danmark, må naturligvis blive genstand for organisationsudvikling i forskellige settings. Det kommunale sundhedsvæsen incl. sundhedscentre eller en hospitalsafdeling kan være relevante muligheder.

Der findes sparsom litteratur på "shared care" området. Der efterlyses generelt en mulighed for at information/notater om patienter formidles mellem forskellige hospitalsafdelinger og mellem hospital og almen praksis. For patienter med indvandrerbaggrund kan det ikke tages for givet, at de har muligheder for at være sikre budbringere eller har den nødvendige viden. Kontinuiteten i indsatsen bør sikres gennem informationsdeling og sammenhængende behandlingsprogrammer kombineret med en klar opgavefordeling. Dette er nødvendigt for at kunne afstemme behandlingsforløb og rådgivning. Det er vigtigt at understrege, at en sådan indsats ikke kun vedrører patienter med anden etnisk baggrund end dansk.

Man bør ligeledes arbejde på, at alle diabetesambulatorier, som har patienter med anden etnisk baggrund end dansk, tilbyder relevante uddannelses tilbud.

Fælles Diabetesdagbog

En diabetesdagbog er en god mulighed for fælles kommunikation mellem de forskellige behandlere. Anvendelse af de eksisterende dagbøger og vandrejournaler fordrer dog, at patienten kan læse og forstå dansk. Der er behov for at udarbejde et effektivt kommunikationssystem, som også indvandrere/flygtninge og læsesvage danskere kan forstå og anvende, således at patientens egen status tydeliggøres.

Differentieret modulopbygget indsats

Det kan endvidere foreslås, at praktiserende læger i modsætning til i dag har mulighed for en differentieret henvisning til sekundærsektoren, som fx

1. Kostvejledning
2. Motion
3. Rygestop
4. Insulinopstart
5. Det hele, dvs. alle ovenstående tilbud under vejledning af en endokrinolog, dvs. en speciallæge med særlig indsigt i diabetes. I udvalgte tilfælde kan samtaler med fx en psykolog være sidste udvej for at øge egenomsorgen

Baggrunden herfor er, at det ved undervisning af patienter med anden etnisk baggrund end dansk kan være vigtigt, at man som underviser har erfaring med en evt. specifik madkultur og i sin vejledning tager udgangspunkt heri. Det kan også være vigtigt, at man er bekendt med socialt acceptable motionsformer, hvis man skal opnå en god kommunikation omkring dette emne.

Informationsmateriale om diabetes

Det kan anbefales, at der udarbejdes fagligt standardiserede informationsmaterialer om sund kost, motion og diabetes på relevante sprog (tyrkisk, urdu, arabisk, somali, engelsk, farsi etc.)

Uddannelsesbehov

Der er behov for at tilbyde de enkelte behandlere kurser, som specielt har fokus på den tværkulturelle kommunikation [15]. Dette kan ske via lokale kurser på de enkelte arbejdspladser og inkorporeres i den præ- og postgraduate uddannelse.

Polyfarmaci og medicinsubstitution

Det altdominerende problem i hverdagen for både patient og sundhedsprofessionelle er polyfarmaci (dagligt indtag af flere end 3 (andre definitioner siger 5) forskellige medicinpræparater) kombineret med substitution til billigste præparat. Da både navn og udseende af medicin kan variere betragteligt fra gang til gang, skabes der tvivl om, hvorvidt medicinen er korrekt. Dette er et problem for såvel indvandrere som for ikke-indvandrere, og er man analfabet, er problemet stort.

Der er behov for udviklingstiltag med henblik på metoder, som kan afhjælpe problemet med substitution evt. ved at inddrage apotekerne på en anden måde end i dag.

2.4 Samfundsrettede indsatser

En lang række politiske beslutninger indebærer sundhedsmæssige konsekvenser. Inden for det sundhedspolitiske område er det muligt at tilrettelægge en politik, der fokuserer på sundhedsfremme og forebyggelse, rehabilitering og genoptræning, således at borgerens motivation understøttes. Ifølge Sundhedsstyrelsen bør der tilret-

telægges en målrettet indsats for borgere, som på grund af personlige, sociale eller etniske forhold er særligt udsatte.

Et aktivt samspil mellem sundhedsvæsen, oplysningsforbund, uddannelsesorganisationer, patientforeninger etc. kan føre til en forstærket og synlig indsats for patienter med kronisk sygdom.

Opmærksomhedsskabende tiltag

Ifølge Sundhedsstyrelsens rapport om kronisk sygdom bør de sundhedsmæssige konsekvenser af alle lokalpolitiske beslutninger vurderes systematisk, og beslutninger inden for sundhedsområdet bør sigte på at understøtte borgernes muligheder for en hensigtsmæssig sundhedsadfærd. Dette kan fx være i form af borgermøder og ledsagende informationsmateriale, som det har fundet sted i Københavns Amt.

Tolkning

Brug af tolke i sundhedsvæsenet er ikke konsekvent, om end alle erkender det er vigtigt med professionel tolkning, og at det ikke er en god løsning at bruge børnene som tolke [35, 36]. Desuden tager tolkede samtaler længere tid. Det vurderes som væsentligt, at der sikres en tilstrækkelig adgang til professionelt uddannede tolke, når der er behov for det i mødet mellem sundhedspersoner og indvandrere med fx diabetes. Der bør ligeledes laves en indsats, der sikrer dette.

2.5 Konklusion

Personer fra gruppen af borgere med indvandrerbaggrund kan på basis af sociale og ”etniske” faktorer udgøre en sårbar gruppe med behov for en særlig målrettet og forstærket indsats for at håndtere diabetessygdommen [8].

Den borgerrettede indsats fordrer, at kommunerne udvikler en målrettet sundhedspolitik for at forebygge type 2 diabetes blandt sårbare grupper. Denne forebyggelse skal starte allerede mens barnet går i et dagtilbud og fortsætte livslangt, og det er derfor nødvendigt at udvikle forebyggelsesindsatser i forskellige settings.

Den patientrettede indsats i relation til type 2 diabetes centrerer sig om en særligt tilrettelagt patientuddannelse som sikrer, at patienten kan varetage den egenomsorg, som er omdrejningspunktet for valg af behandlingsstrategi.

Den patientrettede indsats på sundhedsvæsen niveau er baseret på såvel en tværfaglig som en tværsektoriel koordineret indsats. Dette forudsætter organisationsudvikling i forskellige settings for også at sikre relevant behandling af patienter, som ikke selv er i stand til at varetage tilstrækkelig egenomsorg, og hvor shared care og udvikling af en eventuelt case manager funktion derfor vil være relevante fokusområder.

Den samfundsrettede indsats sigter på at understøtte borgerens muligheder for en hensigtsmæssig sundhedsadfærd på basis af politiske beslutninger.

3 anbefalinger

Arbejdsgruppen anbefaler, at der

- på landsplan indsamles forskningsbaseret viden om diabetes, risikofaktorer og diabetiske senkomplikationer blandt forskellige grupper af etniske minoriteter
- indsamles viden om hvorledes etniske minoriteter søger og får viden om risikofaktorer og forebyggelse
- på landsplan indsamles erfaringer med og udfærdiges beskrivelser af shared care modeller målrettet diabetespatienter med anden etnisk baggrund end dansk, som tilhører gruppen af sårbare personer med specielt fokus på indholdet i tovholderfunktionen i almen praksis og rammerne for en eventuel case manager
- konsekvent etableres præ- og postgraduat uddannelse af sundhedsprofessionelle (praktiserende læger, sygehuslæger, sygeplejersker, sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker etc.) så de sikres kompetence i at kommunikere tværkulturelt
- på regionsplan indsamles viden om borgernes sundhedsprofil, således at gruppen af sårbare personer med etnisk minoritetsbaggrund kan identificeres
- fra kommunal side sikres, at der udarbejdes politikker om kost og fysisk aktivitet i dagtilbud og folkeskoler, ligesom de fysiske rammer for leg, motion og bevægelse sikres
- i kommunernes nye sundhedsfremme og forebyggende indsats er særlig fokus på initiativer, der kan styrke videns- og informationsniveauet samt understøtte konkrete forebyggende og sundhedsfremmende initiativer, som tager behørigt højde for såvel sociale som "etniske" faktorer. Eksempler kan være kronikerskoler tilknyttet de kommende sundhedscentre, særligt tilrettelagte alternative motionstilbud (dans og spil), arrangementer omkring sund kost (indkøb, madlavning og fællesspisning). Et andet nødvendigt fokus i en kontinuerlig forebyggende indsats er kompetenceudviklingen af kommunens medarbejdere, idet der skal sikres en grundlæggende forståelse af udfordringerne hos en meget bred medarbejdergruppe.
- med udgangspunkt i de kommunale forebyggelsesinitiativer etableres en indsats, som skaber dialog med målgruppen om type 2 diabetes, ernæring og fysisk aktivitet. Et eksempel herpå kunne være uddannelse af sundhedsformidlere med etnisk minoritetsbaggrund – "bicultural educators", som kan anvendes til at formidle sundhedsbudskaber og information om det danske sundhedsvæsen til etniske minoritetsmålgrupper via foreninger, sprogskoler mv.
- udvikles redskaber til at håndtere udfordringer med polyfarmaci og medicinsubstitution, herunder sikres oplysning til sundhedsprofessionelle og apotekspersonale herom
- anvendes professionelle tolke ved behov for tolkning

4 Reference liste

1. www.inm.dk/publikationer/aarbog_udlaendinge_05/html/chapter03.htm, 2006.
2. Dyhr L, Krasnik A. International migration. Ugeskr Læger, 2006 (i trykken)
3. Dyhr L, Smith E, Ege P, Nørregaard C. Ved vi nok om indvandrernes sygelighed og kontakter til sundhedsvæsenet i Danmark? Ugeskr Læger 2000; 162:6093-6095.
4. Ingerslev O. Sundhedsforhold blandt indvandrere. In: Mogensen GV, Matthiesen PC, editors. Integration i Danmark omkring årtusindskiftet. Århus Universitetsforlag, 2000: 222-250.
5. "Etniske minoriteters sundhed og sygelighed – et registerstudie", Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, 2006 (under udarbejdelse)
6. Helweg-Larsen M. An Overview of The Health Status of European Migrants. 1-21. 1998. København, DIKE.
7. Dyhr L, Løgstrup Poulsen L. Hvem, hvorfra, hvor mange og hvordan? Sociodemografiske oplysninger om indvandrere i Danmark. Månedsskr Prakt Lægegern, 82:1387-1398
8. Kronisk sygdom, patient, sundhedsvæsen og samfund. København, Sundhedsstyrelsen, 2005.
9. Mirdal G. Migration og sygdom. Fra nostalgi til PTSD. I: Arenas JG, ed. Interkulturel psykologi. København: Hans Reitzels forlag, 1997
10. Dyhr L. Det almene i det anderledes. Belysning af problemer i mødet mellem praktiserende læger og tyrkiske indvandrerkvinder i Danmark, set fra en klinisk synsvinkel. Central Forskningsenhed for Almen Praksis, 1996.
11. Elverdam B. Fra tradition til institution. Århus: Århus Universitetsforlag, 1991.
12. Nielsen A. Smertelige erfaringer. Afdelingen for Sundhedstjenesteforskning, Københavns Universitet, 2005.
13. Tilia GB. "De tager os ikke alvorligt". Somaliske flygtninges viden om og brug af sundhedsvæsenet. 20, 1-47. 1995. Esbjerg, Sydjysk Universitetscenter.
14. Nørredam M., Krasnik A, Petersen J H. Indvandrerkvinders adgang til det danske sundhedsvæsen. Adgang til hospitalsbehandling blandt indvandrerkvinder med brystkræft sammenlignet med danske kvinder. Ugeskr Læger 1999; 161:4385-4388.
15. Jacobsen E, Karise S, Dyhr L. Mødet mellem 1. generationsindvandrerkvinder & det danske sundhedsvæsen. Rapport fra et pilotprojekt. København: DSI, Institut for Sundhedsvæsen, 2004.
16. Rashid I, Vibe-Petersen J. Knowledge of prevention of type 2 diabetes and heart disease among Pakistani first generation immigrants in Denmark. Submitted

17. Kristensen JK, Bak JF, Wittrup I, Lauritzen T. Diabetes prevalence and diabetes care among Libanese or Turkish immigrants compared to a native Danish population. Submitted.
18. Kortlægning af aktiviteter om forebyggelse og sundhedsfremme tilrettelagt for etniske minoriteter i Danmark. København, Institut for Folkesundheds-videnskab, Københavns Universitet og Sundhedsstyrelsen, 2005.
19. "Bedre sundhed for borgere med indvandrerbaggrund" Sundhedsforvaltningen, Københavns Amt, 2005.
20. Røjen D, Vibe-Petersen J, Hussain M. Et kulturelt afstemt undervisningsprogram for pakistanske patienter med type 2 diabetes. København, Bispebjerg Hospitals Uddannelsesafdeling, 1999.
21. Hussain M, Vibe-Petersen J. Diabetes og pakistanske indvandrere. Ugeskr Læger 2000; 17:2469.
22. Klinisk vejledning. Type 2-diabetes i almen praksis. En evidensbaseret vejledning. s. 45. Dansk Selskab for almen medicin, 2004
23. Vibe-Petersen J. Type 2 diabetes og indvandrere 1. Månedsskr Prakt Lægegern 2004; 82:691-703.
24. Vibe-Petersen J. Type 2 diabetes og indvandrere 2. Månedsskr Prakt Lægegern 2004; 82 :841-56.
25. Dyhr L. Udvikling af en indvandrerkonsulentfunktion for praktiserende læger. Forskningsenheden for almen praksis, København 2006
26. McKeigue PM, Shah B, Marmot MG. Relation of central obesity and insulin resistance with high diabetes prevalence and cardiovascular risk in South Asians. Lancet 1991;337:382-386.
27. Porsch-Oezcueruemez M, Bilgin Y, Wollny M, Gediz A, Arat A et al. Prevalence of risk factors of coronary heart disease in Turks living in Germany: The Gissen Study. Atherosclerosis1999; 144: 185-198.
28. www.nakmi.no/prosjekter/artikkel.asp?NyhetID=72&SprakID=1&SeksjonID=4
29. Middelkoop B. Diabetes a true trouble. Studies on cardiovascular risk, ethnicity, socioeconomic position and intervention possibilities. Thesis, 2001 Erasmus University, Rotterdam. Published by the Municipal Health Service of the Hague, 2001.
30. Uitewaal P. Type 2 Diabetes Mellitus and Turkish Immigrants: an educational experiment in general practice. Thesis 2003, Erasmus University, Rotterdam
31. Rankin J, Bhopal R. Understanding of heart disease and diabetes in a South Asian community: cross-sectional study testing the "snowball" sample method. Public Health 2001; 115:253-260.
32. Greenhalgh T; Collard A, Begum N. Sharing stories. Complex intervention for diabetes education in minority ethnic groups who do not speak English. BMJ 2005;330:628-34

33. Bhopal R, Unwin N, White M, Yallop J, Walker L et al. Heterogeneity of coronary heart disease risk factors in Indian, Pakistani, Bangladeshi, and European origin populations: cross sectional study. *BMJ* 1999;319:215-220.
34. www.inm.dk/Index/mainstart.asp?o=57&n=1&h=19&s=4www.
35. Dyhr L, Hamerik N. Tolkeanvendelse i arbejdet med indvandrere og flygtningepatienter. *Månedsskr Prakt Lægeger* 2004; 82:1131-1139.
36. www.nakmi.no/prosjekter/artikkel.asp?NyhetID=165&SprakID=1&SeksjonID=4