

DIABETES BLANDT ETNISKE MINORITETER

2005



Diabetes blandt etniske minoriteter

2005

Overlæge Jette Vibe-Petersen, Medicinsk Afdeling M,
Amtssygehuset i Glostrup, for Sundhedsstyrelsen

Diabetes blandt etniske minoriteter

Forfatter: Overlæge Jette Vibe-Petersen, Medicinsk Afdeling M, Amtssygehuset i Glostrup

Sundhedsstyrelsen
Center for Forebyggelse
Islands Brygge 67
2300 København S

Emneord: forebyggelse, sundhedsfremme, diabetes, etniske minoriteter

Forsidefoto: Mikael Rieck

E-mail: sst@sst.dk

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

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 15. august 2005

Indhold

1	Indledning	4
2	Høj prævalens af type 2 diabetes	5
	2.1 Hvad er årsagen til den høje prævalens?	5
3	Er der behov for særlige indsatser?	7
4	Samfundsmæssige perspektiver	8
5	Reference List	9

1 Indledning

Indvandrere og efterkommere med oprindelse i mindre udviklede tredjelande – som f.eks. Tyrkiet, Pakistan og Somalia – vil ifølge Danmarks Statistik i 2021 udgøre omkring 60 % af alle indvandrere og efterkommere, svarende til 445.674 personer. I år 2001 var den største befolkningsgruppe personer af tyrkisk oprindelse (godt 50.000), mens der var ca. 18.000 personer af pakistansk - og 16.000 af somalisk herkomst.

Disse befolkningsgrupper har en meget høj forekomst af type 2 diabetes, og det er derfor vigtigt, man i sundhedsvæsenet er bekendt med denne overhyppighed og har fokus herpå ved kontakt med personer med etnisk baggrund.

2 Høj prævalens af type 2 diabetes

Diabetessygdommen er i hastig fremmarch med en forventet markant stigning i antallet af patienter inden for de kommende få årtier. I Danmark mener man, at der er 100.000 – 150.000 diagnosticerede patienter med type 2 diabetes svarende til en prævalens på godt 2 % (1). Det skønnes, at antallet af nye tilfælde pr. år er ca. 10.000 – 20.000 patienter, og det antages, at ca. 100.000 -150.000 har diabetes uden at vide det (1-3).

Der findes kun en enkelt opgørelse over forekomsten af diabetes blandt første-generationsindvandrere i Danmark. I Københavns Amt har en undersøgelse vist, at 21 % af pakistanske indvandrere (40-60 år) mod 3 % af danskere har type 2 diabetes (Imran Rashid et al, 2005). Undersøgelser omfattende andre etniske minoriteter findes ikke, ligesom registrering af forekomsten af hjerte-karsygdom i patientpopulationer med etnisk baggrund sammenlignet med danskere heller ikke findes. De nedenfor anførte prævalenser (forekomster) stammer derfor fra UK, Tyskland og Danmark.

Prævalens af type 2 diabetes - et stort problem

Danskere i Danmark	3 %
Indvandrere fra Pakistan i UK og Danmark	19 - 21 %
Indvandrere fra Tyrkiet i Tyskland	9 %
Indvandrere fra Arabiske lande bosat i Europa	?

Visse indvandrergupper har en meget høj forekomst af diabetes. I Pakistan har 16 % af mænd og 12 % af kvinder over 25 år type 2 diabetes (4). Prævalensen af type 2 diabetes blandt indvandrere fra Pakistan, Indien og Bangladesh (40-69 år) er i London, UK fundet at være alarmerende høj, nemlig 19 % versus 4 % hos personer med europæisk baggrund (5).

I Tyrkiet er prævalensen af type 2 diabetes lavere: 7.5 % for mænd og 9.2 % for kvinder ≥ 30 år (6). Litteratur omhandlende tyrkiske indvandrere er sparsom, men et enkelt studie viser, at efter immigration til tyske storbyer er prævalensen af type 2 diabetes uændret: 7.8 % for mænd og 9.9 % for kvinder (35-64 år) (7)

Som det klart fremgår, har visse etniske minoriteter en øget forekomst af type 2 diabetes, og man skal derfor være ekstra opmærksom på denne diagnose i sin kontakt med patienten fra Pakistan, Tyrkiet, Libanon, Somalia etc. Måling af faste plasmaglukose (blodsukker) bør med andre ord foretages på ret vide indikationer hos disse befolkningsgrupper.

2.1 Hvad er årsagen til den høje prævalens?

Der er to årsager til den højere risiko for type 2 diabetes, hvis man har indvandrerbaggrund: den ene er arv og den anden overvægt. Arven kan man ikke ændre på, men ved at spise sund mad, bevæge sig dagligt og lade være med at ryge,

kan man mindske risikoen for at få type 2 diabetes, forhøjet blodtryk og hjertekarsygdom.

Det er vigtigt at bibringe såvel danskere som etniske minoriteter en forståelse for, at hvis en af forældrene har type 2 diabetes, vil gennemsnitligt 2 ud af 5 børn kunne udvikle sygdommen. Hvis begge forældre har type 2 diabetes, vil 4 ud af 5 børn være i risiko for at udvikle sygdommen. Da et ægtepar med f.eks. pakistansk baggrund meget ofte begge har diabetes i deres familie, vil risikoen for deres børn være meget stor. Man kan dog ved sund mad og daglig motion forebygge, at man udvikler diabetes, og dette er et meget vigtigt budskab.

En sund livsstil er helt afgørende, både som forebyggelse og behandling af type 2 diabetes. Et sundt liv for hele familien indebærer, at man følger de almene kostanbefalinger for befolkningen kombineret med daglig, eller næsten daglig, motion af mindst $\frac{1}{2}$ times varighed.

3 Er der behov for særlige indsatser?

Internationale erfaringer tyder på, at indsatser, der har vist sig effektive, har været særligt målrettede de grupper, de har henvendt sig til, ligesom indsatserne har været udviklet i samarbejde med målgruppen. For eksempel har man i Australien mere end 30 års erfaring i arbejdet med den oprindelige befolkning, aboriginals, hvor adipositas er et fremtrædende problem. Konklusionen er, at for at opnå succes skal interventionsprogrammer være udviklede og gerne kontrollerede i tæt samarbejde med målgruppen (8).

På Bispebjerg Hospital har man i 1998 udviklet et undervisningskoncept for pakistanske patienter med type 2 diabetes. At projektet lykkedes, skyldtes i høj grad samarbejdet med en dansk læge af pakistansk herkomst (Mazhar Hussain), som var kendt og respekteret i den pakistanske befolkningsgruppe. På Amtssygehuset i Glostrup har man i diabetesklinikken udviklet et specielt kulturelt tilrettet undervisningsprogram baseret på billeder, primært af sund mad. Udviklingsarbejdet er foregået i et tæt samarbejde med hospitalets fastansatte tyrkiske tolk (Günay Seven). Andre steder i landet er man i gang med lignende projekter, og via Diabetesforeningen har man forsøgt at koordinere denne specifikke indsats.

Vi mangler fortsat kulturelt tilrettet undervisningsmateriale om både forebyggelse og behandling. Sundhedsforvaltningen i Københavns Amt har netop udgivet et forebyggelseshæfte: Bedre sundhed for borgere med indvandrerbaggrund. Hæftet er målrettet forskellige etniske minoriteter, og handler på dansk, engelsk, tyrkisk, urdu og arabisk om forebyggelse af diabetes og hjerte-karsygdom. Da en del førstegenerationsindvandrere desuden er analfabeter, har vi i allerhøjeste grad brug for undervisningsvideoer produceret i samarbejde med indvandrerne selv, så vi sikrer os den rette kulturelle tilgangsvinkel. Fokus skal være på tilberedning af sund mad og anskueliggørelse af portioners størrelse, nødvendigheden af og anvisning på motion, gevinsten ved rygestop og betydningen af korrekt medicinindtagelse.

4 Samfundsmæssige perspektiver

Den første rapport fra UK om børn med type 2 diabetes udkom år 2000 (9). Artiklen omhandler 8 piger i alderen 9-16 år fra etniske grupper med høj risiko (pakistansk, indisk og arabisk herkomst). De er alle svært overvægtige og vejer 141-209 % af normalvægten, og har desuden en positiv familie-anamnese for type 2 diabetes. I Danmark er man også begyndt at diagnosticere børn med type 2 diabetes. Det er derfor vigtigt, at pædiatere er specielt opmærksomme på denne diagnose hos overvægtige børn fra etniske populationer med kendt høj risiko.

Ud fra en socio-økonomisk betragtning er det nødvendigt med strategier for forebyggelse og behandling af hyppigt forekommende sygdomme. En væsentlig opgave må derfor være at satse på primær profylakse og bibringe de etniske befolkningsgrupper viden om, at livsstilssygdomme kan forebygges. Dette skal gøres i tæt samarbejde med de berørte etniske grupper, hvor kardinalpersoner skal uddannes. Det er vigtigt at lære børn og forældre gode og sunde mad- og motionsvaner for derved at hindre overvægt. Denne opgave skal først og fremmest løses i primær sektoren, i forhold til børn i et konstruktivt samarbejde med skoler og den kommunale sundhedstjeneste.

Med hensyn til sekundær profylakse må denne foregå i et tæt samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren, evt. forankret i livsstilscentre. I dag er tilbuddet til første-generationsindvandrere ikke optimalt, da vi både mangler kulturelt tilrettet undervisningsmateriale og undervisningstilbud.

I erkendelse af problemets omfang har Sundhedsstyrelsen netop nedsat en arbejdsgruppe vedr. udarbejdelse af en strategi for indsats vedr. diabetes blandt etniske minoriteter.

5 Reference List

1. Ehtisham S, Barrett TG, Shaw NJ. Type 2 diabetes mellitus in UK children--an emerging problem. *Diabet.Med.* 2000;17:867-871.
2. Erem C, Yildiz R, Kavgaci H, Karahan C, Deger O, Can G, Telatar M. Prevalence of diabetes, obesity and hypertension in a Turkish population (Trabzon city). *Diabetes Res.Clin.Pract.* 2001;54:203-208.
3. King H. Epidemiology of diabetes in the Middle East. Abstract fra: Management of Diabetes Mellitus during the Holy Month of Ramadan 1997.
4. 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.
5. O'Dea K. Westernisation, insulin resistance and diabetes in Australian aborigines. *Med.J Aust.* 1991;155:258-264.
6. Porsch-Oezcueruemez M, Bilgin Y, Wollny M, Gediz A, Arat A, Karatay E, Akinci A, Sinterhauf K, Koch H, Siegfried I, von Georgi R, Brenner G, Kloer HU. Prevalence of risk factors of coronary heart disease in Turks living in Germany: The Giessen Study. *Atherosclerosis* 1999;144:185-198.
7. Poulsen P, Kyvik KO, Vaag A, Beck-Nielsen H. Heritability of type II (non-insulin-dependent) diabetes mellitus and abnormal glucose tolerance--a population-based twin study. *Diabetologia* 1999;42:139-145.
8. Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Type 2-diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling. *Medicinsk teknologivurdering* 2003; 5(1):
9. Type 2 diabetes og det metaboliske syndrom - diagnostik og behandling. Klaringsrapport nr.6, 2000.