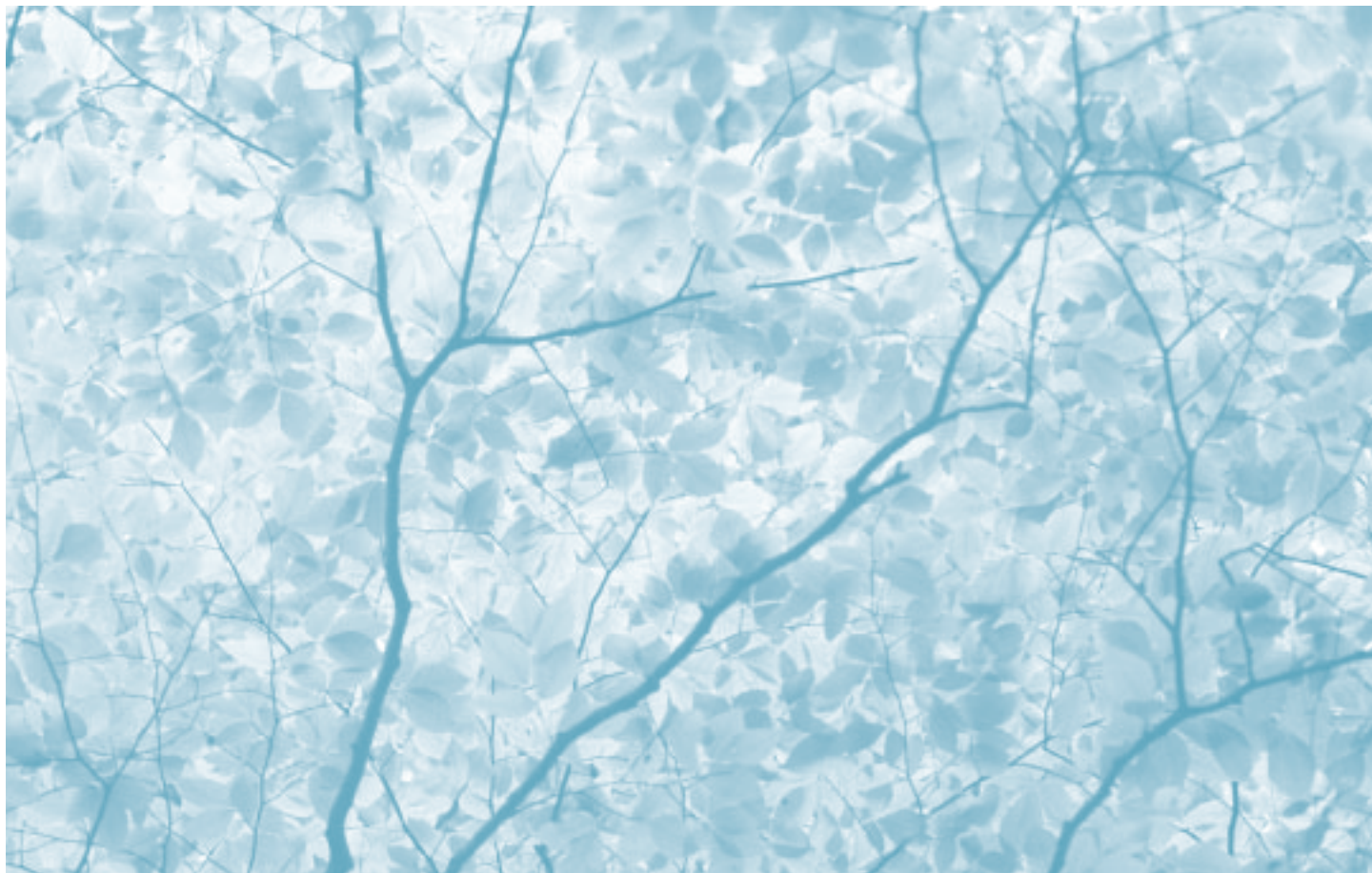




SOCIAL UDSATHED OG VIDEN HOS ETNISKE MINORITETER

– rådgivning fra Sundhedsstyrelsen

2006

**Social udsathed og viden hos etniske minoriteter
– rådgivning fra Sundhedsstyrelsen**

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
sst@sst.dk
www.sst.dk

Udarbejdet af på baggrund af rapporterne:

"Når der ikke er et tredje valg - social sårbarhed og valget af abort" og

"Viden og forandring - flygtninge og indvandreres viden, holdninger og
erfaringer om prævention og reproduktiv sundhed samt brug af sundhedstilbud",
begge udgivet af Sundhedsstyrelsen i 2005.

Elektronisk ISBN: 87-7676-323-4

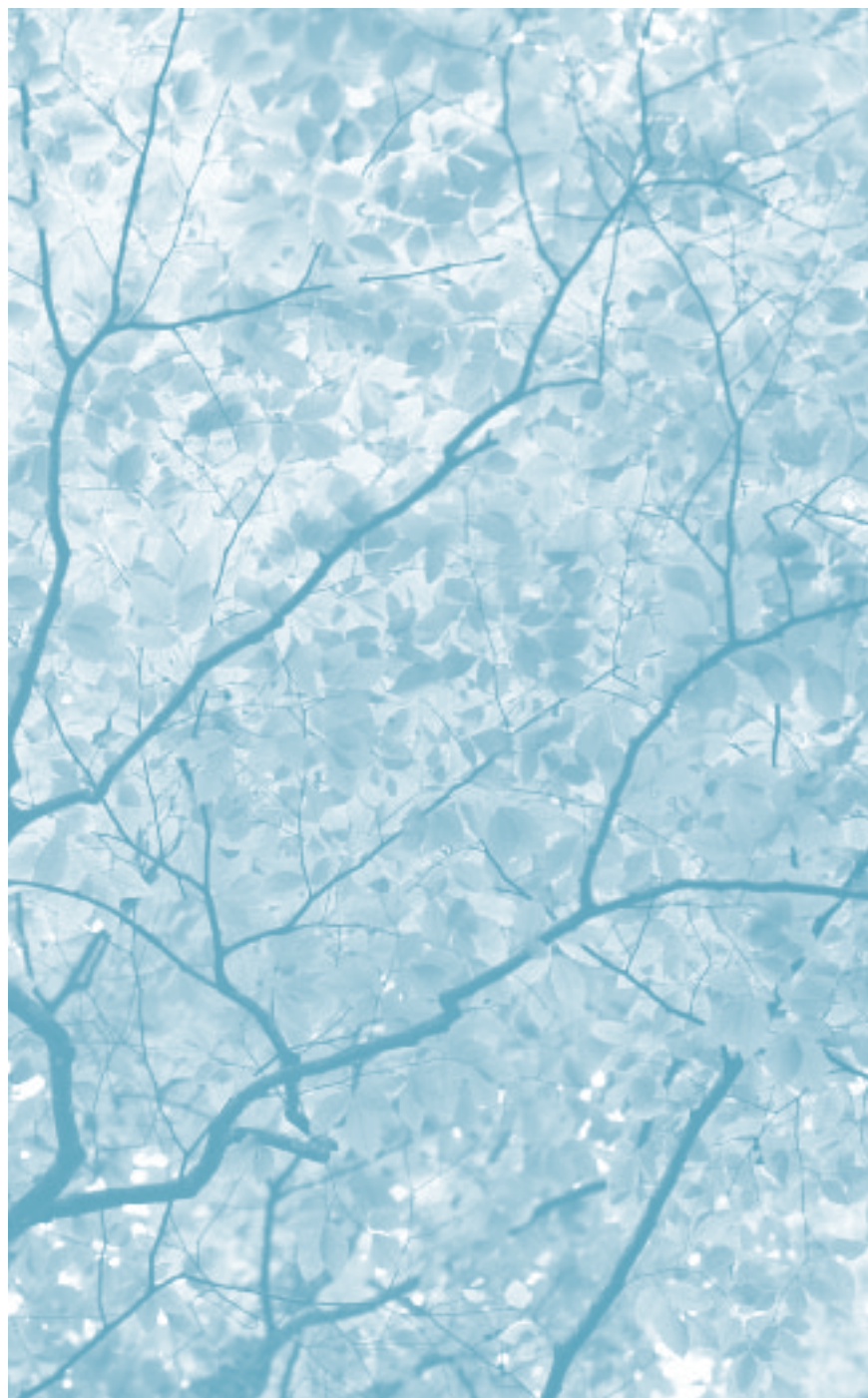
Grafisk tilrettelæggelse og tryk: Schultz Grafisk A/S

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, juni 2006



Indhold

Uønskede graviditeter blandt indvandrere og efterkommere	3
Hvad kan kommunen gøre?	4
Integrationsindsats	4
Sundhedsprofessionelle	4
Social – og sundhedsydelser	4
Information og undervisning	5
Sundhedsstyrelsens rolle	6
Forekomsten af provokerede aborter blandt indvandrere og efterkommere	6
Efterkommere	7
Social udsathed og abort	8
Mænds rolle ved præventionsbrug	10
Viden om krop og prævention	11
Vejledning om prævention	13
Religion og præventionsoplysning	14
Materialer om sundhedssystemet og prævention, målrettet etniske minoriteter	15



Uønskede graviditeter blandt indvandrere og efterkommere

– hvad kan kommunerne gøre og hvad er omfanget

Sundhedsstyrelsen har igennem en årrække haft fokus på nedbringelse af antallet af uønskede graviditeter. Herunder har der været fokus på en styrkelse af forebyggelsesindsatser målrettet etniske minoriteter. Dette er dels sket gennem abortbehandlingsplanen og via støtte fra Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration.

Der er udarbejdet baggrunds og forskningsrapporter for at kvalificere den forebyggende indsats. Denne pjece og anbefalingerne bygger primært på rapporten ”Når der ikke er noget tredje valg -social sårbarhed og valget af abort”, udarbejdet for Sundhedsstyrelsen i 2005, samt rapporten ”Viden og forandring – flygtninge og indvandreres viden, holdninger og erfaringer om prævention og reproduktiv sundhed samt brug af sundhedstilbud”, udarbejdet for Sundhedsstyrelsen i 2005.

Med den nye sundhedslov skal kommunerne fra 2007 skabe rammer for en sund levevis og etablere forebyggelsestilbud til borgerne, herunder forebyggelse af uønsket graviditet og seksuelt overførbare sygdomme. Kommunerne danner allerede rammen for borgerenes daglige liv og en forebyggende indsats kan være med til at gøre en forskel. Som et led i opprioriteringen af sundhedsfremme og forebyggelsesindsatserne i kommunerne har Sundhedsstyrelsen udsendt et rådgivningsmateriale *Borgerrettet forebyggelse i kommunen –rådgivning fra Sundhedsstyrelsen*, der peger på hvordan kommunerne kan tage fat på at skabe sundhedsfremmende rammer og tilbud. Denne pjece er et led i denne rådgivning. Sundhedsstyrelsen peger her på nogle problematikker og årsager til at kvinder og især kvinder med anden etnisk baggrund får aborter. Samtidig gives nogle anbefalinger til hvilke rammer og tilbud kommunerne kan iværksætte for at forebygge uønskede graviditeter blandt kvinder med anden etnisk baggrund end dansk.



Hvad kan kommunen gøre?

Der er overordnet set behov for, at sikre at indvandrerkvinder og efterkommere får information om hvordan kroppen fungerer, hvilke præventionsmuligheder der er, og hvor de kan få yderligere rådgivning og vejledning.

Derudover er det også væsentligt at være opmærksom på, at etniciteten ikke nødvendigvis er den afgørende faktor. Andre faktorer så som fx generationsforskelle, kønsforskelle, uddannelse, sociale forskelle kan være mere afgørende. Der kan derfor være behov for at lave nogle indsatser som er målrettet de enkelte nationaliteter, mens andre indsatser går på tværs af nationaliteter og fokuserer på arbejdsløse/unge/kvinder eller andre målgrupper.

I alle tilfælde er det væsentligt at gøre sig grundige overvejelser om hvem målgruppen er, og hvilket fælles problem de har.

Kommuner har fremover ansvaret for dels at sikre rammerne for forebyggelse af uønsket graviditet og seksuelt overførbare sygdomme og dels at bidrage til at reducere social sårbarhed. Kommunerne kan i den forbindelse gennemføre nogle af følgende indsatser:

Integrationsindsats

- Sikre at en målrettet dialog om prævention og reproduktiv sundhed etableres i integrationsprocessen i forbindelse med evt. familiesammenføring.
- Sikre at nye indvandrere og flygtninge informeres om kommunen, sundhedssystemets opbygning og lokale tilbud, herunder information om sundhed, prævention og forebyggelse.

Sundhedsprofessionelle

- Arbejde for at sundhedsprofessionelle, fx sundhedsplejersker, har fokus på rådgivning og vejledning om prævention og seksualitet, og sikre at sundhedsprofessionelle er opmærksomme på styrken af kvindens sociale ressourcer og netværk.
- Sikre at sundhedsplejersker informerer indvandrerkvinder, og mænd, grundigt om præventionsmuligheder og muligheder for vejledning og rådgivning.
- Kvalificere sundhedsplejersker og andre sundhedsprofessionelle til bedre at kunne varetage formidlerfunktion i forhold til etniske minoriteter.

Social – og sundhedsydelser

- Etablering af social- og sundhedscentre i nærområder. Flere kommuner har arbejdet med dette, herunder Århus og København.
- Iværksætte indsatser for styrkelse af svage kvinders sociale netværk.

- Etablering af rådgivnings og vejledningstilbud på målrettet etniske minoriteter. Dette tilbud findes i enkelte kommuner, og har bl.a. været brugt i Esbjerg kommune.

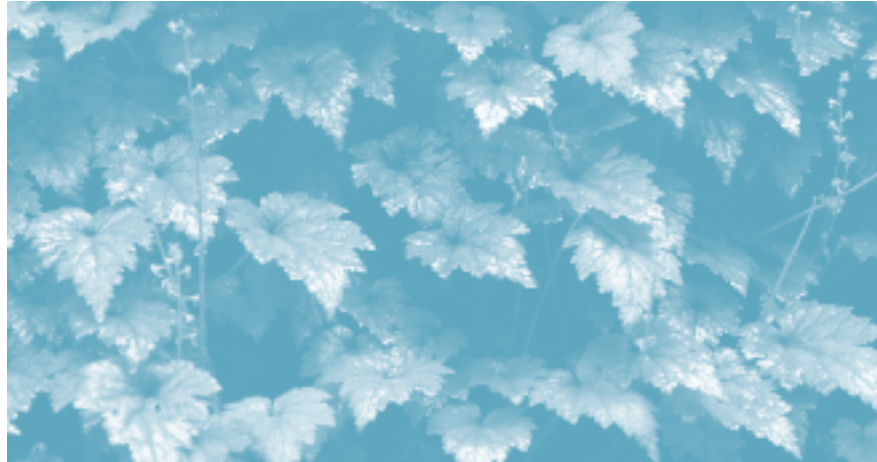
Information og undervisning

- Støtte indvandrerforeninger og -klubber til at afholde informationsarrangementer om reproduktiv sundhed, eventuelt sammen med sundhedsplejen.
- Etablere seksualundervisningstilbud til etniske minoriteter, således at disse grupper sikres reel information om præventionsmuligheder
- Etablering af peer-education initiativer, som kan oplyse om sundhed – herunder reproduktiv sundhed – i etniske minoritetsmiljøer. Et eksempel herpå er Københavns kommunes uddannelse af etniske sundhedsformidlere.
- Tilbyde at sundhedsprofessionelle kan oplyse om seksuel og reproduktiv sundhed i nær-miljøer. Et eksempel herpå er Århus kommune som har gennemført en ”tupper-ware” inspireret oplysningsindsats.
- Sikre eksistensen af informationsmaterialer på relevante sprog hos sundhedsplejersker, sundhedscentre mv.

Der er i de foreslåede indsatser lagt vægt på en balance mellem den faglige og faktuelle oplysning, samt den oplysning der er forankret i den enkelte kvindes sociale kontekst.

Det er oplagt, at den enkelte kommune ud fra antal og sammensætning af indvandrere, kan tilrettelægge forskellige indsatser. Det kan ofte være formålstjenligt at målrette indsatser til de enkelte nationaliteter, sprogområder eller kulturelle fællesskaber som findes i den enkelte kommune. Hertil vil en opgørelse over sammensætningen af indvandrere og efterkommere kunne bruges. I tillæg hertil har såvel Sundhedsstyrelsen som Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration udarbejdet analyser og undersøgelser som kan bruges til at udvikle metoder.





Sundhedsstyrelsens rolle

En af forudsætningerne for at kunne udvikle indsatserne er, at der er et system til at overvåge smittemønstre og abort kvotienter, samt indsamle og formidle dokumentation for indsatser og udarbejde strategier og handleplaner. Sundhedsstyrelsen vil indsamle og formidle data om udviklingen i antallet af provokerede aborter, samt smittemønstrene for hiv og andre seksuelt overførbare infektioner blandt etniske minoriteter. Sundhedsstyrelsen kan bistå kommunerne med disse data. Derudover indsamler styrelsen dokumentation fx i form af disse rapporter samt andre undersøgelser af etniske minoriteter, herunder unges, viden om og brug af prævention, seksuel adfærd mv.

Endvidere produceres der informationsmateriale både til borgere på flere sprog samt materiale og kurser til kvalificering af sundhedsprofessionelle.

Forekomsten af provokerede aborter blandt indvandrere og efterkommere

I 1973 blev provokeret abort legaliseret, således at der ikke skulle nogen særlig begrundelse til at få foretaget en provokeret abort. I 1975 var antallet af provokerede aborter på sit højeste med 27.884 provokerede aborter og abortkvotienten var 23,7, dvs. antallet af aborter pr. 1000 kvinder i den fertile alder. Herefter har abortkvotienten generelt været faldende, og i 2004 blev der foretaget 14.674 provokerede aborter og den generelle abortkvotient var 12,1. Der er imidlertid nogle grupper som har en markant forhøjet abortkvotient, og hvor der er behov for at yde en særlig indsats. Det drejer sig primært om kvinder med indvandrerbaggrund samt efterkommere, og særligt fra landene Iran, Tyrkiet, eks-Jugoslavien, Pakistan jf. tabel 1.¹ med aborttal fra perioden 1998-2001.

¹ Der er endnu ikke statistikker på abortkvotienterne for indvandrere fra Irak og Afghanistan som er nogle af de indvandrerpopulationer som har haft vækst i de senere år.

**Tabel 1: Andel af kvinder der har fået abort i perioden 1998–2001
(per 1000 kvinder)**

	16 – 19 år	20 – 24 år	25 – 29 år	30 – 35 år
Indvandrere (efter land)				
Jugoslavien, eks	10,6	32,8	38,3	37,5
Iran	38,1	33,0	33,9	34,5
Pakistan	12,7	17,3	32,8	34,1
Vietnam	28,9	21,2	21,1	24,1
Tyrkiet	11,0	18,5	29,8	26,2
Libanon	10,4	19,0	20,2	18,1
Somalia	12,1	12,6	11,3	12,2
Alle ikke vestlige	14,1	18,9	22,4	22,8
Efterkommere				
Ikke vestlige efterkommere	17,4	31,3	34,1	26,5
Danskere	17,0	19,5	18,8	18,0

Når abortkvotienterne for grupper af indvandrerkvinder er forhøjet, kan det bl.a. hænge sammen med nogle af disse kvinders sociale udsathed. Cirka en tredjedel af indvandrerkvinder som har fået foretaget provokeret abort angiver en ustabil social situation som begrundelse for indgrebet. Blandt danske kvinder er det cirka en femtedel der angiver denne begrundelse.

Efterkommere

Abortkvotienter for efterkommere fra ikke-vestlige lande er markant højere i forhold til abortkvotienten for danske kvinder i alle aldersgrupper, dog på nær 16 – 19 årige. Men der må tages i betragtning dels at gruppen er sammensat af mange nationaliteter og dels at gruppen ikke er så stor. Dette kan give store udslag i abortkvotienten. Mulige årsager til den høje abortrate i denne gruppe kan være, at de unge ikke har modtaget tilbud om målrettet seksualundervisning, at de står mellem 2 kulturer og normsæt, hvor holdninger til seksualitet inden ægteskab er vidt forskellige. Det er i fremtiden vigtigt at være opmærksom på denne gruppe og sikre, at der eksisterer tilbud om rådgivning og information til gruppen.

Ved efterkommere forstås personer som er født i Danmark af forældre, hvoraf ingen er dansk statsborger eller født i Danmark.

Indvandrerkvinder fra eks-Jugoslavien, Tyrkiet, Pakistan og Iran har en markant højere abortkvotient end danske kvinder.

Efterkommere har også en markant højere abortkvotient end danske kvinder.

Social udsathed og abort

Selvom etnicitet ofte fremhæves som en væsentlig faktor i forbindelse med indvandreres sundhed og sygelighed, viser det sig, at socioøkonomiske forhold ofte spiller en væsentlig rolle i forbindelse med bl.a. forekomsten af provokerede aborter. Socioøkonomiske faktorer er fx uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, økonomiske muligheder, familiemæssig situation og sociale netværk.

Hvad angår arbejdsløshed, så er Danmark det land i Europa, hvor der er den højeste arbejdsløshed blandt indvandrere og flygtninge, og ledigheden blandt indvandrere er tre gange så høj som blandt danskere. Blandt indvandrerkvinder er arbejdsløsheden endog markant højere, blandt somaliske indvandrerkvinder er det således cirka 40% der er arbejdsløse, mod cirka 20% af de tyrkiske indvandrerkvinder og cirka 6% af de danske kvinder. Arbejdsløse indvandrerkvinder har en markant øget tilbøjelighed til at søge provokeret abort frem for indvandrerkvinder, der er i arbejde².

Indvandrerkvinder fra lande som fx Tyrkiet og Pakistan har oftere ingen kompetencegivende uddannelse end danske kvinder, og mange har ingen afsluttet uddannelse eller blot en afsluttet grundskoleuddannelse. I Danmark har den uddannelsesmæssige baggrund vist sig at have en væsentlig betydning for arbejdsmarkedstilknytning.

Ligeledes kan det af en af undersøgelserne³ ses, at kvinder som vurderer deres parforhold som værende dårligt har en øget tilbøjelighed til at vælge provokeret abort, frem for de som vurderer deres parforhold som værende godt. Det er i sig selv ikke overraskende, men indvandrerkvinder som vurderer at deres parforhold er dårligt, er meget mere tilbøjelige til at vælge provokeret abort end danske kvinder i samme situation.

Mens der i spørgeskemaundersøgelser har været vist en klar sammenhæng mellem kvinders økonomiske sårbarhed og valget af provokeret abort, er det ikke et emne indvandrerkvinderne selv tillægger stor betydning, når de skal sætte ord på de forhold og faktorer som har haft indflydelse på deres valg af provokeret abort. I stedet peger indvandrerkvinderne på, at de føler sig socialt og mellemmenneskeligt udsatte og alene og derfor ikke magter yderligere børn⁴.

De sociale netværk tillægges stor betydning af kvinderne selv, og de har stor betydning for den enkeltes oplevelse af social udsathed. Der er stor forskel på de sociale ressourcer

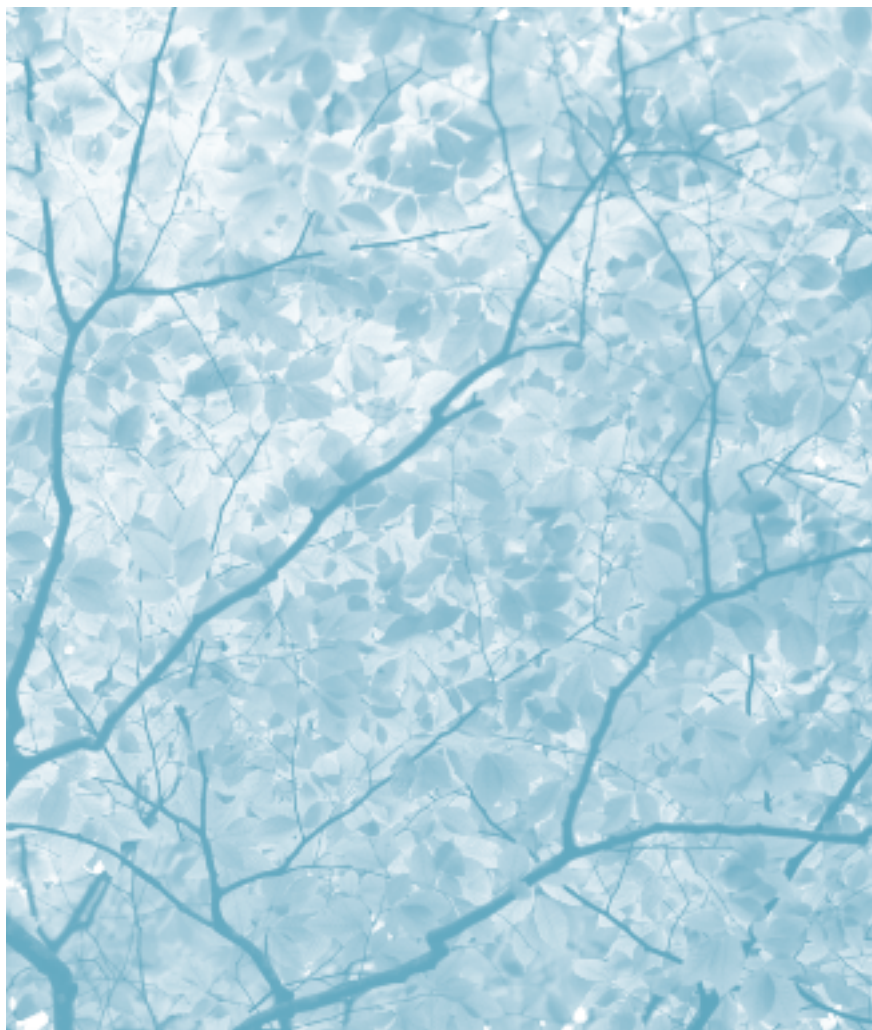
2 Rasch et al "Når der ikke er noget tredje valg" Sundhedsstyrelsen 2005.

3 Ibid

4 Det kan desuden konstateres, at væsentlig flere indvandrerkvinder med en ikke-vestlig baggrund angiver en ustabil social situation som begrundelse for valget af abort end det er tilfældet for danske kvinder, mens indvandrerkvinder sjældnere begrundes aborten med manglen på en fast partner end danske kvinder.

indvandrerkvinder kan trække på, alt efter om de er uddannede/uuddannede eller er i arbejde/arbejdsløse. Kvinder som er kommet til Danmark for at blive gift og ikke mestrer det danske sprog er særligt udsatte. Blandt fx tyrkiske eller pakistanske indvandrerkvinder består det sociale netværk oftest af andre fra samme lande. Disse kvinder har derfor ikke særlig tæt kontakt til det danske samfund og sundhedssystem. Derved er der risiko for at kvinderne ikke får den information, de har behov for eller at de får fejlagtige oplysninger. Det kan også medføre, at kvinderne har begrænset mulighed for at opnå viden og til at gøre brug af de eksisterende sundhedstilbud. Det sætter især unge ugifte kvinder i et dilemma, da de ikke kan bruge det sociale netværk til at tale om prævention, abort eller uønsket graviditet.

Kvinder der er efterkommere har et bredere netværk en indvandrerkvinder, fordi de er mere aktive i det danske uddannelsessystem og ofte behersker dansk.



Mænds rolle ved præventionsbrug

Flere af de interviewede kvinder giver i undersøgelserne udtryk for, at manden ofte har et større socialt netværk, som han benytter sig af, mens kvinden ofte er hjemme, hvor hendes sociale kontakt kun består af svigermøder og andre familiemedlemmer. Flere af de udsatte kvinder giver udtryk for, at manden ikke indgår som en nær del af deres aktive sociale netværk.

Indvandrerkvinder formoder oftere end danske kvinder, at deres mænd er imod brug af prævention. Mænds holdning – eller formodede holdning – har vist sig at have en afgørende indflydelse på om et par bruger prævention. Det vil derfor være vigtigt for kvinderne at tale med deres mænd om prævention. Imidlertid giver indvandrerkvinder udtryk for, at det er vanskeligt at tale med deres ægtemænd om seksualitet og reproduktive forhold.



Viden om krop og prævention

Sundhedsstyrelsens undersøgelser peger på, at indvandrerkvinder fra Iran, Tyrkiet, eks-Jugoslavien og Pakistan, ikke har et ønske om at få mange børn – de fleste giver udtryk for at ønske 2 – 3 børn. At kunne planlægge hvornår man vil have børn, og hvornår man ikke ønsker børn, forudsætter, at man har viden om kroppens funktioner og viden om de forskellige præventionsmetoder der findes, og hvordan de bruges.

Men en del indvandrerkvinder har ikke de forudsætninger, bl.a. fordi de aldrig har modtaget seksualundervisning og ofte har ringe viden om hvordan deres egen krop fungerer. Op mod 40% af indvandrerkvinderne angiver at mangle information om prævention. Mest udbredte præventionsmidler og -metoder er sikre perioder, afbrudt samleje, p-piller, spiral og kondom. Kendskabet til nyere præventionsmidler som p-ring, p-stav, p-plaster m.v. er begrænset, ligesom kendskabet til nød-prævention også er begrænset.

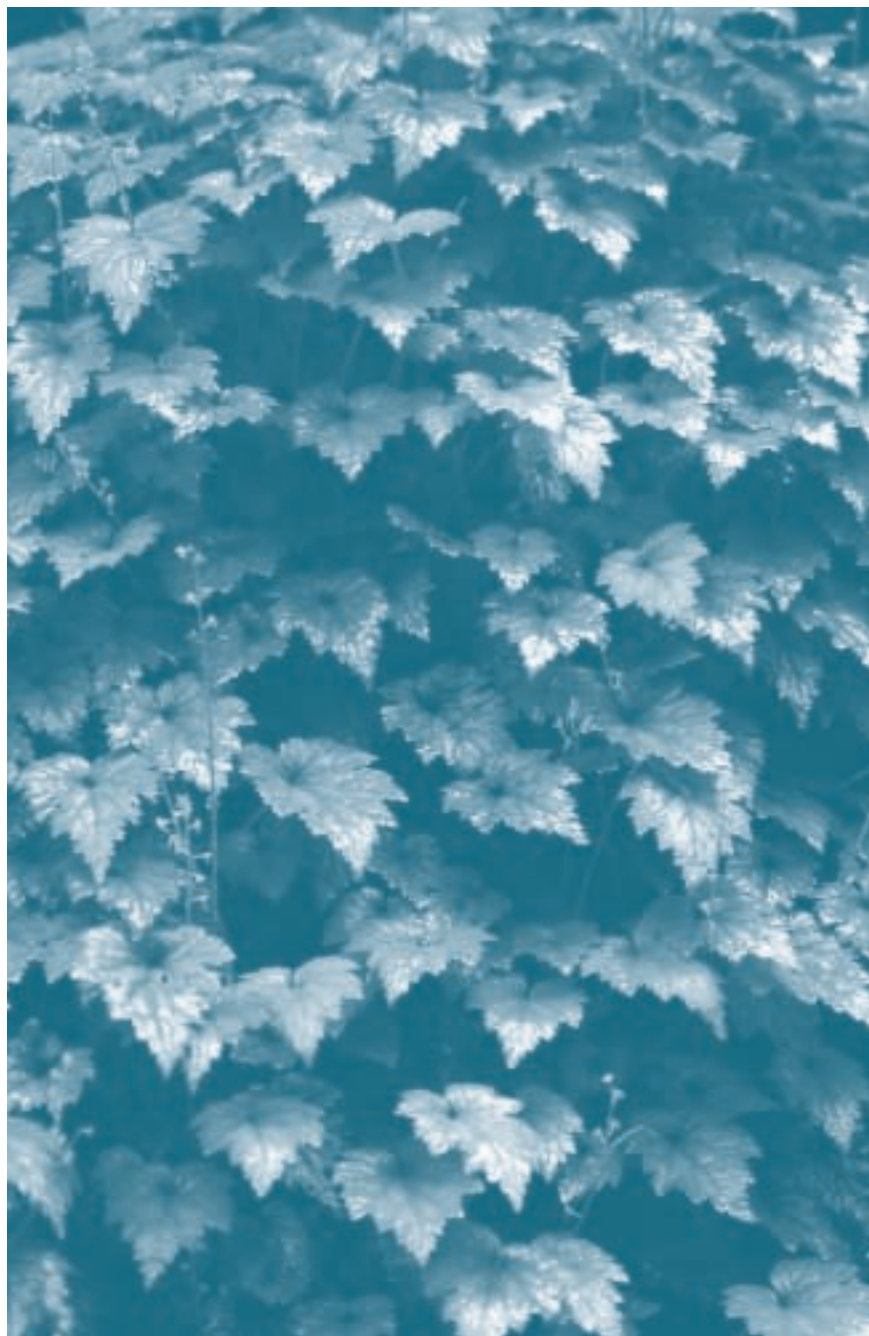
Den viden indvandrerkvinder får fra deres netværk om erfaringer med prævention lader til at have stor værdi for dem i forhold til deres valg af fremtidigt præventionsmiddel. Dette er der intet overraskende i, eftersom de fleste personer afpasser deres adfærd til den kontekst og de normer og værdier der er herskende heri. Desværre er den viden der formidles via sociale netværk nogle gange utilstrækkelig eller fejlagtig. Der er derfor blandt nogle indvandrere udbredte myter om konsekvenser ved brug af prævention, såsom at man kan blive infertil af at bruge p-piller, ligesom der er myter om hvordan man kan beskytte sig mod graviditet, eksempelvis gennem vask med vand, sæbe eller citron. Myter som kan bidrage til en øget forekomst af uønsket graviditet.

»Vi har aldrig brugt prævention. Men jeg har fået at vide, at hvis man rejser sig op, lige efter man har været sammen, og går ud og vasker sig, så bliver man ikke gravid. Så det har vi brugt som prævention. Jeg er blevet gravid fire gange, hvor det ikke var planlagt. Hver gang troede jeg, jeg blev gravid, fordi jeg var doven og blev liggende i stedet for at gå ud og vaske mig.«

- Kvinde 24 år med tyrkisk baggrund (Rasch et al side 150)

Der er dog markant forskel på vidensniveauet mellem indvandrere fra de forskellige lande. Således er fx kvinder fra det tidligere Jugoslavien ganske godt informerede om kroppens funktioner og har nogen viden om præventionsmidler, mens eksempelvis kvinder fra Pakistan oftere mangler information.

I denne sammenhæng er det ganske væsentligt, at de professionelle der har kontakt til indvandrerkvinderne giver korrekt og tilpasset information, og at de selv er opmærksomme på at bringe emnet på banen. Den viden indvandrerkvinder får fra sundhedsprofessionelle tillægges ofte stor værdi, da fx læger og sundhedsplejersker generelt tilskrives høj troværdighed.



Vejledning om prævention

Undersøgelserne foretaget for Sundhedsstyrelsen peger på, at den sundhedsprofessionelle er central i forbindelse med rådgivning og vejledning om præventionsmidler. Men ofte kan det være svært for indvandrerkvinder at finde anledning til selv at rejse emnet i et møde eller en konsultations-situation. Sex og seksualitet er generelt sjældent særligt tabuiserede emner, men det er dog ofte emner som ses tæt forbundet med ægteskab, hvorfor det kan være vanskeligt for især yngre og ugifte at rejse spørgsmål om prævention.

” Lægen sagde: ’Vi skal snakke om prævention’. Så sagde jeg, at de havde snakket med mig om p-piller ude på sygehuset og givet mig en recept. Så sagde han bare: ’Det er i orden’. Han fortsatte ikke og forklarede andet.

(interviewer: Ville du godt have haft mere information om prævention?)

Hvad er det, er der nogen anden slags prævention?”

(Rasch et al s.111)

Samtidig har en del indvandrerkvinder ikke særlig meget viden om fysiognomi eller præventionsmidler, da en del ikke har modtaget seksualundervisning. Når kvinderne henvender sig til sundhedsprofessionelle er det vigtigt, at de ikke ”blot” modtager den samme information og vejledning om prævention og anti-konception som danske kvinder, da de kan mangle forudsætningerne for at forstå denne information. Vejledning af indvandrerkvinder kan således tage længere tid, og det kan være vanskeligt for fx den praktiserende læge at bibringe patienten den nødvendige viden i løbet af en konsultation, hvorfor denne grundlæggende vidensformidling med fordel kan placeres i andre fora som fx sundhedsplejersker, sprogskoler, sundhedshuse som i Gellerup, sundhedscentre mv.

De mest anvendte moderne præventionsmetoder er p-piller, spiral og kondom. Imidlertid er der en del socialt udsatte kvinder som finder det problematisk at bruge p-piller, eller som er bange for at bruge p-piller. Der er tilsyneladende et fokus på de traditionelle præventionsmetoder, blandt sundhedsprofessionelle. Undersøgelserne⁵ peger på, at praktiserende læger ofte anbefaler kvinderne p-piller, også selvom de efterspørger andre præventionsmidler, eller fordi kvinderne ikke har forventning om at, der er andre præventionsmetoder. Der er derfor behov for at der sikres en bredere præventionsoplysning og -vejledning til indvandrerkvinder.

5 Rasch et al, 2005 og Samuelsen et al (2005)

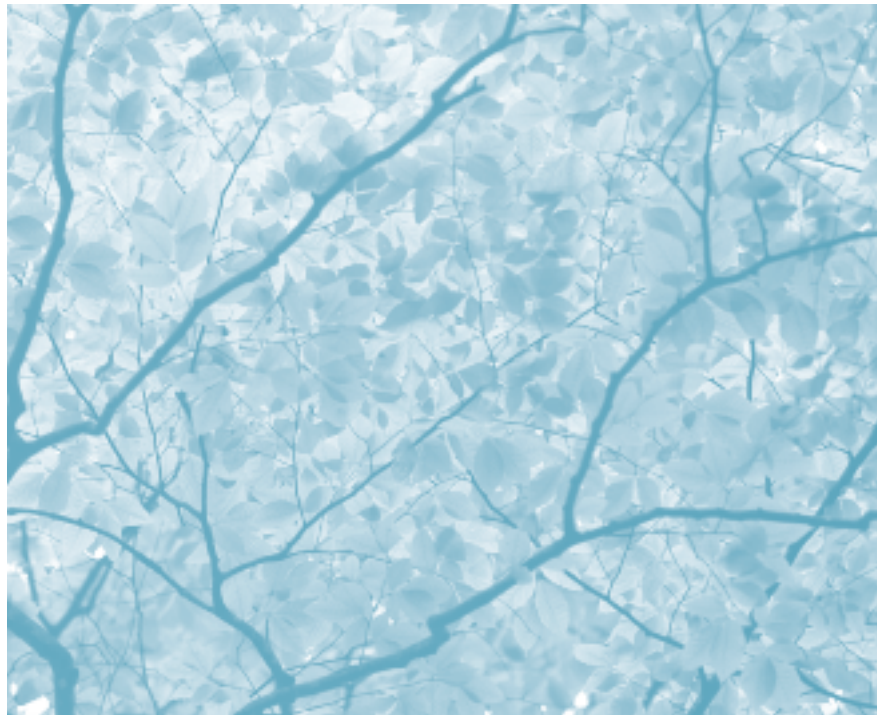
Religion og præventionsoplysning

Religion inddrages ofte som et tema i forbindelse med oplysning og prævention og seksualitet, men religion spiller tilsyneladende ikke nogen særlig rolle i forhold til præventionsbrug. Kvinderne bruger ikke religiøse argumenter i forhold til deres valg af præventionsmiddel. Derimod argumenteres mere ud fra viden samt egen og veninders erfaringer med bestemte præventionsmidler.

Der hvor religion synes at spille en rolle, er i forhold til opfattelsen af seksualitet og sex før/uden for ægteskab. Det medfører, at der er behov for en hvis sensitivitet i formidlingen af budskaber om seksualoplysning til unge kvinder, da de ikke nødvendigvis formodes at have behov eller interesse for denne viden. Imidlertid kan det være meget nyttig viden for dem, når de fx bliver gift, således at de ikke på dette tidspunkt står uforberedte.

”Jeg var meget genert og vidste heller ikke hvad jeg skulle gøre, når jeg skulle sove med min mand. Jeg vidste ingenting dengang jeg blev gift. Heller ikke hvordan man blev gravid. Men efter 3 måneder var jeg gravid.”

– En 32-årig indvandrerkvinde (Samuelsen et al s. 29)



Materialer om sundhedssystemet og prævention, målrettet etniske minoriteter

Kvinder og sundhed – pjece om prævention, kroppens funktioner og abort. Sundhedsstyrelsen 2005, findes på dansk, tyrkisk, arabisk, urdu, farsi, bosnisk/serbisk/kroatisk.

Kærlig omtanke – DVD Sundhedsstyrelsen (dansk, farsi, urdu, bosnisk/serbisk/kroatisk, tyrkisk)

Vejledningsark om prævention til Sundhedsplejersker – Sundhedsstyrelsen

Huskekort til brug af sundhedsplejerske ved 1. besøg efter fødsel – Sundhedsstyrelsen

Det danske Sundhedssystem – Pjece Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse (dobbeltsproget på dansk og et af sprogene)

Familieplanlægning – Pjece Komiteen for Sundhedsoplysning

Når der ikke er noget tredje valg – social sårbarhed og valget af abort, Sundhedsstyrelsen 2005

Viden og forandring – Flygtninge og indvandreres viden, holdninger og erfaringer med prævention og reproduktiv sundhed samt brug af sundhedstilbud, Sundhedsstyrelsen 2005

Rammeplan II - Prioritering og strategi for forebyggelse af hiv, andre seksuelt overførbare infektioner og uønskede graviditeter i Danmark 2006-9, Sundhedsstyrelsen 2006.

Materiale kan bestilles gennem Schultz Forlag: forlag@schultz.dk, telefon: 43 63 23 00





Formålet med denne publikation er at rådgive kommunerne om, hvordan de løser de sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaver, der retter sig til borgerne. Publikationen henvender sig til ledere og medarbejdere, der arbejder med reproduktiv sundhed i kommunen.

Publikationen peger på nogle problematikker og årsager til at kvinder med anden etnisk baggrund får aborter. Samtidig gives nogle anbefalinger til hvilke rammer og tilbud kommunerne kan iværksætte for at forebygge uønskede graviditeter blandt kvinder med anden etnisk baggrund end dansk.

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 72 22 74 00
Fax 72 22 74 11
www.sst.dk