



Sundhedsforhold hos nyankomne indvandrere – En rapport fra Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed



Sundhedsforhold hos nyankomne indvandrere

Udarbejdet af:

Hanne Winther Frederiksen, Adjunkt, Cand.Scient.San., Sygeplejerske, UCC
Sygeplejerskeuddannelsen Nordsjælland.

&

Marie Nørredam, Lektor, Ph.D., Læge, Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed
(MESU), Københavns Universitet.

Udgiver:

Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed (MESU), Københavns Universitet, 2013
Udarbejdet med støtte fra Social- og Integrationsministeriet.

For gennemlæsning og faglig sparring. Tak til:

Nanna Ahlmark, Ph.d.-studerende, Religionssociolog, Statens Institut for Folkesundhed og
Zaza Kamper-Jørgensen, Ph.D., Læge, MESU.

Indholdsfortegnelse

1. Resumé.....	3
2. anbefalinger	4
3. Baggrund og formål	4
3.1. Afgrænsning.....	6
3.2. Metode	8
4. Hvordan er indsatsen omkring modtagelsen af nyankomne indvandrere tilrettelagt på sundhedsområdet?.....	9
4.1. Historie	9
4.2. Kvoteflygtninge.....	11
4.3. Andre flygtninge	12
4.4. Familiesammenførte	13
4.5. Børn	14
4.6. Integrationsprogrammet	14
4.7. Almen praksis	16
4.8. Tolkning	17
4.9. Traumerehabilitering.....	17
4.10. Tilrettelæggelse af sundhedsmæssig modtagelse i Sverige og Norge	17
4.10.1. Sverige	18
4.10.2. Norge	18
4.11. Sammenfatning	19
5. Hvordan er sundhedsadfærden blandt nyankomne?	20
5.1. Kost, overvægt og fysisk aktivitet.....	21
5.2. Rygning	21
5.3. Alkohol.....	22
5.4. Holdning til egen indsats	22
5.5. Sammenfatning	22
6. Hvordan er sundhedstilstanden blandt nyankomne?	23
6.1. Dødelighed.....	24
6.2. Sygelighed.....	25
6.2.1. Infektionssygdomme	27
6.2.2. Fejlernæring.....	32

6.2.3.	Kroniske sygdomme	32
6.2.4.	Tandstatus	33
6.2.5.	Reproduktiv sundhed og kvindesundhed	33
6.2.6.	Vaccinationer	34
6.2.7.	Psykiske helbredsproblemer hos nyankomne indvandrere	35
6.2.8.	Børns sundhedstilstand	36
6.3.	Sammenfatning	37
7.	Hvordan er nyankomnes brug af sundhedsydelse?	37
7.1.	Sammenfatning	39
8.	Hvilken betydning har nyankomnes sundhed for den videre integration?	40
8.1.	Sammenfatning	41
9.	Referencer	42

1. Resumé

Gruppen af nyankomne ikke-vestlige indvandrere kan være særligt sårbar, hvad angår sundhedsmæssige forhold. På den baggrund, og på opdrag af Social- og Integrationsministeriet, ønsker vi med denne rapport at samle den eksisterende litteratur og belyse sundhedsforhold for gruppen. Herunder at give en beskrivelse af organiseringen af den sundhedsmæssige indsats for nyankomne indvandrere i Danmark, nyankomnes sundhedsadfærd, sundhedstilstand, brug af sundhedsydelser samt betydningen af sundhed for den videre integration af nyankomne indvandrere i Danmark.

I rapporten finder vi, at organiseringen af den sundhedsmæssige indsats for nyankomne indvandrere i Danmark er sparsomt beskrevet. Desuden er der et fravær af nationale retningslinjer for den sundhedsmæssige indsats for nyankomne indvandrere i kommunerne og i forhold til helbredsundersøgelser og vaccinationer hos praktiserende læge ved ankomst til kommunerne.

Generelle tendenser for sundhedsadfærd hos ikke-vestlige indvandrere, med uspecificeret opholdstid i Danmark, peger i retning af sundere kostvaner, mindre alkoholforbrug og mindre fysisk aktivitet, sammenlignet med personer med dansk oprindelse. Tallene for overvægt og rygning varierer mellem forskellige undersøgelser og afhængigt af oprindelsesland, køn og uddannelsesniveau.

Rapporten belyser endvidere, at sundhedstilstanden for nyankomne indvandrere i Danmark er sparsomt beskrevet, og at den kan forventes at variere meget, blandt andet som følge af forskelle i oprindelseslande, årsager til – og tidspunkt for migration. Den store variation kan søges forklaret ved at antage et livsforløbsperspektiv, hvor genetik og andre sundhedsrelaterede faktorer i oprindelseslandet, under migrationen og efter ankomst til Danmark tages i betragtning. En samlet præsentation af sundhedstilstand for nyankomne indvandrere må derfor begrænses til en angivelse af tendenser, hvor der må tages højde for individuelle faktorer. Således ses generelt, at indvandrere, hvor der ikke tages højde for opholdstid, vurderer deres eget helbred dårligere. Der er fundet en højere forekomst af infektionssygdomme og diabetes og en lavere forekomst af visse kræfttyper mens billedet for hjertekarsygdomme er uensartet hos indvandrere, sammenlignet med personer med dansk oprindelse. For psykiske sygdomme er der generelt fundet en højere forekomst hos indvandrere end hos personer med dansk oprindelse. Dog finder en enkelt undersøgelse, at familiesammenførte, sammenlignet med personer med dansk oprindelse, ikke har øget risiko for at blive indlagt med en psykiatrisk diagnose.

En svaghed ved flere af undersøgelserne om sundhedsvaner og sundhedstilstand er imidlertid, at der ikke justeres for sociale forhold, hvilket sandsynligvis har en vis betydning for de forskelle, som findes mellem indvandrere og personer med dansk oprindelse.

Hvad angår sammenhængen mellem sundhed og den videre integration af nyankomne indvandrere i Danmark, er der fundet en sammenhæng mellem et godt selv vurderet helbred og socioøkonomiske faktorer som sociale relationer, uddannelse, beskæftigelse og indkomst. Den indbyrdes afhængighed er dog ikke helt klar, men vi formoder, at der er tale om en gensidig påvirkning, hvor bedre helbredstilstand kan have positiv indvirkning på diverse socioøkonomiske faktorer, og der kan være positive helbredseffekter af en optimering af socioøkonomiske forhold for nyankomne indvandrere.

2. anbefalinger

På baggrund af de inkluderede undersøgelser vurderer vi følgende:

- På baggrund af fraværet af retningslinjer vurderer vi, at der er risiko for, at sundhedsmæssige tiltag bliver tilfældige, og at sundhedsmæssige behov hos disse særligt sårbare grupper ikke tilgodeses i tilstrækkelig grad. Det kan derfor være formålstjenstligt i højere grad at kortlægge og prioritere indsatsområder og på baggrund af dette udarbejde fagligt funderede retningslinjer, således, at den sundhedsmæssige modtagelse af kvoteflygtninge, andre flygtninge og familiesammenførte bliver mere systematiseret. Klare retningslinjer vil, ud over at komme den enkelte indvandrer til gode, også være en støtte for personalet der modtager nyankomne indvandrere og vil medvirke til en mere stringent praksis, som bygger på fagligt funderede til- og fravalg.
- En gennemgang af de nuværende praksisser for helbredsundersøgelse, screening og evt. præventiv behandling samt vaccination anbefales. Da mange komplekse faktorer, som f.eks. sygdomsmønstre i oprindelsesland, køn, genetik, socio-økonomiske vilkår og vilkår før, under og efter migration, har indflydelse på hvilke helbredsundersøgelser de enkelte indvandrergrupper skal tilbydes, anbefales det, at en gennemgang af eksisterende retningslinjer foretages af specialister med viden indenfor relevante immigrantrelaterede områder. Vi skønner endvidere, at de udarbejdede retningslinjer løbende bør opdateres, da globale forhold med betydning for sundhed samt redskaber til diagnostik og behandling er under konstant forandring og udvikling.
- På baggrund af norske og svenske erfaringer vurderer vi, at lovpligtighed i forbindelse med helbredsundersøgelser ikke nødvendigvis medfører højere deltagelseandel. Dette opnås snarere via systematisk kommunikation og tydelig ansvarsfordeling mellem lovgivende, rådgivende og udførende offentlige myndigheder og private organisationer.
- Det anbefales, at indsatser tilrettelægges så fleksibelt, at store variationer mellem de forskellige grupper kan rummes. Store forskelle i sundhedsvaner og -tilstande blandt indvandrere fordrer stor fleksibilitet og kultursensitivitet hos det modtagende personale. Det skønnes, at efteruddannelse af relevante modtagende faggrupper, i indvandrerrelaterede problemstillinger, kan facilitere fleksibilitet og kultursensitivitet, til gavn for både personale og indvandrere.
- For samtlige af de belyste områder i denne rapport gælder, at datamaterialet har været småt fordi der findes meget få danske studier, som belyser sundhedsforhold for nyankomne, og fordi den nuværende praksis er sparsomt beskrevet. En grundigere registrering af den nuværende praksis ville, sammen med flere videnskabelige undersøgelser på området, bidrage med vigtig viden om sundhedsforhold for nyankomne. Denne viden er vigtig for fremtidig planlægning af sundhedsrelaterede indsatser.

3. Baggrund og formål

Formålet med denne rapport er at indsamle og formidle den nyeste tilgængelige viden om sundhedsmæssige forhold for nyankomne indvandrere. Rapporten er finansieret af Social- og

Integrationsministeriet, og skal dels give indblik i den nuværende organisering af sundhedstilbud til nyankomne i Danmark og dels dokumentere hyppige sundhedsproblemer hos nyankomne, deres brug af sundhedsydelser og betydningen af sundhed for aktiv deltagelse i samfundet.

Rapporten er opbygget således:

- Kapitel 1 indeholder et kort resumé af den samlede rapport
- Kapitel 2 opsamler de vigtigste anbefalinger, som kan udledes af rapporten
- Kapitel 3 indeholder en introduktion til rapporten og problemfeltet
- Kapitel 4 omhandler den nuværende tilrettelæggelse af den sundhedsmæssige modtagelse af nyankomne indvandrere
- Kapitel 5 søger at beskrive sundhedsadfærden hos nyankomne indvandrere
- Kapitel 6 søger at beskrive sundhedstilstanden hos nyankomne indvandrere
- Kapitel 7 er en beskrivelse af nyankomnes brug af sundhedsydelser, og
- Kapitel 8 søger at beskrive betydningen af sundhed for den videre integration

Motiver til at beskæftige sig med nyankomne indvandreres sundhed kan tage afsæt i moralske såvel som pragmatiske argumenter. Et centralt moralsk argument er retten til sundhed som formuleret i FN's verdenserklæring for menneskerettigheder, artikel 25: *"Enhver har ret til en sådan levestandard, som er tilstrækkelig til hans og hans families sundhed og velvære, herunder til føde, klæder, bolig og lægehjælp"*. Danmark har ratificeret menneskerettighedskonventionen, som i 1966 blev fulgt op af FN's konvention om økonomiske, sociale og kulturelle rettigheder, artikel 12: *"De i denne konvention deltagende stater anerkender ethvert menneskes ret til at nyde den højst opnåelige fysiske og psykiske sundhed"*. Centrale pragmatiske argumenter tager afsæt i en formodning om, at sundhed øger individets muligheder for at tage del i og bidrage til samfundet. Det formodes, at sunde individer lettere tilegner sig nye kompetencer, lettere finder beskæftigelse og belaster sundhedsvæsenet i mindre grad end usunde. Viden om sundhedsforhold hos nyankomne indvandrere kan endvidere bane vejen for en mere målrettet forebyggende indsats, som forventes at føre til lavere sygelighed og dødelighed og reducerede udgifter til pleje og behandling.

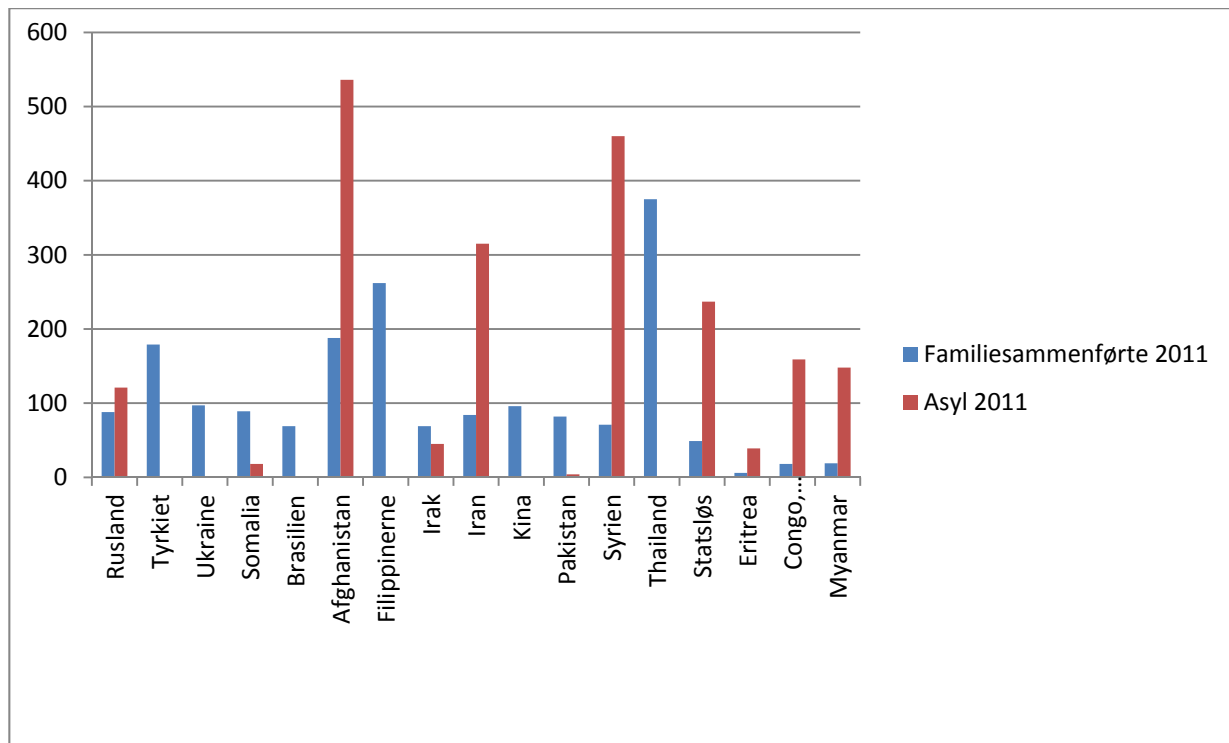
Indvandrere kan have forskellige motiver til at komme til Danmark. Nogle kan være drevet af såkaldte *pull*-faktorer, som arbejde eller familie, der så at sige trækker til landet. Andre er kommet på baggrund af *push*-faktorer som krig, politisk forfølgelse eller humanitære katastrofer i oprindelseslandet. I realiteten er det dog ofte en kombination af *pull*- og *push*-faktorer, som danner baggrund for en beslutning om at bosætte sig i et andet land. Et eksempel kan være familiesammenførte til flygtninge, der ofte har oplevet krig eller forfølgelse på lignende vis som flygtninge, men hvor indvandringen til Danmark er sket sekundært til et andet familiemedlem. Der kan være mange forklaringer på, hvorfor indvandrere fra ikke-vestlige lande kan være særligt sårbare, hvad angår sundhed. Eksempelvis er mange ikke-vestlige lande lavindkomstlande med dårligt fungerende sundhedsvæsen, hvilket kan have betydning for de nyankomnes sundhed og sygelighed og for deres evner til at gøre brug af sundhedstilbud i Danmark. Selve migrationsprocessen kan også have en række negative indvirkninger på sundheden (Kristiansen, Mygind & Krasnik 2007). Denne rapport vil imidlertid primært fokusere på postmigratoriske forhold, da det er disse forhold, vi har bedst mulighed for at regulere i bestræbelserne på bedre sundhed for nyankomne indvandrere. Viden om forhold

i oprindelseslande og under migration er dog vigtige ikke at negligere, hvis indsatser skal tilpasses målgruppen. Eksempelvis er det vigtigt at have viden om hyppigt forekommende sygdomme og vaccinationsstatus i det pågældende oprindelsesland for at kunne foretage en grundig helbredsundersøgelse af nyankomne. Ligesom det også er vigtigt at gøre sig overvejelser om vidensniveau og forskellige kulturers sundhedsopfattelser, hvis vi ønsker at tilpasse forebyggende indsatser til målgruppen.

3.1. Afgrænsning

Vi har valgt at benytte Danmarks Statistiks kategorisering, hvor indvandrere er *individer født uden for Danmark, hvor begge forældre er ikke-danske (Danmarks Statistik 2012)*. Den primære målgruppe for rapporten er flygtninge og familiesammenførte, som for nyligt er ankommet til bopælskommunen, og som er indbefattet af det treårige lovpligtige integrationsprogram. På den baggrund definerer vi nyankomne indvandrere som *indvandrere, der har fået opholdstilladelse i Danmark inden for de seneste tre år*. Flygtninge, der forud for opnåelse af asyl, har boet i et asylcenter kan dog sammenlagt godt have befundet sig i landet i længere tid end tre år, men betegnes nyankomne fra tidspunktet for opnåelse af asyl. Vi har ydermere valgt at fokusere på flygtninge og familiesammenførte fra ikke-vestlige lande, fordi disse grupper udgør en stor andel af indvandrere i Danmark (Figur 3-1) fordi det forventes, at de bliver i landet, og fordi disse grupper forventes at være de mest sårbare, hvad angår sundhed og integration. Ikke-vestlige lande forstås som lande uden for Vesteuropa, Nordamerika og Australien.

Figur 3-1: Hyppigste oprindelseslande for flygtninge og familiesammenførte i 2011

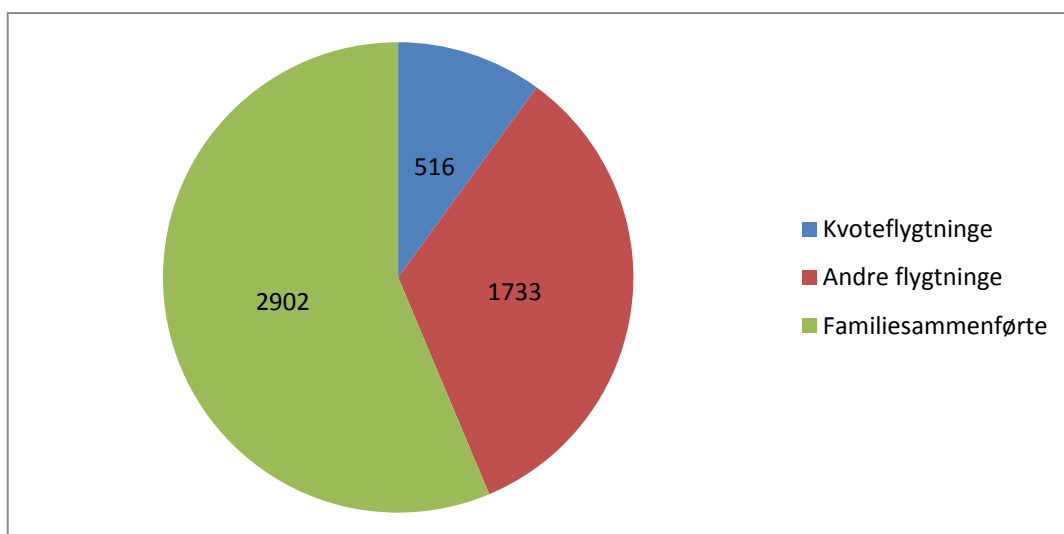


Kilde: Justitsministeriet, 2012

Opholdstilladelser i Danmark er imidlertid afhængige af globale politiske og humanitære forhold samt hjemlige regler. Der kan derfor hurtigt ske ændringer i forhold til, hvilke lande der er de hyppigste oprindelseslande for nyankomne indvandrere. For at denne rapport ikke blot skal blive et øjebliksbillede, har vi derfor valgt at medtage undersøgelser, der inkluderer flygtninge og familiesammenførte fra hyppige oprindelseslande i Danmark over en længere periode. Disse områder indbefatter hele Asien og Afrika. For baggrundsbefolkningen benytter vi Danmarks statistiks betegnelse *personer med dansk oprindelse*. Personer med dansk oprindelse er personer - uanset fødested - der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark.

Flygtninge kan have opnået asyl i Danmark ad forskellige veje. Enten er asyl opnået på baggrund af en aftale, som Danmark har indgået med FN's flygtningehøjkommissariat (UNHCR), såkaldte *kvoteflygtninge*. Kvoteflygtninge tildeles asyl uden for landets grænser, i flygtningelejre eller områder præget af humanitære katastrofer, og Danmark har indvilliget i at modtage ca. 1500 kvoteflygtninge over en periode på tre år. Alternativt er asyl opnået på baggrund af en anmodning om asyl indgivet ved ankomst til Danmark. En gruppe, der i denne rapport vil blive benævnt *andre flygtninge*. Familiesammenførte kan ligeledes være kommet til landet via forskellige regler. Enten som familiesammenførte til danske statsborgere, familiesammenførte efter EU-retten eller familiesammenførte til flygtninge eller indvandrere med permanent opholdstilladelse. Børn opnår generelt opholdstilladelse under samme regler som voksne. Dog vil uledsagede mindreårige ikke gennemgå asylsagsbehandlingen, hvis de vurderes for umodne til det. I så fald kan den mindreårige få opholdstilladelse under betingelse af, at han eller hun ikke har et familiemæssigt netværk i hjemlandet og ved en tilbagevenden ikke kan undergives offentlig forsorg eller lignende og dermed vil blive stillet i en reel nødsituation. I det følgende anvendes betegnelserne *familiesammenførte*, *kvoteflygtninge*, *andre flygtninge* og *uledsagede mindreårige*. Som en samlebetegnelse for alle inkluderede grupper benyttes ordet *indvandrere*. Når der refereres til andre undersøgelser, vil de enkelte undersøgelser terminologi blive anvendt. Figur 3-2 viser fordelingen af opholdstilladelser givet i 2011 til henholdsvis familiesammenførte, kvoteflygtninge og andre flygtninge.

Figur 3-2: Antal nyankomne flygtninge og familiesammenførte i 2011



Kilde: Justitsministeriet, 2012

3.2. Metode

Målgruppen i denne rapport er indvandrere (flygtninge og familiesammenførte) fra ikke-vestlige lande, som har fået opholdstilladelse inden for de seneste tre år.

Rapporten bygger på gennemgang af såvel dansk som international litteratur, der belyser sundhedsforhold for nyankomne indvandrere. Vi har fundet meget få videnskabelige undersøgelser, som udelukkende fokuserer på sundhedsforhold for nyankomne indvandrere i Danmark, og derfor har vi i flere tilfælde været henvist til at inddrage og fortolke eksisterende litteratur om indvandrere, som ikke alle var nyankomne, eller hvor konteksten ikke var dansk.

Den litteratur, vi har benyttet i rapporten, er fundet, dels ved hjælp af systematisk litteratursøgning, dels ved hjælp af kendskab til eksisterende litteratur om rapportens emne. Endelig har vi fundet litteratur på baggrund af udvælgelse af yderligere referencer. Den systematisk fundne litteratur er fundet primært ved søgning i databasen PubMed (Medline). Endvidere har vi søgt i Rex (Det Kongelige Bibliotek) og via forespørgsler hos nøglepersoner fra eksempelvis Dansk Røde Kors, Sundhedsstyrelsen og Social – og Integrationsministeriet.

Den inkluderede litteratur er prioriteret i følgende rækkefølge:

1. Videnskabelig litteratur om nyankomne flygtninge og familiesammenførte i Danmark.
2. Videnskabelig litteratur om nyankomne flygtninge og familiesammenførte i sammenlignelige lande som for eksempel Norge eller Sverige.
3. Videnskabelig litteratur om nyankomne flygtninge og familiesammenførte i andre lande, og hvor populationen udgøres af flygtninge og familiesammenførte fra Asien eller Afrika, hvorfra Danmark historisk har modtaget de fleste flygtninge. En del amerikanske undersøgelser er således ikke medtaget i denne rapport, da de inkluderer en stor andel af mellem- og sydamerikanske indvandrere, og Danmark ikke modtager mange flygtninge eller familiesammenførte herfra.
4. Videnskabelig litteratur om flygtninge og familiesammenførte fra Danmark, hvor populationen ikke udgøres specifikt af nyankomne, men hvor sundhedsforhold hos denne bredere gruppe på relevant vis kan belyse sundhedsforhold hos nyankomne.
5. Videnskabelig litteratur om flygtninge og familiesammenførte fra andre lande, hvor populationen ikke udgøres specifikt af nyankomne, men hvor sundhedsforhold hos denne bredere gruppe på relevant vis kan belyse sundhedsforhold hos nyankomne.

Fælles for samtlige af de undersøgte områder er, at videnskabelige undersøgelser er få og inkluderer individer, som ikke nødvendigvis er repræsentative for de indvandrere, som er kommet eller forventes at komme til Danmark inden for den nærmeste fremtid. Endvidere ved vi, at variationer mellem individer fra forskellige oprindelseslande er stor, hvad angår sundhedsforhold. Generaliseringer på tværs af oprindelseslande vil derfor være problematiske og må tolkes med forbehold.

4. Hvordan er indsatsen omkring modtagelsen af nyankomne indvandrere tilrettelagt på sundhedsområdet?

I øjeblikket forløber den sundhedsmæssige modtagelse af henholdsvis flygtninge fra asylcentre, kvoteflygtninge og familiesammenførte noget forskelligt. Den sundhedsmæssige indsats omkring modtagelsen af nyankomne finder i dag primært sted i kommunalt regi og som del af det tre-årige integrationsprogram. Efter et kort historisk rids, beskrives derfor, for hver af de tre grupper, indsatser, som er gået forud for bosætning i kommuner, den kommunale organisering, herunder integrationsprogrammet, alment praktiserende lægers rolle i modtagelsen og tilgængelighed af traumerehabilitering. Slutteligt foretages en perspektivering af den danske praksis ved en sammenligning med den beskrevne praksis i Norge og Sverige.

Sundhedsmæssige indsatser for nyankomne indvandrere kan enten integreres i de allerede eksisterende tilbud, eller der kan oprettes særlige indsatser, tilpasset efter gruppens behov. Danmark har i vid udstrækning valgt at forsøge at tilgodese nyankomne indvandreres behov inden for allerede eksisterende tilbud (Folketinget 2004). Eksempler herpå kan være modtagelsen i kommunerne, hvor alment praktiserende læger, i lighed med hvad der gælder for danske statsborgere, er den primære kontakt til sundhedsvæsenet. Ved en sådan tilgang forventes det, at alle alment praktiserende læger kan imødekomme nyankomne indvandreres behov for sundhedsydelser, og det forventes, at nyankomne indvandrere er i stand til at gøre passende brug af de eksisterende tilbud. Andre lande, som eksempelvis New Zealand og Canada, har særlige modtagecentre for nyankomne flygtninge, hvor der tilbydes helbredsundersøgelser og undervisning i sundhedsforhold. Norge har for udvalgte indvandrergrupper indført obligatorisk screening for tuberkulose (TB) (Wörmann, Krämer 2011).

4.1. Historie

Dansk Røde Kors har varetaget modtagelsen af asylansøgere siden 1984 og har siden dengang foretaget en helbredsundersøgelse ved en sygeplejerske. Formålet med helbredsundersøgelsen har overordnet været at undersøge for behandlingskrævende sygdomme samt at forebygge smitte og at informere om sundhedsforhold. Der har dog været en tendens til, at helbredsundersøgelsen har bevæget sig fra primært at fokusere på opsporing af potentielt smittefarlige sygdomme til nu at have et større fokus på at forebygge og informere om sundhedsforhold (Andersen 2012).

Dansk Flygtningehjælp varetog bosætning af flygtninge i kommunerne frem til 1999, hvorefter opgaven overgik til de respektive kommuner med krav om, at kommunerne skulle tilbyde det treårige integrationsprogram. Arbejdet i Dansk Flygtningehjælp foregik i tæt kontakt med frivillige, og i modtagelsen indgik også undervisning om sundhedsforhold samt løbende kontakt til almen praksis. Der var ikke nogen særlig modtagelsesprocedure for familiesammenførte. Efter 1999 og frem til i dag har myndighedsansvaret for modtagelsen af flygtninge og familiesammenførte således ligget hos kommunerne.

I 2002 udarbejdede en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen *Redegørelse for sundhedsbetjeningen af flygtninge og indvandrere, der kommer til Danmark, hvad angår smitsomme sygdomme* (Sundhedsstyrelsen

2002). I redegørelsen blev det anbefalet at inddrage karenperioden på 6 uger for fuld adgang til sundhedsydelser på lige fod med danske statsborgere. Denne anbefaling blev fulgt, og karenperioden er afskaffet. Derudover anbefaledes det:

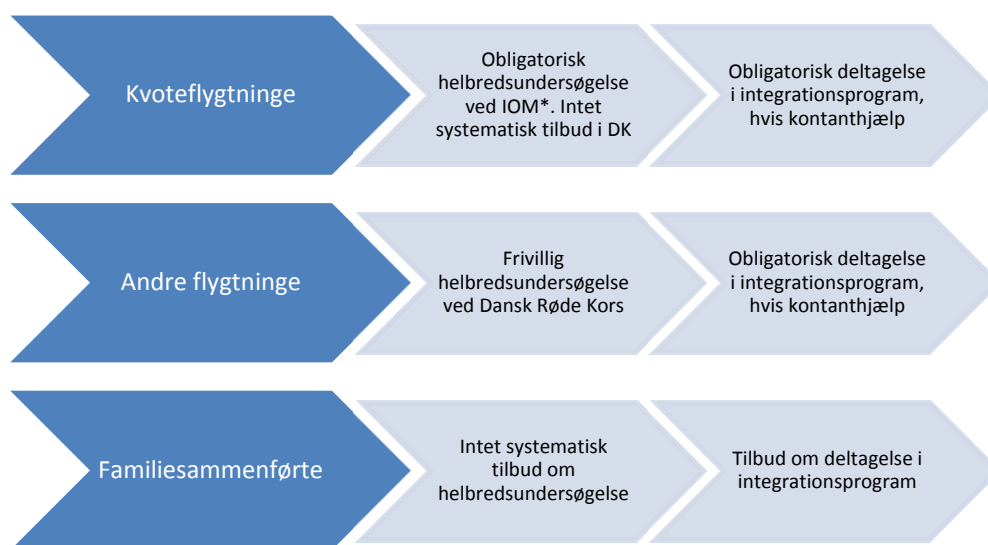
- at indføre systematisk tilbud om frivillig helbredsundersøgelse ved ankomst til landet for kvoteflygtninge samt indvandrere fra tredjeverdens lande, der kommer ved familiesammenføring, svarende til det undersøgelsesprogram, der tilbydes asylansøgere,
- at alle fra højrisikoområder skulle tilbydes undersøgelse for HIV, TB og hepatitis B,
- at asylansøgere ved opnåelse af asyl skulle tilbydes opfølgende undersøgelse ved egen læge,
- at der skulle udsendes en vejledning til praktiserende læger samt kommunale medarbejdere vedrørende helbredsundersøgelser,
- at der organiseredes opfølgende undersøgelser for TB i årene efter ankomst,
- at oplysningsaktiviteter om smitsomme sygdomme blandt etniske minoriteter styrkedes,
- at det skulle undersøges, om de daværende tilbud om tolkebistand var dækkende.

Anbefalingerne er i ringe grad blevet realiseret, og nærværende rapport lægger sig, også efter inddragelse af nyere viden, i høj grad op ad redegørelsens anbefalinger.

I 2003 ændredes praksis for udvælgelsen af kvoteflygtninge, hvor der nu blev lagt vægt på det såkaldte *integrationspotentiale* hos flygtninge, som via UNHCR blev indstillet til asyl i Danmark. Ud over at underskrive en erklæring om motivation til aktivt medborgerskab, skal kvoteflygtninge nu også være relativt fysisk og psykisk sunde samt gerne indgå i en familie. Forud for tilbuddet om asyl skal kvoteflygtninge derfor indvillige i deltagelse i en helbredsundersøgelse. Ca. 20–30 kvoteflygtninge med særlige sundhedsmæssige behov fritages dog årligt for kravet om godt helbred.

I det følgende redegøres særskilt for den aktuelle sundhedsmæssige modtageprocedure for hver af de enkelte grupper. Som illustreret i Figur 4-1 forløber den sundhedsmæssige modtagelse af nyankomne flygtninge og familiesammenførte i Danmark forskelligt for kvoteflygtninge, andre flygtninge og familiesammenførte.

Figur 4-1: Forløb af den sundhedsmæssige modtagelse af henholdsvis kvoteflygtninge, andre flygtninge og familiesammenførte



*International Organisation for Migration

4.2. Kvoteflygtninge

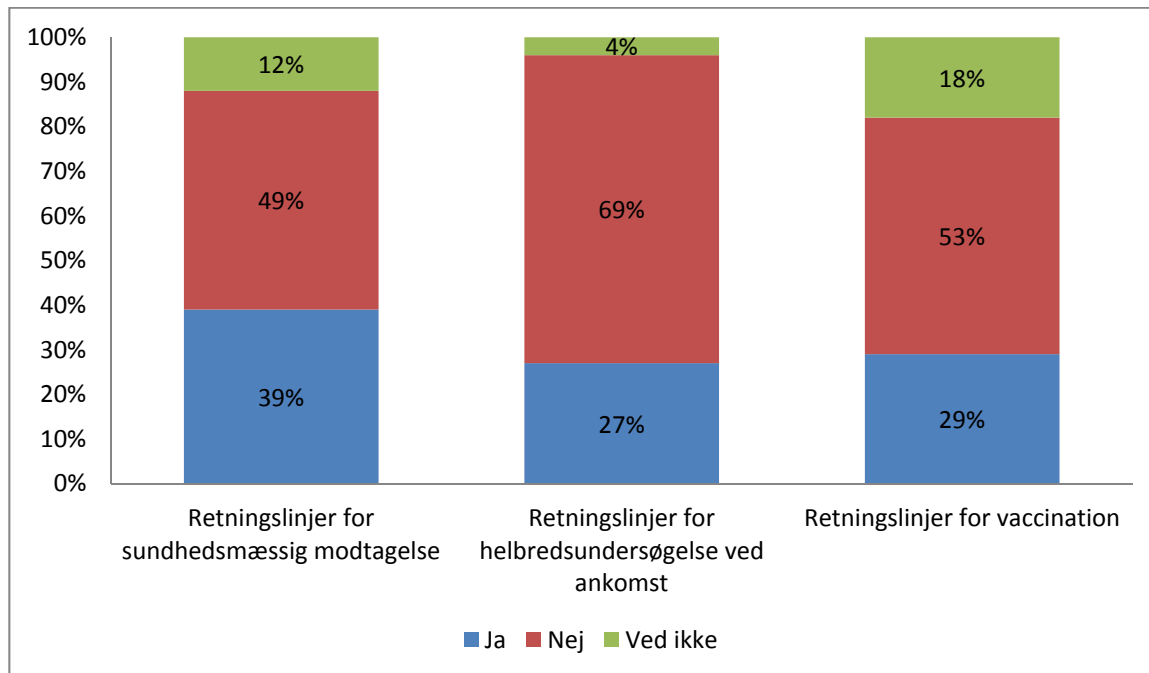
I 2011 modtog 516 kvoteflygtninge asyl i Danmark (Justitsministeriet 2012).

Kvoteflygtninge er flygtninge, som tildeles asyl i Danmark på baggrund af en aftale mellem den danske stat og FN's flygtningehøjkommissariat (UNHCR). Udvælgelsen af kvoteflygtninge, som tilbydes asyl, sker uden for landets grænser, i flygtningelejre og områder ramt af humanitære katastrofer. Således indleder kvoteflygtninge ikke deres ophold i Danmark i et asylcenter, men kommer direkte til de kommuner, hvortil de er blevet visiteret. I modsætning til spontane asylansøgere er helbredsundersøgelser af kvoteflygtninge ikke et frivilligt tilbud. En forudsætning for at kvoteflygtninge kan tilbydes asyl i Danmark er, at de medvirker til en obligatorisk helbredsundersøgelse, som foretages af læger fra International Organisation for Migration (IOM), med hvilken Danmark har lavet en aftale om afvikling af helbredsundersøgelser af kvoteflygtninge. Helbredsundersøgelsen indeholder, ifølge Udlændingestyrelsen, en obligatorisk screening for HIV og andre smitsomme sygdomme, men indeholder ingen introduktion til det danske sundhedsvæsen og ej heller et vaccinationsprogram. På trods af skriftlige henvendelser til IOM og Udlændingestyrelsen var det, i forbindelse med en undersøgelse fra 2010, ikke muligt at få en nærmere redegørelse for indholdet af den obligatoriske helbredsundersøgelse (Frederiksen 2010).

Efter ankomst til Danmark modtages kvoteflygtninge af en kommunal sagsbehandler, som har til opgave at anvise bolig, introducere til lokalsamfundet og på længere sigt at yde støtte til opnåelse af dansk kundskaber og beskæftigelse. I praksis er sagsbehandleren også ansvarlig for den sundhedsmæssige modtagelse, omend der sjældent er retningslinjer for denne del af modtagelsen (Frederiksen, Krasnik & Norredam 2012). Den skriftlige dokumentation fra IOM helbredsundersøgelsen medbringes af kvoteflygtninge selv og overdrages i reglen til sagsbehandler ved ankomst. Der er ingen nationale retningslinjer for, hvorvidt den praktiserende læge bør udføre en helbredsundersøgelse, eller for indholdet af en eventuel helbredsundersøgelse. En spørgeskemaundersøgelse med sagsbehandlere fra 49 af de 58

kommuner, der havde modtaget kvoteflygtninge i årene 2007 – 2010, har vist, at blot 27 % havde retningslinjer for helbredsundersøgelser. 29 % havde retningslinjer for vaccination efter ankomst. Ikke desto mindre angav 71 %, at de i praksis rutinemæssigt arrangerede helbredsundersøgelser for nyankomne kvoteflygtninge. Langt de fleste kommuner arrangerede rutinemæssigt vaccination af børn, mens billedet var noget mere uensartet, hvad angik voksne (Frederiksen, Krasnik & Norredam 2012)

Figur 4-2: Andelen af kommuner der har retningslinjer for den sundhedsmæssige modtagelse blandt kommuner, som har modtaget kvoteflygtninge i årene 2007 – 2010



Kilde: Frederiksen, Krasnik & Nørredam 2012

4.3. Andre flygtninge

I 2011 modtog 1743 mennesker asyl i Danmark på baggrund af en spontan asylansøgning (Justitsministeriet 2012).

Nyankomne indvandrere, som tilhører denne gruppe, indleder deres ophold i Danmark i et asylcenter. For voksne asylansøgere dækker Udlændingestyrelsen udgiften til sundhedsbehandling, hvis der er tale om smertebehandling eller behandling, som ikke kan vente, fordi der er risiko for livsvarige mén, udvikling eller svær progression af tilstanden eller for, at tilstanden bliver kronisk. I asylcentret er der desuden tilbud om en frivillig helbredsundersøgelse. Efter opnåelse af asyl bosættes flygtninge i kommuner ud fra en fordelingsaftale indgået mellem kommuner og Udlændingestyrelsen. I kommunerne modtages de nyankomne af en sagsbehandler og er nu forpligtigede til at deltage i det kommunale integrationsprogram, som har til formål at introducere til danske samfundsforhold og til, at de nyankomne lærer dansk og på sigt kommer i beskæftigelse. Såfremt en helbredsundersøgelse er foretaget i asylcentret, overgives

dokumentationen for denne til de individuelle flygtninge, som herefter forventes at overdrage den til kommunal sagsbehandler eller alment praktiserende læge (Andersen 2012).

De flygtninge, som bosættes i Danmark på baggrund af en spontan asylansøgning, har således fået tilbudt en helbredsundersøgelse, de vil ofte være startet i behandling for eventuelle diagnosticerede sygdomme og har sandsynligvis også modtaget information om forebyggelse, sundhedsfremme og opbygningen af det danske sundhedsvæsen. Indholdet af helbredsundersøgelsen i asylcentre tilrettelægges i samarbejde med blandt andre Sundhedsstyrelsen, men det er uklart, på hvilken baggrund der prioriteres, da den sidste større undersøgelse af generelle helbredsforhold i denne sammenhæng er fra starten af 1990'erne (Kjersem 1996), og da prioriteringerne ikke er beskrevet og gjort tilgængelige på eksempelvis hjemmesider eller i videnskabelige databaser.

Helbredsundersøgelsen i asylcentret inkluderer en eller flere samtaler med en sygeplejerske samt tilbud om diverse screeninger for bl.a. HIV, TB, hepatitis B, psykiske problemer og oplevet tortur. Ifølge Dansk Røde Kors har helbredssamtalen to hovedformål: 1. Med afsæt i asylansøgerens behov samt hans/hendes ressourcer at forebygge udvikling og forværring af sygdomme. 2. Identifikation af særligt udsatte grupper. Ifølge Dansk Røde Kors har fokus for helbredsundersøgelsen historisk bevæget sig fra at fokusere på opsporing af overførbare sygdomme, til nu i højere grad at fokusere på forebyggelse og sundhedsoplysning. Dette skift er angiveligt sket på baggrund af professionelles erfaringer (Andersen 2012). En ældre undersøgelse har vist, at 42 % af deltagerne i den primære helbredsundersøgelse ved en sygeplejerske efterfølgende blev set af en læge (Kjersem 1996).

Vores korrespondance med Dansk Røde Kors, i forbindelse med indsamling af oplysninger til nærværende gennemgang, giver indtryk af, at der har været foretaget diverse evalueringer af den helbredsmæssige modtagelse i asylcentre (Andersen 2012). Imidlertid har nyere og systematiske undersøgelser af somatiske, og til dels også psykiske, helbredsforhold hos asylansøgere, ikke været tilgængelige. I sidste ende er det dermed svært at udtale sig om sundhedstilstand og informationsbehov hos flygtninge, som bosættes i kommunerne efter ophold i danske asylcentre.

4.4. Familiesammenførte

I 2011 kom 3396 mennesker til Danmark på baggrund af reglerne for familiesammenføring, inklusive adoptioner (Justitsministeriet 2012).

Der er ingen systematiske tilbud om helbredsundersøgelse til nyankomne familiesammenførte. Det er således op til den alment praktiserende læge at vurdere, om der bør tilbydes en generel helbredsundersøgelse, og hvad den eventuelt bør indeholde. Som udgangspunkt vil en helbredsundersøgelse kun finde sted, såfremt den nyankomne, pårørende eller en kommunalt ansat på eget initiativ henvender sig til lægen (Folketinget 2004).

Der findes ingen danske undersøgelser, som specifikt omhandler den sundhedsmæssige modtagelse af familiesammenførte.

4.5. Børn

For børn gælder overordnet samme regler som for voksne flygtninge og familiesammenførte, og der er, ligesom for voksne, fundet et fravær af nationale og kommunale retningslinjer for modtagelsen (Jessen, Montgomery 2010). Til forskel fra voksne asylansøgere er asylansøgerbørn berettiget til samme sundhedsbehandling som herboende børn. Uledsagede mindreårige asylansøgere betragtes som en særligt sårbar gruppe. Deres ansøgninger om asyl skal således behandles hurtigt, og de uledsagede mindreårige bliver indkvarteret på særlige asylcentre med specialuddannet personale. Enhver uledsaget mindreårig vil få udpeget en personlig repræsentant, der bl.a. skal yde støtte under behandlingen af en eventuel asylsag og støtte den mindreårige i mere personlige forhold. Ved indkvartering i kommunerne bosættes uledsagede mindreårige eksempelvis i grupper, ungdomsboliger eller bosteder. Såvel en rapport fra Ankestyrelsen (Ankestyrelsen 2010) som et udvalg under Dansk Flygtningehjælp (Dansk Flygtningehjælp 2012), anbefaler, at den uledsagede mindreårige hurtigst muligt sættes i kontakt med læge, tandlæge og psykolog for at vurdere behovet for behandlinger. Ved overgivelsen til kommunen anbefales det, at den kommunale sagsbehandler må være opmærksom på at se det unge menneske, der har behov for information om danske unges liv i form af eksempelvis viden om kønsroller, fester og alkohol. Det nævnes endvidere, at en håndbog udarbejdet specielt til de uledsagede mindreårige kunne være en hjælp, at det kun er et fåtal af kommuner, som har nedskrevet en handlingsplan, og at der mangler en statslig vejledning til Serviceloven om modtagelse af uledsagede mindreårige (Dansk Flygtningehjælp 2012, Ankestyrelsen 2010). For gruppen af nyankomne indvandrebørn beskrives sundhedsplejersken i en rapport fra rehabiliterings- og forskningscentret for torturofre (RCT) som en central person i forhold til nyankomne indvandrebørns sundhed (Jessen, Montgomery 2010). Andre betydelige problemer, som beskrives i rapporten, er manglende efteruddannelse af medarbejdere i kommunale pædagogisk-psykologiske enheder (PPR), i dagtilbud og i sundhedsvæsenet samt den lange ventetid til behandling af traumatiserede forældre og børn.

4.6. Integrationsprogrammet

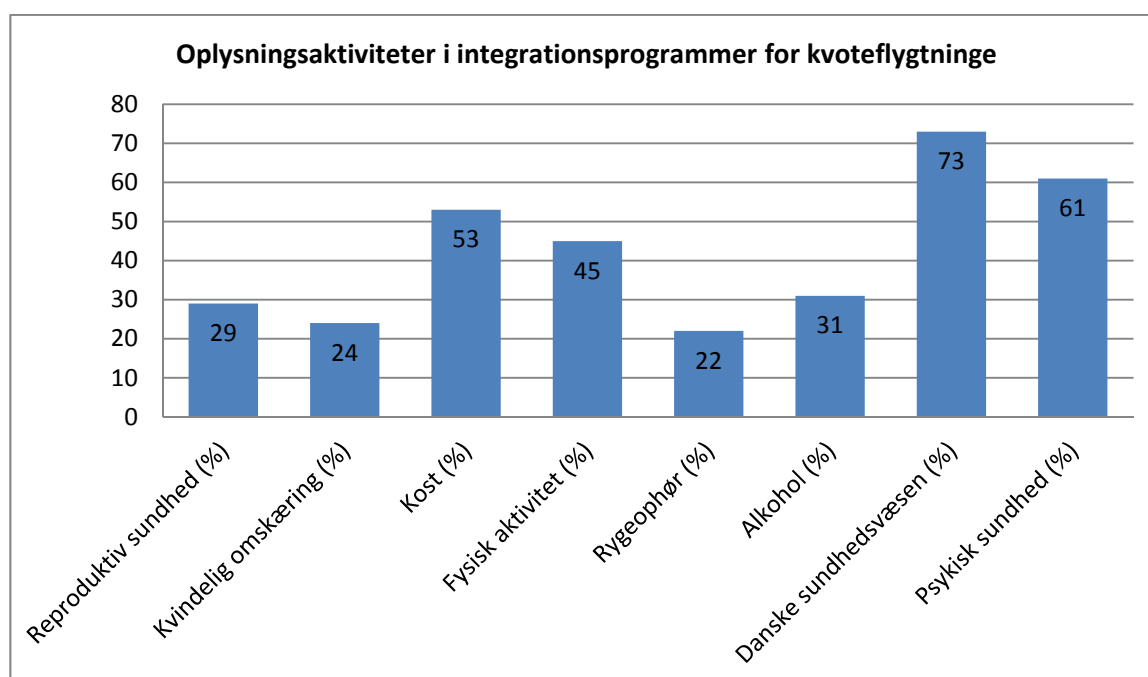
Kommunerne skal tilbyde et integrationsprogram til voksne indvandrere. Kommunen kan desuden vælge at tilbyde et integrationsprogram til mindreårige uledsagede flygtninge, inden de fylder 18 år.

Integrationsprogrammet for den enkelte udlænding varer højst tre år og omfatter danskundervisning og kursus i danske samfundsforhold, herunder opbygningen og brugen af det danske sundhedsvæsen. Ved opstart af et integrationsprogram skal kommunen udarbejde en integrationskontrakt sammen med den nyankomne indvandrer. Begge parter skal underskrive kontrakten, der blandt andet skal indeholde en afklaring af, hvor tæt indvandrerer er på at kunne varetage et ordinært arbejde. Således må integrationskontrakten nødvendigvis også indeholde en vurdering af sundhedstilstand, men sundhedstilstanden er ikke reguleret i integrationsloven eller i andre regelsæt i forbindelse med udarbejdelsen og revisionen af integrationskontrakten.

Nogle kommuner vælger, som del af integrationsprogrammet, at tilbyde kurser, der relaterer sig til sundhedsfremme og forebyggelse. Eksempelvis i form af undervisning om sund mad, fysisk aktivitet eller reproduktiv sundhed. I en spørgeskemaundersøgelse med sagsbehandlere fra kommuner, der havde

modtaget kvoteflygtninge, blev det fundet, at der var stor forskel på de sundhedsrelaterede indsatser, som blev tilbudt i forbindelse med integrationsprogrammet. En del kommuner inddrog i ringe grad sundhedsrelaterede tilbud, mens andre havde formuleret retningslinjer og havde specifikke indsatser for nyankomnes sundhed (Frederiksen 2010). Andelen af kommuner, som i 2010 tilbød forskellige sundhedsrelaterede aktiviteter til nyankomne kvoteflygtninge, fremgår af Figur 4-3. Aktiviteterne indgik ofte som en integreret del af danskundervisningen i integrationsprogrammet.

Figur 4-3: Andelen af kommuner, som inkluderer diverse sundhedsrelaterede emner i integrationsprogrammer for kvoteflygtninge.



Kilde: Frederiksen, 2010

Hvis indvandrerer ikke deltager i integrationsprogrammet, kan kommunen vælge at skære i kontanthjælpen. For familiesammenførte gælder, at hvis ægtefællen har forsørgerpligt, er vedkommende ikke berettiget til kontanthjælp. I disse tilfælde har kommunen ingen reelle restriktionsmuligheder, hvis vedkommende fravælger deltagelse i integrationsprogrammet. I særlige tilfælde kan den familiesammenførte dog modtage kontanthjælp, for eksempel hvis ægtefællen har flygtningestatus og ikke skønnes i stand til at forsørge sine familiemedlemmer. Kommunen kan i særlige tilfælde undlade at tilbyde et integrationsprogram. Særlige grunde kan være fysiske eller psykiske handicap, torturoplevelser eller anden stærk traumatisering. En rapport fra Anvendt Kommunal Forskning (AKF) har opgjort deltagelse i integrationsprogrammet i forhold til blandt andet flygtningestatus eller familiesammenført, selvforsørgelse eller ej, men finder ingen signifikante forskelle på de nævnte faktorer (Hansen, Kolodziejczyk 2009).

Et eksempel på et kommunalt integrationsprogram, som målrettet søger at fremme sundheden hos nyankomne, kan findes i Sønderborg kommune. Sønderborg har, som en del af integrationsprogrammet til

nyankomne kvoteflygtninge og familiesammenførte, indført indsatsen *En sund integration* (Sønderborg Kommune 2011). Indsatsen er et 12 timers forløb fordelt på to dage ugentligt over 8 uger, som indeholder emner om sund mad, bevægelse i hverdagen og sundhedsformidling. Formålet med indsatsen er blandt andet at styrke integrationsprocessen, at styrke trivsel og forebygge livsstilssygdomme, at bringe nye borgere nærmere arbejde, uddannelse eller praktik, at øge forståelsen for eget ansvar for helbred og sundhed og at facilitere dannelse af sociale fællesskaber, som kan bidrage til kontinuerlig støtte og motivation.

I en rapport fra AKF om nydanskernes holdning til introduktionsprogrammet generelt, vurderer deltagerne, at integrationsprogrammet styrker integrationen og giver gode forudsætninger for at komme i uddannelse og arbejde (Hansen, Kolodziejczyk 2009). I rapportens sammenfatning noteres det dog, at: *"Der synes endvidere et behov for at intensivere indsatsen i forhold til nydanskere med de dårligste forudsætninger (...). Det gælder fx nydanskere med de dårligste forudsætninger for at lære dansk samt flygtninge og familiesammenførte til flygtninge, som ikke har de samme muligheder for at støtte sig til en person med kendskab til det danske samfund, som dem, der er blevet familiesammenført til personer, der ikke er flygtninge"*(Hansen, Kolodziejczyk 2009). Det konkluderes endvidere, at der er: *"...et behov for gennem fx danskundervisningen at styrke kendskabet til bl.a. samfundets institutioner og opbygning samt borgernes rettigheder og individets ret til at bestemme over sin egen person"*(Hansen, Kolodziejczyk 2009).

Der er for øjeblikket meget begrænset viden om, hvordan en sundhedsrelateret modtagelse af nyankomne indvandrere bedst organiseres. Et nyligt igangsat forskningsprojekt søger at belyse, om en øget oplysningsindsats i forbindelse med danskurser vil påvirke nyankomne indvandreres brug af og tilfredshed med, det danske sundhedsvæsen (Nielsen 2012).

4.7. Almen praksis

Efter ankomst til kommunen indtager alment praktiserende læger en nøgleposition i forhold til den sundhedsmæssige modtagelse, idet der i Danmark ikke er sundhedsmæssige indsatser særligt rettet mod nyankomne (Folketinget 2004). Det er derfor relevant at belyse, om alment praktiserende læger er beredte på, og har de fornødne ressourcer til, at varetage denne opgave.

Der er ikke udarbejdet faglige retningslinjer, som lægerne kan benytte sig af i forbindelse med eventuelle helbredsundersøgelser. I folketingsbehandlinger af lovforslag er det nævnt, at Sundhedsstyrelsen skulle udarbejde anbefalinger til alment praktiserende læger i forhold til helbredsundersøgelser af nyankomne (Folketinget 2004). Men trods henvendelser til centrale personer i Sundhedsstyrelsen samt Social – og Integrationsministeriet har det ikke været muligt at finde en sådan anbefaling.

I en spørgeskemaundersøgelse angiver 65 % af kommunale sagsbehandlere med ansvar for modtagelsen af kvoteflygtninge, at de oplever et godt samarbejde om den sundhedsmæssige modtagelse af kvoteflygtninge med almen praksis mod 6 % som oplever dårligt eller intet samarbejde (Frederiksen 2010).

4.8. Tolkning

Patienter, der har ret til behandling, har også ret til vederlagsfri tolkebistand, når lægen skønner, at en tolk er nødvendig for behandlingen (BEK nr. 1413). En nyere undersøgelse har vist, at 20 % af de indvandrere, som havde opholdt sig tre år i Danmark angav behov for tolkning i forbindelse med lægebesøg og at det samme gjaldt for 15 % af de indvandrere, der havde opholdt sig i landet syv år eller mere (Harpelund, Nielsen & Krasnik 2012). Blandt sidstnævnte gruppe var 72,3 % uden beskæftigelse og 56 % angav at have et dårligt helbred. Faktorer som køn, alder, uddannelse, beskæftigelse og husstandsindkomst blev fundet at være forbundet med behov for tolkning. Udenlandske undersøgelser har vist, at brugen af professionel tolk frem for eksempelvis familiemedlemmer øger kvaliteten af pleje og behandling (Karliner et al. 2007). En systematisk rundspørge blandt danske eksperter inden for området indvandrersundhed har vist, at adgang til tolke og kvalitet af tolkningen var blandt de faktorer af størst betydning for oplevelse af en god praksis i sundhedstilbud til indvandrere (Jensen, Nielsen & Krasnik 2010). I en spørgeskemaundersøgelse med sagsbehandlere med ansvar for modtagelse af kvoteflygtninge blev det fundet, at 65 % af sagsbehandlerne ikke oplevede en svingende kvalitet hos professionelle tolke som en barriere for sundhedsindsatser mod 10 % som oplevede tolkningens kvalitet som en barriere (Frederiksen 2010). Undersøgelser, hvor tolke vurderer egne arbejdsvilkår og betingelser for vellykket tolkning i det danske sundhedssystem, har vist, at der kan være behov for bedre uddannelse af professionelle tolke. Tolkene påpegede endvidere at det er uundgåeligt, at tolkning påvirker det kommunikerede og at tolken derfor må inddrages som aktiv medspiller i bestræbelserne på at skabe adgang til sundhedsydelser for indvandrere (Lou 2008, Nielsen et al. 2009a).

4.9. Traumerehabilitering

Indvandrere kan få gratis behandling for psykiske traumer i specialiserede traumerehabiliteringscentre. Men ventetiden er relativt lang (3–18 måneder i 2011). Derudover eksisterer der diverse tilbud om særligt tilrettelagt danskundervisning, støtte til at finde beskæftigelse med videre (Traume.dk). Identifikation af nyankomne indvandrere med psykiske traumer er centralt for henvisning til de eksisterende tilbud, og her spiller ansatte i modtagelsen i asylcentre, kommunale sagsbehandlere og alment praktiserende læger en vigtig rolle. Private organisationer som Dansk Røde Kors og Dansk Flygtningehjælp har fokus på problemet og tilbyder særligt tilpassede programmer og undervisning i emnet. En spørgeskemaundersøgelse med kommunale sagsbehandlere med ansvar for modtagelse af kvoteflygtninge har vist, at 77 % havde deltaget i efteruddannelse om traumer og typiske reaktioner på flugt hos flygtninge (Frederiksen 2010).

4.10. Tilrettelæggelse af sundhedsmæssig modtagelse i Sverige og Norge

Vi har valgt at præsentere vore nabolande Sveriges og Norges tilrettelæggelse af den sundhedsmæssige modtagelse af flygtninge og familiesammenførte. De to lande er på mange social- og sundhedsmæssige områder sammenlignelige med Danmark, og viden om hvordan disse lande har valgt at prioritere deres indsatser, kan være med til at kvalificere indsatser i Danmark.

4.10.1. Sverige

Ligesom i Danmark har alle, som har opholdstilladelse i Sverige, formelt lige ret til sundhedsydelser, og asylansøgere har ret til behandling for alvorlige akutte lidelser (Justitiedepartementet. Sverige 2008). Det tilstræbes, at alle nyankomne, asylansøgere såvel som indvandrere, deltager i en frivillig helbredsundersøgelse. I 2012 blev der igangsat en større undersøgelse af, hvordan deltagelse i denne kan optimeres. Resultatet heraf forelægger desværre endnu ikke (Smittskyddsinstituttet 2012a).

4.10.1.1. *Flygtninge, som er tildelt asyl på baggrund af en spontan ansøgning i Sverige*

Asylansøgere, som ankommer til Sverige, tilbydes en helbredsundersøgelse. I 2010 var det dog kun 42 % af de nyankomne asylansøgere, som deltog i en sådan helbredsundersøgelse. Den lave deltagelse tilskrives forskelle i organiseringen i forskellige regioner af Sverige samt kommunikationsbrist mellem ansvarlige myndigheder, praktisk ansvarlige og asylansøgere. Uvilje til deltagelse fra asylansøgernes side bliver ikke vurderet som værende en hindring for deltagelse (Smittskyddsinstituttet 2012b).

Helbredsundersøgelsen inkluderer en individuel samtale, prøvetagning, gennemgang af vaccinationsstatus og en objektiv undersøgelse. Tilbud om prøvetagning inkluderer HIV, HBV, HCV og syfilis for alle asylansøgere. TB-undersøgelse tilbydes asylansøgere fra lande med høj forekomst. Asylsøgende børn i førskolealderen undersøges for Giardia parasitter i afføringen, og gravide kvinder testes for røde hunde. Derudover tilbydes relevante undersøgelser efter en individuel vurdering (Socialstyrelsen Sverige 2012).

4.10.1.2. *Kvoteflygtninge og familiesammenførte i Sverige*

Den sundhedsmæssige modtagelse af kvoteflygtninge og familiesammenførte i Sverige beskrives, som forløbende meget identisk. I Sverige anbefales, at alle kvoteflygtninge og familiesammenførte fra lande med høj forekomst af smitsomme sygdomme tilbydes en helbredsundersøgelse. En opgørelse tyder på, at det i år 2000 kun var ca. halvdelen, som fik dette tilbud, og at det til dels kan skyldes manglende information om ankomsten af nye familiesammenførte til de svenske landsting (Socialdepartementet 2005).

4.10.2. Norge

Modtagelsesproceduren i Norge adskiller sig lidt fra den svenske og danske, idet TB-screening her er lovpligtig for familiesammenførte, asylansøgere, kvoteflygtninge og andre fra lande med høj forekomst, som opholder sig i landet over tre måneder. Bacillus Calmette–Guérin vaccination (BCG) gives til børn og unge voksne, som vurderes i øget risiko for at blive smittet med TB (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2009). I 1999 var deltagelsen i den lovpligtige TB-screening dog kun på 50 %. Af alle diagnosticerede tilfælde blev ca. 25 % fundet via screening, og resten diagnosticeredes på baggrund af henvendelse med symptomer. Den lave deltagelse tilskrives mangelfuld kommunikation mellem myndighederne (Farah et al. 2005).

4.10.2.1. *Flygtninge, som er tildelt asyl på baggrund af en spontan ansøgning i Norge*

Asylansøgere i Norge bosættes straks efter ankomst i en såkaldt transitmodtagelse. Her organiseres obligatorisk TB-screening, og der ydes hjælp til akutte lidelser. Efter et kortere ophold i transitmodtagelsen overføres asylansøgere til kommunale modtagecentre. Kommunerne er her ansvarlige for at organisere sundhedsydelser, inklusive tilbud om helbredsundersøgelser. Der er udvalgte kommuner, som har organiseret udvidede sundhedstilbud, og som har kapacitet til at modtage asylansøgere med særlige behov

for sundhedsydelse. Asylansøgere, som får opholdstilladelse, bosættes i kommunerne, som herefter er ansvarlige for at organisere kontakt til kommunale sundhedstjenester, og for at der følges op på eventuelle behov for sundhedsydelse (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2012).

4.10.2.2. Kvoteflygtninge i Norge

I Norge genbosættes kvoteflygtninge, i lighed med i Danmark, direkte i kommuner efter ankomst. Til forskel fra Danmark er der dog nedskrevne retningslinjer for den sundhedsmæssige modtagelse. Den ansvarlige for modtagelsen skal, i samråd med en læge, sørge for, at der organiseres tilbud om frivillig helbredsundersøgelse hos en kommunal læge. Desuden skal den lovpligtige TB-screening gennemføres inden for 14 dage efter ankomst (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2012).

4.10.2.3. Familiesammenførte i Norge

Familiesammenførte i Norge bosættes direkte hos deres familiemedlemmer, men derudover adskiller norske retningslinjer sig noget fra dansk praksis. I Norge skal Politiet sørge for, at en ansvarlig kommunal læge underrettes om ankomst. Denne læge er herefter ansvarlig for, at den obligatoriske TB-screening foretages inden for "rimelig tid" (ca. 4 uger). Kommunen skal også sørge for tilknytning til lokale sundhedstilbud. Det fremhæves specifikt, at familiesammenførte fra lande med høj forekomst af blodbårne infektionssygdomme, som gifter sig med nordmænd, også bør have tilbud om undersøgelse for relevante sygdomme (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2012).

4.11. Sammenfatning

Dansk lovgivning giver formelt set alle nyankomne indvandrere med permanent eller midlertidig opholdstilladelse ret til sundhedsydelse på lige fod med danske statsborgere. Dette inkluderer vederlagsfri traumerehabilitering og ret til tolkebistand, når behandlende læge skønner behov herfor. Organiseringen af den sundhedsmæssige modtagelse af henholdsvis kvoteflygtninge, andre flygtninge og familiesammenførte i Danmark har vi imidlertid fundet varierer en del, særligt hvad angår sundhedsrelaterede tiltag forud for bosættelsen i kommunerne. Sammenlignet med Sverige og Norge er den danske organisering af den sundhedsmæssige modtagelse mindre velbeskrevet og muligvis også mindre systematisk organiseret. Vi har dog, ud fra den tilgængelige litteratur, ikke kunnet afgøre, hvordan modtagelsen i praksis organiseres i de enkelte kommuner og hos alment praktiserende læger. Særligt hvad angår familiesammenførte, er der dog tilsyneladende et fravær af systematisk sundhedsmæssig modtagelse i Danmark, og for alle de nævnte grupper af nyankomne er der kun få retningslinjer for den sundhedsmæssige modtagelse i kommunerne og i almen praksis.

Hvad angår overvejelser om frivillige versus obligatoriske helbredsundersøgelser har vi fundet, at tilslutningen til frivillige helbredsundersøgelser i Sverige tilsyneladende er på samme niveau som i Norge, hvor TB-screening er obligatorisk, og hvor den relativt lave tilslutning tilskrives mangelfuld kommunikation mellem myndighederne.

Sundhedsmæssige indsatser i kommunernes integrationsprogram varierer hvad angår programmer for kvoteflygtninge. Da integrationsprogrammerne i princippet ikke bør variere afhængigt af opholdsgrund, mener vi, at det med rimelighed kan antages, at lignende forhold kan gælde for integrationsprogrammer

for andre flygtninge og familiesammenførte. En mulig årsag til den fundne variation kan være, at der ikke er nationale retningslinjer for, hvorvidt integrationsprogrammet bør indeholde sundhedsmæssige indsatser.

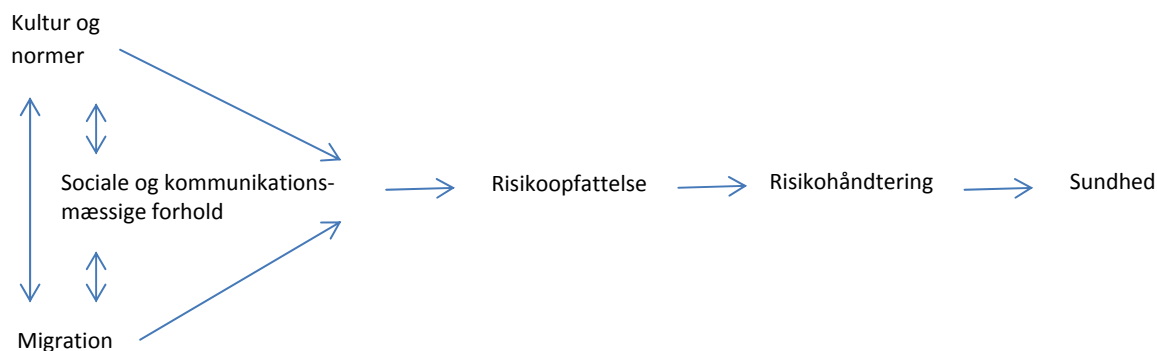
5. Hvordan er sundhedsadfærden blandt nyankomne?

For at kunne tilrettelægge og prioritere sundhedsfremmende indsatser for nyankomne kan det være nyttigt at have viden om gruppens sundhedsadfærd som eksempelvis kost-, motions-, ryge- og alkoholvaner samt reproduktiv sundhed.

Det er kendt, at sundheds- og sygdomsadfærd påvirkes af forskellige faktorer som social position, sociale og miljømæssige omstændigheder, individets viden om kroppens funktioner og om, hvad der påvirker sygdom og sundhed samt forventninger til egen indsats. Indsatser bør således også tage højde for det erfarings- og vidensniveau, som findes i målgruppen, hvilket kan variere væsentligt i forhold til oprindelsesland, køn og uddannelsesniveau (Mygind et al. 2006).

Sammenhængen mellem indvandreres forventninger til egen indsats og hvad, der kan påvirke disse forventninger, illustreres i Figur 5-1, efter Sundhedsstyrelsens udgivelse om etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici (Mygind et al. 2006).

Figur 5-1: Sammenhængen mellem kultur og normer, migration, sociale forhold og risikoopfattelse, tilpasset efter Mygind et al. 2006



Det ses af Figur 5-1, at mange forskellige faktorer kan have indflydelse på indvandreres sundhedsadfærd. Herunder migrationsprocesser, kultur, normer og andre sociale forhold. Disse forhold varierer både mellem og internt i indvandregrupper, hvilket understreger vigtigheden af at have blik for bagvedliggende mekanismer med betydning for sundhedsadfærd.

Der findes ingen danske undersøgelser af nyankomnes sundhedsadfærd og sundhedsvaner. Men for etniske minoriteter fra ikke-vestlige lande er fundet nogle overordnede tendenser, hvad angår nogle sundhedsvaner i Danmark, mens billedet er mere broget hvad angår andre. Generelt er der fundet betydelige variationer i forhold til oprindelseslande og køn. Enhver tolkning af undersøgelser, der søger at

kortlægge sundhedsvaner hos indvandrere, må derfor tage højde for faktorer som oprindelsesland, køn, alder, sociale forhold og opholdstid i Danmark.

5.1. Kost, overvægt og fysisk aktivitet

Det fremgår af Tabel 5-1, at indvandrere, hvor der ikke tages højde for opholdstid, generelt spiser mere grønt end danskere (Hansen, Kjølner 2006) og ser ud til at have et lidt større sukkerforbrug (Singhammer 2008). Overvægt er i en undersøgelse fundet at være mere hyppigt hos etniske minoriteter end hos etniske danskere (Singhammer 2008), mens en anden undersøgelse ikke finder nogen forskelle grupperne imellem (Hansen, Kjølner 2006). Der er et gennemgående billede af, at indvandrere på tværs af oprindelse er mindre fysisk aktive end personer med dansk oprindelse, og tendensen ser ud til at være særligt udtalt for kvinder (Singhammer 2008, Hansen, Kjølner 2006). For flygtninge, som ikke var nyankomne, er det desuden fundet, at torturoverleverne med fysiske smerteproblematikker har et nedsat aktivitetsniveau (Prip, Persson & Sjolund 2011).

Tabel 5-1: Kost, overvægt og fysisk aktivitet blandt indvandrere, som ikke alle er nyankomne, sammenlignet med personer med dansk oprindelse

Undersøgelse	Materiale	Metode	Resultat
SUSY 2005 (Hansen, Kjølner 2006)	9.901 danskere 136 ikke-vestlige indvandrere 25-64 år, uspecificeret opholdstid.	Spørgeskema	Ikke-vestlige indvandrere: Højere indtag af grønsager, ikke signifikant flere overvægtige, mindre fysisk aktivitet
Etniske minoriteters sundhed (Singhammer 2008)	1131 etniske danskere 2866 ikke-vestlige indvandrere, mindst 3 års ophold i DK 18-66 år	Spørgeskema	Ikke-vestlige indvandrere: Højere sukkerindtag for visse oprindelseslande, flere overvægtige og mindre fysisk aktivitet
Sundhedsprofil 2010 (Statens Institut for Folkesundhed 2012)	269.246 med dansk baggrund 18.192 med ikke-vestlig baggrund	Spørgeskema	<p>Andel med sunde kostvaner: Dansk baggrund 23,7 % Ikke-vestlig baggrund 28,9 %</p> <p>Andel med overvægt eller svær overvægt: Dansk baggrund 60,7 % Ikke-vestlig baggrund 58,2 %</p> <p>Andel som dyrker hård/mellemhård fritidsaktivitet: Dansk baggrund 28,8 % Ikke-vestlig baggrund 23,1 %</p>

5.2. Rygning

Af Tabel 5-2 ses en tendens til, at etniske minoritetsmænd generelt ryger mere end etnisk danske mænd. Tendensen er særligt udtalt for mænd af tyrkisk oprindelse, mens mænd af somalisk oprindelse ikke ryger mere end etnisk danske mænd. For kvinderne gælder, at samtlige grupper af etniske minoritetskvinder ryger mindre end etnisk danske kvinder (Singhammer 2008). En anden undersøgelse finder dog ingen forskelle i andelen af daglig-rygere mellem ikke-vestlige indvandrere og personer med dansk oprindelse (Hansen, Kjølner 2006).

Tabel 5-2: Rygning blandt indvandrere, som ikke alle er nyankomne, sammenlignet med personer med dansk oprindelse

Undersøgelse	Materiale	Metode	Resultat
SUSY 2005 (Hansen, Kjølner 2006)	9.901 danskere. 136 ikke-vestlige indvandrere 25-64 år, uspecificeret opholdstid.	Spørgeskema	Ingen signifikant forskel
Etniske minoriteters sundhed (Singhammer 2008)	1131 etniske danskere 2866 ikke-vestlige indvandrere, mindst 3 års ophold i DK 18-66 år	Spørgeskema	Ikke-vestlige indvandrere: Tendens til flere rygere
Sundhedsprofil 2010 (Statens Institut for Folkesundhed 2012)	269.246 med dansk baggrund 18.192 med ikke-vestlig baggrund	Spørgeskema	Andel dagligrygere: Dansk baggrund 20,9 % Ikke-vestlig baggrund 21,7 %

5.3. Alkohol

Der tegner sig et billede af, at der generelt er et mindre alkoholforbrug hos indvandrere end hos danskere, dog med variationer i forhold til oprindelseslande (Singhammer 2008, Hansen, Kjølner 2006).

5.4. Holdning til egen indsats

Man ved, at individets indstilling til egen indsats har indflydelse på sundhedsadfærden ligesom tiltroen til at være i stand til at ændre adfærd også har stor betydning. En undersøgelse finder, at 57 % af ikke-vestlige indvandrere med dansk statsborgerskab mener, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare et godt helbred, mens dette er tilfældet for 74 % af de øvrige danskere (Hansen, Kjølner 2006).

5.5. Sammenfatning

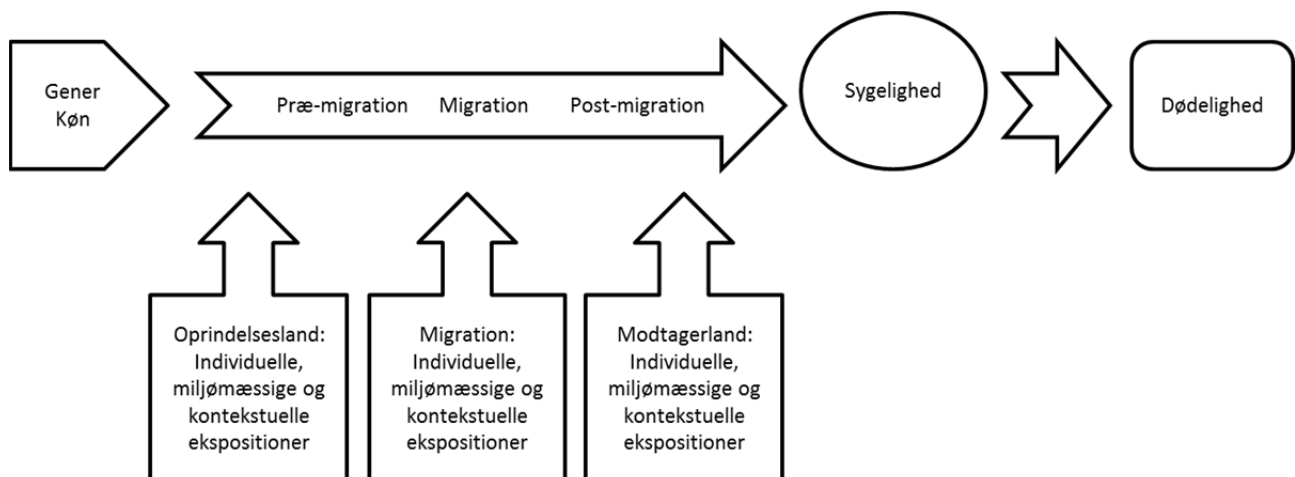
Generelle tendenser for sundhedsadfærd hos ikke-vestlige indvandrere, med uspecificeret opholdstid i Danmark, peger i retning af sundere kostvaner, mindre alkoholforbrug og mindre fysisk aktivitet, sammenlignet med personer med dansk oprindelse. Tallene for overvægt og rygning varierer mellem forskellige undersøgelser og afhængigt af oprindelsesland, køn og uddannelsesniveau. En svaghed ved flere af undersøgelserne er imidlertid, at der ikke justeres for sociale forhold, hvilket sandsynligvis har en vis betydning for de forskelle, som findes mellem ikke-vestlige indvandrere og personer med dansk oprindelse. Sundhedsadfærden for nyankomne indvandrere kan ses som et produkt af individets livsvilkår, vidensniveau, vaner og normer. Herunder normer og skikke i oprindelseslandet, forhold under migrationen og sluttelig livsvilkår, normer og skikke i Danmark. På den baggrund har forskellige undersøgelser naturligt nok fundet variationer i sundhedsadfærden i forhold til oprindelsesland, køn og uddannelsesniveau. Der må derfor udvises varsomhed med kategoriseringer om sundhedsadfærd for den samlede gruppe af indvandrere. Derimod vil det være meningsfuldt at fremhæve betydningen af, at sundhedsmæssige indsatser på det individuelle plan tager højde for faktorer som køn, oprindelsesland, uddannelsesniveau, viden om kroppens funktioner samt sygdom og sundhed, viden om sundhedssystemet, normer og kultur, sociale netværk – og ressourcer og forventninger til egen indsats.

6. Hvordan er sundhedstilstanden blandt nyankomne?

Der findes kun få danske studier af nyankomne indvandreres sundhedstilstand, og de studier, der findes, inkluderer relativt få individer. Det er derfor svært at redegøre fyldestgørende for indvandreres sundhedsstatus ved ankomst til Danmark. Vi har på den baggrund valgt at inddrage udenlandske undersøgelser af nyankomnes sundhedstilstand i tilfælde, hvor disse undersøgelser inkluderer indvandrere fra Asien og Afrika. Desuden har vi valgt at inddrage viden om sundhedsstatus for etniske minoriteter i Danmark, hvor der ikke tages højde for opholdstid, da vi mener, at det kan give et billede af, hvilke sundhedsproblemer nyankomne indvandrere kan forventes at have et stykke tid efter ankomst og muligvis også ved ankomst. En sådan viden vil kunne anvendes i tilrettelæggelsen af eventuelle screeninger og forebyggende indsatser.

Resultater af undersøgelser af sundhedstilstanden hos indvandrere er imidlertid afhængige af faktorer som oprindelsesland, årsager til migration, opholdstid i modtagerland, metoder til dataindsamling, gældende asylregler, politiske og humanitære forhold i oprindelseslandet, socioøkonomiske faktorer, genetik, miljø, adgang til sundhedsydelse og meget mere. Det er derfor blevet betegnet som formålsløst at forsøge at generalisere om den generelle sundhedsstatus på tværs af migrantgrupper (Ingleby 2009). Derimod er der nogle generelle forudsætninger, som gør sig gældende for mange indvandrere fra ikke-vestlige lande. Figur 6-1 illustrerer, hvordan sundhed kan betragtes som en akkumulering af de biologiske og psykosociale faktorer, som gennem livet har formet og påvirket individet. Disse faktorer må derfor integreres, hvis vi ønsker større viden om sundhedsforhold for nyankomne indvandrere (Spallek, Zeeb & Razum 2011)

Figur 6-1: Ekspositioner og sundhedsmæssige konsekvenser relaterede til migrationsprocessen i et livsforløbsperspektiv. Modellen er tilpasset efter Spallek et al. 2011



En ensidig fokusering på forhold i modtagerlandet vil indebære en risiko for undervurdering af betydningen af forhold i oprindelseslandet og under migrationen. Ved at antage et livsforløbsperspektiv, som illustreret i Figur 6-1, tages der højde for biologiske og psykosociale mekanismer, som over et livsforløb påvirker individets sundhed. Et livsforløbsperspektiv kan også være med til at skabe forståelse for de forskelle i

helbredsforhold, der ses mellem indvandrere og den oprindelige befolkning i modtagerlande samt de forskelle, der kan ses mellem forskellige grupper af indvandrere. Forskellige eksempler kan være med til at illustrere dette:

1. Den præmigratoriske fase i oprindelseslandet kan være præget af en høj forekomst af infektioner, som senere i livet kan føre til en høj forekomst af de kræftsygdomme, som er relateret til infektioner.
2. Under migrationen kan der være et forhøjet niveau af fysisk og mentalt stress, som senere i livet kan medvirke til en forhøjet forekomst af kroniske og psykiske sygdomme.
3. I modtagerlandet kan en lav socioøkonomisk position, psykologisk stress og ændringer i livsstil være forbundet med en øget forekomst af kroniske og psykiske sygdomme.

Migration kan imidlertid også være forbundet med bedre sundhedstilstand hos de observerede grupper. Dette kan have forskellige forklaringer som den såkaldte *healthy migrant effect*, hvor det fortrinsvis er unge raske individer, der besidder de fornødne ressourcer til at emigrere til f.eks. Danmark og derfor udgør en selekteret gruppe af unge og, relativt set, sunde individer (Norredam et al. 2011a). Desuden kan en bedre sundhedstilstand være forbundet med opretholdelsen af sunde livsstilsvaner med rod i oprindelseslandet, som eksempelvis et højt indtag af grøntsager. Imidlertid ses der også forskelle i forekomsten af kroniske sygdomme mellem grupper, som er bosiddende i ikke-vestlige oprindelseslande og grupper fra samme lande, som har emigreret til et vestligt land. For eksempel har gentagne undersøgelser vist et drastigt fald i infektionssygdomme efter ankomst til vestlige modtagerlande og en langsom, men vedvarende stigning i forekomsten af kroniske sygdomme. Dette tilskrives forhold i modtagerlande som bedre adgang til sundhedsydelser og uhensigtsmæssige livsstilsvaner, som adapteres i modtagerlandet.

På baggrund af ovenstående må der, i tilfælde hvor der inddrages undersøgelser, som ikke tager højde for opholdstid i Danmark, tages forbehold for, at de helbredsproblemer som findes, kan være et udtryk for levevilkår i Danmark. Resultaterne kan derfor ikke nødvendigvis overføres direkte på nyankomne indvandrere, ligesom der kan være store forskelle i relation til oprindelsesland.

6.1. Dødelighed

Overordnet er det fundet, at ikke-vestlige indvandrere i Europa har en lavere dødelighed end den oprindelige befolkning i modtagerlandene (Bos et al. 2005, Gadd et al. 2006, Razum et al. 1998). Dette tilskrives især den tidligere omtalte *healthy migrant effect*, hvor gruppen af indvandrere blandt andet forventes at have en lavere alderssammensætning end den oprindelige befolkning i europæiske modtagerlande. Men selv når der justeres for alder og indkomst, har en ny dansk undersøgelse fundet, at flygtninge og indvandrere samlet har en lavere dødelighed end personer med dansk oprindelse (Norredam et al. 2012). For specifikke sygdomme fandtes lavere dødelighed for kræft og hjertekarsygdomme (Norredam et al. 2012), mens dødeligheden for infektioner var højere (Norredam et al. 2011a). Ud fra vores viden om præmigratoriske, migratoriske og postmigratoriske forhold som krig, flugt, ringe adgang til sundhedsydelser, fysisk og seksuel vold, ringe ernæring, ringe sanitære forhold, stress og belastede socioøkonomiske vilkår, kan det undre, at der findes en lavere aldersjusteret dødelighed hos indvandrere.

Healthy migrant effect, forskelle i opførelsesmetoder, re-migration til hjemlandet, genetik og livsstil mener vi kan forklare noget af forskellen, men der mangler fortsat viden om årsager til den relativt set lavere dødelighed hos indvandrere.

6.2. Sygelighed

En af de få danske undersøgelser af nyankomne indvandreres sundhedstilstand, der findes, er en screening af et lille antal (n = 55) nyankomne flygtninge og familiesammenførte i en jysk kommune. Her fandt man en høj forekomst af kroniske, somatiske lidelser, hvor 64 % havde en eller flere somatiske sygdomme, som krævede behandling eller videre udredning. En stor andel led af almindelige somatiske sygdomme som hjertekarsygdomme eller maveinfektioner, og langt de fleste af børnene havde ikke gennemført vaccinationsprogrammer (Kristensen, Mandrup 2005).

Derudover findes en undersøgelse af helbredsstatus hos nyankomne vietnamesiske kvoteflygtninge, som ankom til Danmark i årene 1979 – 1982 (Wilcke et al. 1998, Skinhoj et al. 1981). For gruppen af asylansøgere findes en undersøgelse af helbredsstatus ved ankomst til Danmark i årene 1986 – 1988 (Kjersem, Jepsen 1990, Kjersem 1996, Kjersem et al. 1990), en undersøgelse af selvmord i perioden 2001 – 2003 (Stæhr, Munk-Andersen 2006) samt en undersøgelse, primært af tortur og psykiske helbredsforhold, ved ankomst til Danmark i 2007 (Masmus et al. 2010, Masmus et al. 2008). Specifikke undersøgelser af asylansøgende børn er foretaget i 1997 (Abdalla 2002) og 1992 – 1993 og 2006 (Montgomery, Foldspang 2005, Nielsen et al. 2008, Nielsen et al. 2009b) med primært fokus på psykiske helbredsproblemer. Desuden er der foretaget en undersøgelse af tandsundhed hos børn i år 2000 (Torres 2000).

Resultaterne fra danske undersøgelser af nyankomne indvandrere og asylansøgers helbredsforhold varierer så meget, at det kan være problematisk at angive forekomster af specifikke sygdomme for den samlede gruppe af nyankomne indvandrere. Såfremt dette alligevel gøres, må der tages en række forbehold i forhold til forskelle i oprindelseslande, tidsperiode for indvandring, indvandrestatus, metoder til dataindsamling mv. Generelt ses en tendens til en højere forekomst af infektioner og mave-tarmsygdomme (Kjersem 1996, Kjersem et al. 1990, Kristensen, Mandrup 2005, Skinhoj et al. 1981) samt psykiatriske lidelser (Kjersem 1996, Masmus et al. 2010). Det er desuden fundet, at 19 % af asylansøgere ved afrejse fra asylcentre blev vurderet til at have behov for yderligere behandlinger pga. dårlig fysisk helbredstilstand. Heraf vurderedes halvdelen at have et behov for behandling, som hastede (Kjersem 1996).

Udenlandske studier af nyankomne indvandrere har ligeledes generelt fundet en høj forekomst af infektionssygdomme (Gabriel et al. 2011, Correa-Velez et al. 2011, Martin, Mak 2006, Sheikh et al. 2009, Tiong et al. 2006, McLeod, Reeve 2005). I flere studier findes dog også en relativt høj forekomst af ikke-overførbare kroniske sygdomme som psykiske belastningsreaktioner, diabetes og ringe tandstatus (Correa-Velez et al. 2011, Kingsford Smith, Szuster 2000, Tiong et al. 2006, Yun et al. 2012). Mens billedet for hjertekarsygdomme, lungesygdomme og muskuloskeletale sygdomme er mere uensartet (Gabriel et al. 2011, Correa-Velez et al. 2011, Martin, Mak 2006, Sheikh et al. 2009, Tiong et al. 2006, McLeod, Reeve 2005).

Danske undersøgelser af ikke-vestlige indvandrere, som ikke alle var nyankomne, har fundet, at indvandrere vurderer deres eget helbred dårligere end personer med dansk oprindelse (Tabel 6-1). Selvvurderet helbred er kendt som en valid indikator for sygelighed og dødelighed og kan således give et indtryk af den generelle sundhedstilstand i gruppen (Idler, Benyamini 1997). Der er desuden fundet en større andel af etniske minoriteter end etniske danskere med tre eller flere langvarige sygdomme. Den højeste forekomst ses hos etniske minoriteter fra Irak (48 %) og Libanon/Palæstina (47 %) (Singhammer 2008).

Tabel 6-1: Selvvurderet helbred blandt indvandrere, som ikke alle er nyankomne, sammenlignet med personer med dansk oprindelse.

Undersøgelse	Materiale	Metode	Resultat
SUSY 2005 (Hansen, Kjølner 2006)	9.901 danskere 136 ikke-vestlige indvandrere, uspecificeret opholdstid i DK 25-64 år	Spørgeskema	Ikke-vestlige indvandrere: Dårligere selvvurderet helbred
Etniske minoriteters sundhed (Singhammer 2008)	1131 etniske danskere 2866 ikke-vestlige indvandrere, mindst 3 års ophold i DK 18-66 år	Spørgeskema	Ikke-vestlige indvandrere: Dårligere selvvurderet helbred
Sundhedsprofil 2010 (Statens Institut for Folkesundhed 2012)	269.246 med dansk baggrund 18.192 med ikke-vestlig baggrund	Spørgeskema	Angivelse af godt selvvurderet helbred: Dansk baggrund 85,7 % Ikke-vestlig baggrund 72,5 %

Helbredsproblemer kan klassificeres som enten psykiske eller somatiske, men i realiteten findes ofte en sammenhæng mellem de to. Eksempelvis ses en høj forekomst af smerter og muskuloskeletale problemer hos flygtninge med psykiske problemer (Olsen et al. 2007). Det er ligeledes fundet, at det at have været udsat for traumatiske begivenheder, som eksempelvis tortur, øger risikoen for at lide af somatiske såvel som psykiske sundhedsproblemer (Gerritsen et al. 2006a, Agyemang et al. 2012).

For specifikke sygdomskategorier, og hvor ikke alle inkluderede var nyankomne, har vi fundet en generel tendens til, at indvandrere fra ikke-vestlige lande har en højere forekomst af infektionssygdomme, smerter, diabetes og psykiske sygdomme (Norredam et al. 2010a, Rechel, Mladovsky & Devillé 2011, Hansen, Kjølner 2006, Singhammer 2008) mens forekomsten af ulykker og en del kræftformer er lavere. Billedet er uensartet for hjertekarsygdomme og muskuloskeletale lidelser (Rechel, Mladovsky & Devillé 2011). Traditionelt har helbredsundersøgelser af nyankomne indvandrere haft en del fokus på infektionssygdomme ud fra et ønske om at beskytte befolkninger i modtagerlandene, og fordi man forventede at finde en høj forekomst af infektionssygdomme hos ikke-vestlige indvandrere.

I det følgende redegøres for udvalgte sygdomskategorier, som er bestemt ud fra to kriterier:

1. Sygdomme, der, relativt set, ikke udgør en stor andel af indvandreres samlede sygdomsbyrde, men som af den ene eller anden årsag findes hyppigere hos indvandrere end hos personer med dansk oprindelse. Eksempler herpå er importerede infektionssygdomme.
2. Sygdomme, der udgør en væsentlig sundhedsbyrde hos indvandrere. Typisk såkaldte folkesygdomme som diabetes, hjertekarsygdomme samt psykiske sygdomme.

6.2.1. Infektionssygdomme

Infektionssygdomme udgør talmæssigt en mindre andel af den samlede sygdomsbyrde for såvel indvandrere som personer med dansk oprindelse. Ikke desto mindre er der flere grunde til at beskæftige sig med infektionssygdomme hos nyankomne indvandrere. Sammenlignet med personer med dansk oprindelse er indvandrere overrepræsenterede i opgørelser over flere infektionssygdomme; nogle grupper af flygtninge og familiesammenførte er fundet at have op til fire gange så stor risiko for at dø af en infektionssygdom som etniske danskere (Norredam et al. 2011b), behandlingen af flere infektionssygdomme er relativt enkel og omkostningseffektiv, og der kan være risiko for smitte ved manglende diagnostik og behandling.

Årsager til at indvandrere er mere belastede af infektionssygdomme end personer med dansk oprindelse, kan sandsynligvis findes i de forhold, at infektionsrater afspejler forhold i oprindelseslande med højere forekomster, dårligere fungerende eller nedbrudte sundhedssystemer og ringere sanitære forhold samt belastende forhold og smitterisici under migrationen. Postmigratorisk er indvandrere oftere påvirkede af relativt belastende sociale vilkår med risiko for social eksklusion og diverse barrierer i adgangen til sundhedsydelse, som eksempelvis sprogbarrierer og manglende viden om og evne til at manøvrere i det danske sundhedssystem.

I det følgende redegøres for specifikke infektionssygdomme, der alle forekommer hyppigere hos ikke-vestlige indvandrere end hos personer med dansk oprindelse.

6.2.1.1. Tuberkulose

Tuberkulose (TB) skyldes en infektion med bakterien *mycobacterium tuberculosis*, som oftest overføres via svævende ophostede dråber. TB manifesterer sig oftest i lungerne, men kan også optræde i andre organer, som knogler eller lymfekirtler. Der skelnes mellem aktiv og latent TB, hvor sidstnævnte er en ikke smittefarlig bærertilstand, der potentielt kan udvikle sig til aktiv TB. TB er ifølge verdenssundhedsorganisationen (WHO) kun smittefarligt, hvis det sidder i lungerne og der er nok bakterier til at man kan se dem i et mikroskop i en ophost-prøve. Tidlig diagnose og iværksættelse af behandling er essentielt for at stoppe smittespredning samt for at reducere dødeligheden. TB kan i de fleste tilfælde behandles med antibiotika over en periode på minimum 6 måneder.

TB smitteopsporing blandt asylansøgere i Dansk Røde Kors' asylcentre følger generelt de danske principper om diagnostik via passiv smitteopsporing (patienten henvender sig med symptomer til sundhedssektoren) (Seersholm et al. 2010). Dog helbredscreens alle asylansøgere via en samtale med en sygeplejerske. I tilfælde, hvor sygeplejersken ved helbredsundersøgelsen finder, at asylansøgeren er i risiko for at være smittet med TB, vil der blive henvist til yderligere udredning hos læge, som evt. henviser til videre udredning på lungemedicinsk afdeling. Dansk Røde Kors oplyser, at det er deres erfaring, at i de tilfælde, hvor TB diagnosticeres ved ankomst, er sygdommen allerede kendt (Andersen 2012).

For øvrige indvandrergupper er der ikke et systemiseret tilbud om screening af højrisikogrupper ved ankomst og for ingen indvandrergupper er der systematiske tilbud om opfølgning efter ankomst. Fraset aktiv smitteopsporing blandt relevante højrisikogrupper i Hovedstadsområdet, er al senere diagnostik baseret på passiv smitteopsporing.

Den generelle befolkning i Danmark har en lav forekomst af TB. I de seneste år er der anmeldt omkring 370 tilfælde årligt (Tabel 6-2). Godt seks ud af 10 tilfælde findes hos indvandrere eller efterkommere (Kamper-Jorgensen et al. 2012b, Statens Serum Institut 2010c), hvilket er på samme niveau som i Storbritannien (Harling et al. 2007). I Norge findes godt otte ud af 10 tilfælde hos indvandrere eller efterkommere (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2011), og de fleste tilfælde diagnosticeres det første år efter ankomst (Farah et al. 2005).

Tabel 6-2: Anmeldte tilfælde af diagnosticeret aktiv tuberkulose i Danmark 2007 - 2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Gennemsnit
Personer med dansk oprindelse	151	138	112	137	136	135
Indvandrere	241	224	170	167	220	204
Efterkommere af indvandrere	0	0	17	9	13	8
Turister	0	1	2	1	4	2
Uoplyst	3	11	30	49	12	21
I alt	395	374	331	363	385	370

Kilde: Statens Serum Institut 2012

Dødeligheden hos alle grupper med TB var i årene 2005-2007 på 6 % (Statens Serum Institut 2010b). Til sammenligning er den i Canada fundet at være så høj som 11 % (Greenaway et al. 2011). Hvis en flygtning eller familiesammenført dør af en infektionssygdom i Danmark, er risikoen for, at det er TB hos henholdsvis kvindelige og mandlige indvandrere fundet at være på 9 % og 24 %. Tilsvarende tal for etnisk danske kvinder og mænd er på henholdsvis 4 % og 2 % (Norredam et al. 2011a). Dette på trods af at der findes effektiv behandling for sygdommen, hvis den opspores i tide.

Imidlertid ser det ikke ud til, at indvandrere udgør en nævneværdig smittefare for den danske befolkning. Der er en yderst begrænset smitterate mellem personer med dansk oprindelse og indvandrere. Langt størstedelen af indvandrere, der diagnosticeres med TB i Danmark er smittet i oprindelseslandet og reaktiverer først deres latente infektion i årene efter ankomst. Nogle er dog smittet i Danmark – og da oftest af individer fra samme etniske gruppe (Kamper-Jorgensen et al. 2012a, Kamper-Jorgensen et al. 2012b).

Rutinemæssig screening for TB hos nyankomne indvandrere har vist sig ikke at være omkostningseffektivt, samt at oppebære flere hindringer. Man kan f.eks. have TB i lungerne uden at kunne se det på et røntgenbillede af lungerne. Den traditionelle hudtest kan også blive positiv på baggrund af tidligere BCG-vaccination, og blodprøven, der er meget mere følsom, kan ikke skelne mellem latent infektion og aktiv tuberkuløs sygdom. Da blodprøven fortsat er relativt dyr og det må forventes at en større andel af indvandrere fra ikke-vestlige lande har latent TB, foreslås det, at blodprøve og evt. efterfølgende præventiv behandling udelukkende bør tilbydes udvalgte højrisikogrupper (Arshad et al. 2010, Kamper-Jorgensen 2012, Nienhaus et al. 2011). TB screening og evt. præventiv behandling af indvandrere er derfor en kompleks størrelse.

Selvom de fleste europæiske lande tilbyder en eller anden form for TB-screening af nyankomne, er der store variationer i procedurerne, og der mangler fortsat evidens for effektiviteten af de forskellige tilgange (Blumberg et al. 2010, Dara et al. 2012, Hargreaves, Carballo & Friedland 2009). Manglen på solid evidens

besværliggør udarbejdelsen af anbefalinger for *best practice*, men området har for tiden en del bevågenhed, og en anbefaling for indsatsen mod TB i den europæiske region er netop nu under udarbejdelse af et udvalg under WHO (Dara et al. 2012).

Den øgede forekomst af TB blandt indvandrere fra f.eks. Afrika, Asien og Østeuropa er forventelig, da dette er regioner med høj TB forekomst (Kamper-Jorgensen et al. 2012b). Overdødeligheden af TB blandt flygtninge og familiesammenførte i Danmark (Norredam et al. 2011a) kunne derimod underbygge, at adgangen eller brugen af sundhedsydelse ikke er optimal og at procedurerne for TB-screening ved ankomst og for opfølgning blandt højrisikogrupper efter ankomst, kunne skærpes. Inkluderede undersøgelser peger desuden på, at for yderligere at kunne reducere forekomsten og dødeligheden af TB hos indvandrere, kræves en systematisering og prioritering af tilbuddene til nyankomne, og en forbedret opfølgning efter ankomst. Således anføres det, at diagnosen vil kunne stilles tidligere og korrekt behandling kunne iværksættes hurtigere. Endvidere nævnes, at opfølgningen ville kunne optimeres gennem yderligere uddannelse af screenede personer, familiemedlemmer, sundhedsprofessionelle og andet relevant kontaktpersonale (f.eks. ansatte på væresteder, sprogskoler mm.) (Dara et al. 2012, Norredam et al. 2011a, Frederiksen, Krasnik & Norredam 2012, Kamper-Jorgensen 2012).

6.2.1.2. Viral hepatitis

Globalt udgør hepatitis B og C (HBV & HBC) en betydelig byrde, hvad angår sygdom og død, selvom der eksisterer en effektiv vaccine mod HBV. Danmark har en lille forekomst af HBV og HBC, hvor antallet af anmeldelser af akut og kronisk HBV igennem de sidste 5 år har ligget på omkring 220 tilfælde om året (Tabel 6-3). Heraf udgør indvandrere godt tre ud af fire af de smittede (Statens Serum Institut 2012). Det er imidlertid langt fra alle tilfælde, som bliver anmeldt (Statens Serum Institut 2010d). En opgørelse fra 2009 viste, at indvandrere med kronisk HBV var fordelt på 44 forskellige nationaliteter, heraf 51 (44 %) fra Asien, 25 (21 %) fra Europa, 18 (15 %) fra Afrika, 13 (11 %) fra Tyrkiet, otte (7 %) fra Mellemøsten og Nordafrika og to (2 %) fra Grønland. Hyppigst angivne smittevej var mor-barn-smitte. Kun 56 af de 176 kvinder (32 %) var anmeldt til Statens Serum Institut, jf. lægers pligt til anmeldelse af smitsomme sygdomme (Statens Serum Institut 2010d).

Tabel 6-3: Anmeldte tilfælde af akut eller kronisk hepatitis B i Danmark 2007 – 2011.

	2007	2008	2009	2010	2011	Gennemsnit
Personer med dansk oprindelse	55	40	42	41	47	45
Indvandrere	232	163	130	127	209	172
Efterkommere	0	1	8	5	6	4

Kilde: Statens Serum Institut 2012 (Statens Serum Institut 2012).

Der er begrænsede data om forekomsten af HBV hos nyankomne. En undersøgelse af 55 nyankomne flygtninge og familiesammenførte (primært somaliere) i en mindre jysk kommune fandt i 2000 – 2002 en forekomst af HBV på 4 % (HBsAg – positive). Ved helbredsundersøgelsen af asylansøgere i asylcentre screenes alle børn på 0-6 år for hepatitis B. En opgørelse over hepatitis B hos børn i asylcentre i Danmark fra 2005 til september 2011 viste, at meget få var smittede. Dansk Røde Kors har på den baggrund foreslået Sundhedsstyrelsen at vaccinere alle i den pågældende alder uden forudgående blodprøve. Der er ingen

rutinemæssig screening for hepatitis B hos voksne asylansøgere (Andersen 2012). I Italien og Grækenland er der påvist forekomster hos asylansøgere på 8,3 – 27,3 % (HBsAg – positive) (Tafari et al. 2010). I Sverige var 80 % af alle tilfælde af kroniske HBV-patienter blevet smittet udenlands. Størstedelen udgjordes af indvandrere, hvoraf den hyppigst angivne smittevej var mor-barn smitte (Smittskyddsinstittet 2012a).

En bedre opsporing af viral hepatitis vil formodentlig medvirke til reduktion i antallet af tilfælde af især hepatitisrelateret skrumpelever og hepatocellulært carcinom og dermed formodentlig et fald i dødeligheden (Almasio et al. 2011, Veldhuijzen et al. 2010). Screening for viral hepatitis er relativt ukompliceret, da den blot kræver en blodprøve, og en hollandsk undersøgelse skønner, at screening af indvandrere kan medføre et fald i dødelighed på 10 %, og at omkostningseffektiviteten er høj (Veldhuijzen et al. 2010). Ligeledes kan der være omkostningseffektive og sundhedsmæssige gevinster ved at screene indvandrere fra højrisikoområder for hepatitis C (Almasio et al. 2011).

6.2.1.3. HIV

Af Tabel 6-4 fremgår det, at indvandrere, relativt set, udgør en betragtelig andel af de diagnosticerede HIV-tilfælde i Danmark. I 2010 blev der anmeldt 274 nye tilfælde, og blandt de anmeldte var 108 indvandrere. Af disse kom 49 % fra Afrika syd for Sahara, 20 % fra Europa, 19 % fra Asien, 6 % fra Nord- eller Sydamerika, 3 % fra Grønland, og 2 % fra Nordafrika.

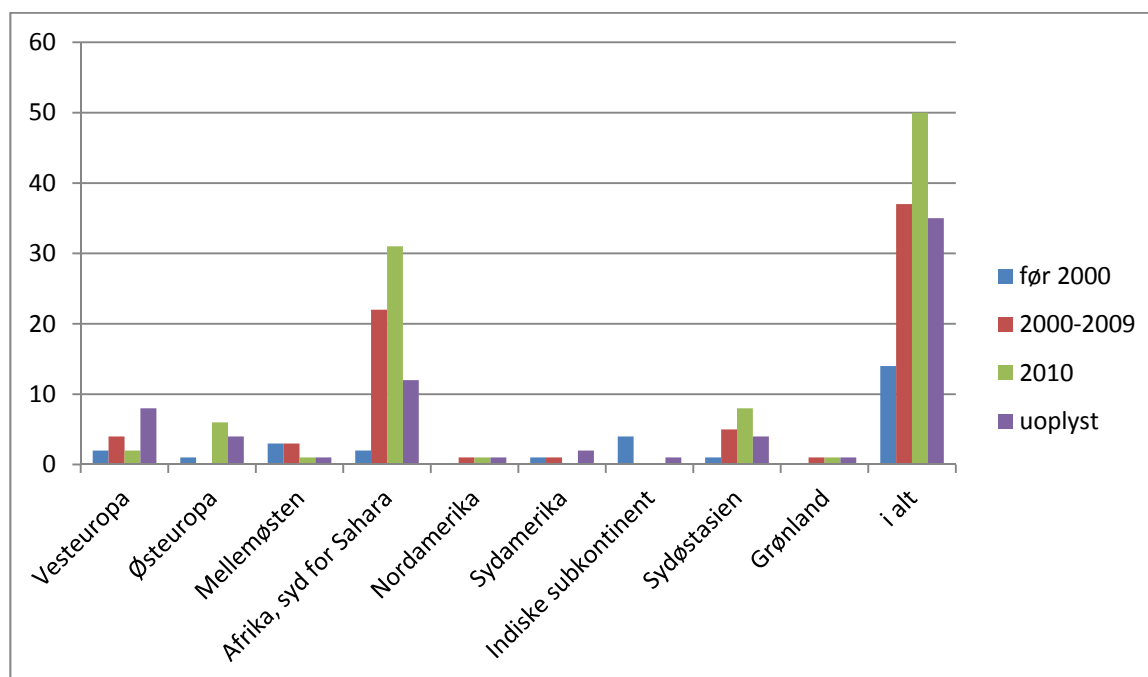
Tabel 6-4: Anmeldte diagnosticerede nye tilfælde af HIV i årene 2007 – 2010

	2007	2008	2009	2010	Gennemsnit
Personer med dansk oprindelse	178	172	134	138	156
Indvandrere	114	99	87	108	102
Efterkommere	2	4	1	3	3
Turister	16	12	18	25	16
Uoplyst	2	5	2	0	2
I alt	312	292	242	274	280

Kilde: Statens Serum Institut 2012

Figur 6-2 illustrerer antallet af nye tilfælde af HIV i 2010 hos indvandrere i forhold til indvandringsår. Det ses, at ca. halvdelen af de tilfælde, hvor der var oplysninger om indvandringsår, var indvandret før 2010. Disse tal kan tyde på, at nyankomne indvandrere enten ikke lader sig teste samme år som de indvandrer til Danmark, eller at smitte er forekommet efter ankomst til Danmark, enten i landet eller i forbindelse med udlandsrejser.

Figur 6-2: Anmeldte nye tilfælde af HIV hos indvandrere i 2010, med angivelse af indvandringsår



Kilde: Statens Serum Institut 2012

Ved anmeldelse af HIV til Statens Serum Institut oplyses desuden, om patienten regnes for smittet i Danmark eller i udlandet (smitteland fremgår ikke af Figur 6-2). I 2010 forelå oplysning om indvandringsår for 76 % af de 96 indvandrere, der var anmeldt som smittet udenfor Danmark. Kun 49 % af disse var indvandret i 2010 (Statens Serum Institut 2011). På den baggrund antager vi, at en betragtelig andel af nyankomne indvandrere ikke lader sig HIV-teste ved ankomst til Danmark, eller at de smittes ved efterfølgende udlandsrejser.

Den frivillige helbredsundersøgelse i asylcentre indeholder et tilbud til alle om at få foretaget en HIV-test, men ifølge Dansk Røde Kors er det kun et fåtal, som lader sig teste. Der er ingen særlige tiltag, som skal motivere til deltagelse i screening for HIV, men Dansk Røde Kors har gennemført diverse pilotprojekter med det formål at højne deltagelsen og vidensniveauet om HIV/AIDS hos asylansøgere. Projekterne har dog ikke medført nogen varige ændringer i praksis (Andersen 2012).

Til sammenligning med de danske opgørelser udgjordes 84 % af samtlige nye tilfælde af HIV-infektion i Sverige af udenlandsk fødte. 80 % af disse havde opholdt sig i Sverige i 2 år eller mindre, og de fleste kom fra lande med høj forekomst af HIV (Smittskyddsinstittet 2012a).

Kun halvdelen af de HIV-positive indvandrere, der blev testet positive i 2010, var testet samme år, som de var indrejst. Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut anbefaler HIV-test af alle nyankomne indvandrere fra højrisikoområder. Denne praksis er tilsyneladende ikke slået igennem endnu (Statens Serum Institut 2011). Vi skønner derfor, at der er brug for en intensiveret oplysningsindsats af nyankomne indvandrere og sundhedsprofessionelle samt en mere systematisk helbreds-mæssig modtagelse (Statens Serum Institut 2011, Frederiksen, Krasnik & Norredam 2012).

6.2.1.4. Parasitter

Det kan være vanskeligt at fastsætte forekomsten af parasitter hos nyankomne indvandrere. Tilgængelige undersøgelsesmetoder er ikke særlig sensitive, symptomerne kan være vage, og individer, som over en længere periode har levet med symptomer som vekslende afføringsmønstre og træthed, er måske ikke så tilbøjelige til at erkende symptomer og søge læge. En svensk undersøgelse finder endda højere forekomst hos rutinemæssigt screenede, som ikke rapporterer symptomer, end hos dem, der rapporterer symptomer (Benzeguir et al. 1999). Samme undersøgelse finder forekomster på 43–48 % hos flygtninge fra Sydøstasien og Afrika (Benzeguir et al. 1999). I Danmark og Australien er fundet forekomster på henholdsvis 29 % og 16 % hos nyankomne flygtninge og familiesammenførte (Kristensen, Mandrup 2005, Tiong et al. 2006). Infektion med parasitter er ikke anmeldelsespligtig i Danmark, men Statens Serum Institut skønner, at halvdelen af amøbeinfektioner forekommer hos indvandrere (Statens Serum Institut 2010a).

På baggrund af den høje forekomst, relativt lille følsomhed af undersøgelsesmetoder og ukomplicerede behandling af tarmpatogene parasitter finder en amerikansk undersøgelse, at det vil være omkostningseffektivt rutinemæssigt, og uden en forudgående screening, at behandle alle nyankomne indvandrere fra lande med høj forekomst (Muennig et al. 1999, Muennig et al. 2004).

6.2.2. Fejlernæring

I danske og udenlandske undersøgelser er det fundet, at nyankomne indvandrere i højere grad er fejlnærede end underernærede. Særligt hvad angår jern og D-vitamin (Kristensen, Mandrup 2005, McLeod, Reeve 2005). En new zealandsk screening af nyankomne kvoteflygtninge har fundet, at 28 % var overvægtige (BMI > 25 kg/m²). Jernmangel blev fundet hos 32 % af de overvægtige mod 16 % af de undervægtige (McLeod, Reeve 2005).

6.2.3. Kroniske sygdomme

Det fremgår af Tabel 6-5, at forekomsten af kroniske sygdomme hos indvandrere, sammenlignet med personer med dansk oprindelse, varierer en del. Dette gælder både i forhold til oprindelsesland og for specifikke sygdomme. Der må derfor udvises varsomhed med generaliseringer på tværs af nationaliteter og sygdomskategorier.

For specifikke sygdomskategorier ses det, at indvandrere, uden specificeret opholdstid, har en højere forekomst af, og hyppigere sygehuskontakt for, type II diabetes (type II DM) end personer med dansk oprindelse (Hansen, Kjølner 2006, Folmann, Jørgensen 2006). Adskillige undersøgelser peger i retning af, at asiater og afrikanere genetisk er mere disponerede for udvikling af type II DM end vesteuropæere. Fysisk aktivitet og kostindtag er afgørende for såvel forebyggelse som behandling af type II DM. På den baggrund fremhæves vigtigheden af, at oplysning om livsstilsfaktorer er en integreret del af den sundhedsmæssige modtagelse af nyankomne indvandrere (Rechel, Mladovsky & Devillé 2011). Det er ikke et entydigt billede, som tegner sig i forhold til forekomsten af hjertekarsygdomme hos indvandrere, hvor der ikke er fundet forskelle i forekomster, men dog signifikant færre sygehuskontakter for indvandrere end for personer med dansk oprindelse (Folmann, Jørgensen 2006, Hansen, Kjølner 2006). Samme tendenser genfindes i udlandet (Rechel, Mladovsky & Devillé 2011). Klassiske undersøgelser har imidlertid vist, at forekomsten af hjertekarsygdomme hos indvandrere fra ikke-vestlige lande med lav forekomst stiger i takt med opholdstiden i et vestligt land. En hypotese er, at indvandrere med tiden tilpasser deres livsstil, så den

kommer til at ligne den oprindelige befolknings, og dermed udlignes forskelle i risikoprofiler (Marmot et al. 1975, Deckert et al. 2010, Gadd et al. 2005, Razum, Twardella 2002).

Indvandrere er fundet at have en lavere forekomst af kræftsygdomme end personer med dansk oprindelse. Til gengæld ses en tendens til, at indvandrere diagnosticeres med kræft på et senere stadie end personer med dansk oprindelse (Norredam et al. 2008), og indvandrekvinder er mindre tilbøjelige til at deltage i screeningsprogrammer (Kristiansen et al. 2012, Barnes, Harrison 2004). For specifikke kræfttyper ses, at indvandrere fra ikke-vestlige lande hyppigere end den oprindelige befolkning i vestlige lande får kræftformer, som er relateret til tidligere infektionssygdomme, mens de sjældnere får kræftformer, som kan relateres til en vestlig livsstil (Arnold, Razum & Coebergh 2010). Undersøgelser peger i retning af, at forekomsten af kræft tilnærmer sig den oprindelige befolknings jo længere tid ikke-vestlige indvandrere opholder sig i et vestligt land (McCredie 1998, Zeeb et al. 2002, Razum, Twardella 2002).

Tabel 6-5: Kroniske sygdomme hos indvandrere i Danmark, sammenlignet med personer med dansk oprindelse

Undersøgelse	Materiale	Metode	Resultat
SUSY 2005 (Hansen, Kjølner 2006)	9.901 danskere 136 ikke-vestlige indvandrere 25-64 år, uspecificeret opholdstid.	Spørgeskema	Ingen generel forskel. Dog højere forekomst af hovedpine og diabetes blandt ikke-vestlige indvandrere
Etniske minoriteters sundhed (Singhammer 2008)	1131 etniske danskere 2866 ikke-vestlige indvandrere, mindst 3 års ophold i DK 18-66 år	Spørgeskema	Ikke-vestlige indvandrere: Generelt højere forekomst, med stor variation mellem oprindelseslande. Specifikt lavere forekomst af astma, hjerneblødning og kræft. Uensartet billede for lungelidelser.
(Norredam et al. 2012)	Historisk kohorte af flygtninge og familiesammenførte	Register	Generelt lavere dødelighed af hjertekarsygdomme samt kræft, sammenlignet med danske statsborgere
(Norredam et al. 2007)	Historisk kohorte af flygtninge og familiesammenførte	Register	Generelt lavere forekomst af kræft, sammenlignet med danske statsborgere

6.2.4. Tandstatus

Der er, så vidt vides, ingen danske undersøgelser af nyankomne indvandreres tandstatus, fraset en ph.d.-afhandling om tandstatus hos asylansøgende børn (Torres 2000). Udenlandske undersøgelser af nyankomne flygtninge viser generelt et billede af dårlig tandstatus med relativt mange ubehandlede tandskader (Cote et al. 2004, Hjern et al. 1991, Kingsford Smith, Szuster 2000). Danske undersøgelser, hvor etniske minoritetsgrupper sammenlignes med personer med dansk oprindelse, viser tilsvarende en højere forekomst af huller i tænderne hos børn med etnisk minoritetsbaggrund (Christensen, Twetman & Sundby 2010, Sundby, Petersen 2003). Det danske system, med delvis egenbetaling af tandlægeudgifter, kan være en barriere for nyankomne indvandrere. Således finder en dansk registerundersøgelse, at indvandrere, sammenlignet med personer med dansk oprindelse, sjældnere gør brug af tandlægeydelser (Nielsen et al. 2012). Endvidere kan nyankomnes viden om tandsundhed være sparsom på baggrund af en begrænset forebyggende indsats i oprindelseslandet.

6.2.5. Reproduktiv sundhed og kvindesundhed

Ud over en undersøgelse af asylansøgere og en ældre screening af kvoteflygtninge (Kjersem 1996) findes ingen danske opgørelser over forekomsten problemer relateret til reproduktiv sundhed hos nyankomne indvandrere. Hos asylansøgere blev det fundet, at 16 % af de voksne kvinder selv angav at have et

gynækologisk problem. Blandt en gruppe vietnamesiske bådflygtninge angav 33 % af de fertile kvinder gynækologiske klager, mens 4 % mente at være gravide. Hvad angår behov for prævention blev 7 % af asylansøgende voksne kvinder henvist til læge på den baggrund (Kjersem 1996). En new zealandsk undersøgelse af nyankomne kvoteflygtninge har fundet, at 50 % af kvinderne i den fødedygtige alder anvendte prævention, og at viden om området var sparsom (McLeod, Reeve 2005).

Der findes, så vidt vides, ingen danske undersøgelser, som undersøger dødfødsler og børnedødeligheden hos nyankomne indvandrere. Udenlandske undersøgelser har vist en højere risiko for dødfødsler hos flygtninge fra ikke-vestlige lande end hos den oprindelige befolkning i vestlige lande (Gissler et al. 2009). For etniske minoriteter i Danmark, hvor der ikke tages højde for opholdstid, er der fundet et højere antal dødfødsler hos kvinder med pakistansk, somalisk eller tyrkisk baggrund end hos etnisk danske kvinder (Villadsen, Mortensen & Andersen 2009). Børnedødeligheden i Danmark er endvidere fundet højere hos børn af somaliske, pakistanske, tyrkiske og irakiske kvinder end hos børn af personer med dansk oprindelse (Pedersen, Mortensen & Andersen 2011). Den øgede dødelighed genfindes dog ikke hos alle etniske minoritetsgrupper, og disse variationer genfindes i udenlandske undersøgelser (Gissler et al. 2009).

Omskæring af kvinder er hyppigt forekommende i visse af de oprindelseslande, hvorfra Danmark modtager flygtninge og familiesammenførte. Det er dog primært afrikanske kvinder, der er omskåret, og således har en dansk undersøgelse af nyankomne fundet, at omskæring var hyppigt forekommende hos somaliske kvinder, og en new zealandsk undersøgelse har fundet omskårne kvinder fra Congo, Sudan, Etiopien og Somalia (Kristensen, Mandrup 2005, McLeod, Reeve 2005).

Voldtægter og anden seksuelt relateret vold er hyppigt forekommende i områder præget af krig og katastrofer. En dansk undersøgelse har fundet, at seksuelt relaterede traumatiske oplevelser er relateret til en højere forekomst af såvel somatiske som psykiske problemer (Helweg-Larsen, Kastrup 2007). Der må derfor være opmærksomhed på langtidseffekt af sådanne traumer. Graviditeter som følge af voldtægt er selvsagt et område, som kan være forbundet med modsatrettede og komplekse følelsesmæssige reaktioner.

Forebyggelsesindsatser i relation til reproduktiv sundhed er jvf. Sundhedsloven et kommunalt ansvar. Et speciale fra Københavns Universitet, som undersøgte sundhedsforhold for kvoteflygtninge, har imidlertid fundet, at 29 % af de kommuner, som modtog kvoteflygtninge inkluderede reproduktiv sundhed i integrationsprogrammet (Figur 4-3) (Frederiksen 2010). En kvalitativ interviewundersøgelse af indvandreres viden om og erfaringer med prævention og reproduktiv sundhed har fundet, at der er et stort behov for information omkring prævention og reproduktiv sundhed. Især de familiesammenførte mænd og kvinder udtrykte et behov for bedre information om det danske sundhedssystem og reproduktiv sundhed i begyndelsen af deres ophold i landet. I undersøgelsen anbefales, på den baggrund, at indvandrere, når de kommer til landet, får en grundig indføring i opbygningen og mulighederne i det danske sundhedssystem, for eksempel i forbindelse med integrationsprogrammet (Henriksson, Kildsgaard & Kronborg 2005)

6.2.6. Vaccinationer

En mindre dansk undersøgelse har fundet, at hovedparten af nyankomne indvandrerbørn ikke har fulgt et vaccinationsprogram (Kristensen, Mandrup 2005), mens en ældre undersøgelse af tamilske flygtninge i

Danmark har fundet, at 44 % udviklede skoldkopper de første få måneder efter ankomst. Af de voksne var det 38 %, som fik skoldkopper, mens det samme gjaldt for 68 % af børnene (Kjersem, Jepsen 1990). En amerikansk undersøgelse har fundet, at 18–36 % af nyankomne indvandrere i alderen 0–20 år ikke var immune over for mæslinger, røde hunde eller skoldkopper. Den manglende immunitet faldt med højere alder, mens der ikke sås nogen forskelle mellem oprindelseslande (Barnett, Christiansen & Figueira 2002). For voksne (> 18 år) fandt en canadisk undersøgelse, at 34 % af flygtninge ikke var immune over for enten røde hunde, mæslinger eller fåresyge (Greenaway et al. 2007). Flere studier anbefaler derfor, at der systematisk tilbydes opsamlende vaccinationer på linje med det danske børnevaccinationsprogram samt eventuelt tilbydes HBV-vaccine til børn med HBV-positive familiemedlemmer (Tiong et al. 2006, Parsons et al. 2007, Lifson, Thai & Hang 2001, Stauffer, Kamat & Walker 2002, Paxton et al. 2012, Phillips, Benson 2007). I Danmark er der ingen nationale retningslinjer for opfølgende eller supplerende vaccinationer af nyankomne indvandrere, herunder børn.

6.2.7. Psykiske helbredsproblemer hos nyankomne indvandrere

WHO anslår, at ca. 20 % af en befolkningsgruppe, som har været udsat for humanitære kriser, vil lide af posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) (Masmias et al. 2010). Psykiske problemer hos flygtninge vil ofte komme til udtryk som fysiske gener, eksempelvis i form af smerter. Symptomerne er ofte langvarige og kan dukke op flere år efter, at traumet har fundet sted (Carlsson et al. 2006, Carlsson, Mortensen & Kastrup 2006, Carlsson, Mortensen & Kastrup 2005). Amnesty Internationals lægegruppe foretog i 2007 en systematisk undersøgelse af 142 nyankomne asylansøgere og fandt, at 45 % havde været udsat for tortur, mens 34 % led af PTSD. Ud af samtlige undersøgte angav 32 % at have lidt af somatiske helbredsproblemer forud for, og uafhængigt af, torturoplevelserne. Problemerne var primært relateret til sygdomme i bevægeapparatet, hjerte-kar eller mave-tarm. Lavt selv vurderet helbred var i høj grad relateret til det at have været udsat for tortur (Oxholm, Kjær & Buhmann 2008). Andre undersøgelser har vist, at helbredsproblemer hos torturoverlevere og flygtninge ofte er langvarige. Det kan derfor forventes, at mange af de problemer, der findes hos nyankomne asylansøgere, vil kunne genfindes hos de flygtninge, der efter ophold i asylcentre, opnår asyl og hos kvoteflygtninge (Newbold 2009, Carlsson et al. 2006, Masmias et al. 2008). Det er desuden fundet, at længere ophold i asylcentre er associeret med lavere livskvalitet og flere fysiske helbredsklager (Laban et al. 2008).

Udenlandske undersøgelser af nyankomne flygtninge, primært fra Afrika og Asien, har fundet forekomster af psykisk sygdom på henholdsvis 14 og 20 % (Tiong et al. 2006, McLeod, Reeve 2005).

Forekomsten af psykiske lidelser blandt indvandrere sammenlignet med personer med dansk oprindelse er vist i Tabel 6-6.

Tabel 6-6: Hyppighed af psykiske lidelser blandt indvandrere i Danmark, sammenlignet med personer med dansk oprindelse

Undersøgelse	Materiale	Metode	Resultat
SUSY 2005 (Hansen, Kjølner 2006)	9.901 danskere 136 ikke-vestlige indvandrere 25-64 år, uspecificeret opholdstid.	Spørgeskema	Ikke-vestlige indvandrere: Højere forekomst af psykiske helbredsproblemer
Etniske minoriteters sundhed (Singhammer 2008)	1131 etniske danskere 2866 ikke-vestlige indvandrere, mindst 3 års ophold i DK 18-66 år	Spørgeskema	Ikke-vestlige indvandrere: Højere forekomst af psykiske helbredsproblemer
Excess use of coercive measures. (Norredam et al. 2010a)	Historisk kohorte af flygtninge og familiesammenførte	Register	Hypigere brug af tvang i psykiatrien, sammenlignet med danske statsborgere
Risk of mental disorders in family reunification migrants and native Danes (Norredam et al. 2010b)	Historisk kohorte af flygtninge og familiesammenførte	Register	Lavere forekomst hos familiesammenførte, sammenlignet med danske statsborgere
Sundhedsprofil 2010 (Statens Institut for Folkesundhed 2012)	269.246 med dansk baggrund 18.192 med ikke-vestlig baggrund	Spørgeskema	Andel med selvurderet dårligt mentalt helbred: Dansk baggrund 9,3 % Ikke-vestlig baggrund 20,4 % Andel med forbigående psykisk lidelse: Dansk baggrund 12,2 % Ikke-vestlig baggrund 20,6 % Andel med vedvarende psykisk lidelse eller mentale forstyrrelser: Dansk baggrund 3,5 % Ikke-vestlig baggrund 7,8 %

Specifikt for gruppen af familiesammenførte i Danmark er der dog fundet en lavere andel af indlæggelser for psykiatriske lidelser, sammenlignet med personer med dansk oprindelse. To mulige forklaringer på dette kan være en, relativt set, lavere forekomst af psykiatriske lidelser hos familiesammenførte end hos personer med dansk oprindelse eller relativt set mindre brug af psykiatriske sundhedstilbud (Norredam et al. 2010b).

6.2.8. Børns sundhedstilstand

Børn af flygtninge, der for nylig er kommet til Danmark, har ofte levet under forhold, der betyder, at de kan lide af diverse hudinfektioner, anæmier, malaria, tuberkulose, hepatitis B, HIV-infektion samt forskellige tarmparasitter. Indvandrerbørn indlægges næsten dobbelt så hyppigt som danske børn, men med samme diagnoser bortset fra en vis overhyppighed af seglcelleanæmi samt psykiske og adfærdsmæssige forstyrrelser (Pedersen, Moller 2000). Børn af traumatiserede forældre kræver en særlig indsats, da traumet påvirker hele familien, og man således taler om, at børn kan være ofre for sekundær traumatisering. Forældre, som lider af PTSD, vil ofte have svært ved at dæmpe vrede og angst, kan have konstante tanker om fortiden og egne symptomer og kan være plaget af konstant træthed og

undgåelsesadfærd. Der kan være tabuer inden for familien, som gør børnenes fantasier om traumatiske hændelser værre, og forældrene kan have overdreven angst for børnenes vel, som munder ud i overdreven kontrol. Alt sammen symptomer, som hæmmer kontakten mellem forældre og børn, og som tager overskuddet i hverdagen. Hos sekundært traumatiserede børn ses bl.a. symptomer som lavt selvværd, koncentrationsbesvær, vanskeligheder ved at indgå i sociale sammenhænge, kontakt - og grænsesøgende adfærd, psykosomatiske symptomer, besvær med at udtrykke følelser, søvnforstyrrelser, mareridt og generaliseret angst (D'Andrea et al. 2012, Hjern, Angel & Jeppson 1998, Montgomery 2011, Montgomery 2010). En dansk undersøgelse af asylsøgende børn har fundet, at længere end et års ophold i asylcenter med uafklaret asylsag, giver op til 5 gange øget risiko for psykiske problemer hos børnene (Nielsen et al. 2009b, Nielsen et al. 2008). Således er der en øget risiko for at de børn, som bosættes i kommuner efter ophold i asylcentre, vil have en form for psykisk problemstilling, der bør tages hånd om.

6.3. Sammenfatning

På baggrund af ovenstående finder vi, at sundhedstilstanden for indvandrere kan forventes at variere afhængigt af oprindelsesland, årsager til migration, opholdstid, politiske og humanitære forhold i oprindelseslandet, socioøkonomiske faktorer og meget mere. Overordnet set er der fundet en lavere dødelighed hos ikke-vestlige indvandrere, sammenlignet med personer med dansk oprindelse. Undersøgelser af sygeligheden hos indvandrere, med uspecificeret opholdstid, har vist, at de lider af kroniske såvel som akutte sygdomme på samme vis, eller i lidt højere grad, end personer med dansk oprindelse. Der ses dog variationer i hyppighed mellem forskellige undersøgelser og for visse sygdomskategorier. Generelt vurderer indvandrere deres eget helbred dårligere, der er fundet en højere forekomst af infektionssygdomme og diabetes og en lavere forekomst af visse kræfttyper hos ikke-vestlige indvandrere, sammenlignet med personer med dansk oprindelse. Et redskab, som kan hjælpe til at forklare denne forskel kan være en livsforløbsanalyse, der påpeger betydningen af genetiske dispositioner, forhold i oprindelsesland, under migration og i Danmark. Specifikt for infektioner skyldes overhyppigheden nok primært en højere forekomst af infektioner i oprindelseslandet, mens den højere forekomst af diabetes og lavere forekomst af kræft sandsynligvis kan tilskrives genetiske dispositioner samt sundhedsadfærd i oprindelsesland og modtagerland. For psykiske sygdomme er der generelt fundet en højere forekomst hos indvandrere end hos personer med dansk oprindelse. På denne baggrund vurderer vi, at der i alle sundhedsrelaterede tilbud til nyankomne, må tages hensyn til den øgede sårbarhed, som kan være en følge af migration og at have været udsat for tortur eller andre traumatiserende oplevelser. På baggrund af undersøgelser vurderer vi også, at denne opmærksomhed bør opretholdes længe efter etableringen i Danmark, idet det er fundet, at psykiske følger kan være langvarige og vedholdende.

7. Hvordan er nyankomnes brug af sundhedsydelse?

Antallet af kontakter til sundhedsvæsenet er afhængigt af, at individet henvender sig, og opgørelser over kontakter til sundhedsvæsenet vil derfor blandt andet afspejle gruppens adgang til sundhedsydelser, som kan være begrænset af diverse barrierer. Således kan opgørelser over kontakter til sundhedsvæsenet ikke

direkte tolkes som et udtryk for sygeligheden i en gruppe, men kan dog formodes at give indikationer herom. For indvandrere kan barrierer i adgangen til sundhedsydelser eksempelvis være sproglige eller relaterede til manglende tillid, hvilket kan føre til lavere brug af sundhedsydelser. Modsat kan en højere brug af sundhedsydelser hos indvandrere end hos personer med dansk oprindelse have forskellige forklaringer som manglende kendskab til sundhedsvæsenets organisering, der resulterer i et øget antal henvendelser, at de selv vurderer deres helbredstilstand som dårlig eller at uvanthed med gratis sundhedsydelser fører til et øget forbrug.

Flere danske og udenlandske undersøgelser peger i retning af, at der er barrierer i adgangen til sundhedsydelser for indvandrere og etniske minoriteter (Gabriel et al. 2011, Norredam et al. 2008, Kristiansen, Mygind & Krasnik 2007, Norredam et al. 2004, Sheikh-Mohammed et al. 2006). Barrierer på det individuelle plan kan være problemer med sprog, økonomi, transport, manglende tillid til sundhedsprofessionelle og manglende kendskab til det danske sundhedssystem. Barrierer på system- og yderniveau kan være manglende uddannelse af sundhedsprofessionelle, tidspres, finansiering af tolkebistand, brugerbetaling og ufleksible sundhedstilbud (Gabriel et al. 2011, Norredam et al. 2008, Norredam et al. 2004, Norredam 2011).

En nylig registerundersøgelse over indvandreres brug af sundhedsydelser viser, at kontakter til sundhedsvæsenet generelt ser ud til at stige med opholdstiden (Social- og Integrationsministeriet 2012). Den øgede brug af sundhedsydelser kan muligvis forklares med en øget sygelighed og/eller med en reduktion af barrierer i adgangen til sundhedsydelser, jo længere tid indvandrere har opholdt sig i landet.

En anden nyere registerundersøgelse har set på sammenhæng mellem opholdstid i Danmark, sprogkendskab og brugen af sundhedsydelser og finder imidlertid modsatte tendenser. Eksempelvis er længere opholdstid for nogle etniske grupper forbundet med hyppigere kontakt til skadestuer, mens det for andre etniske grupper forholder sig lige omvendt (Nielsen et al. 2012). Hyppigere brug af tandlæge, der jo er omfattet af en grad af egenbetaling, er forbundet med uddannelse, husstandsindkomst, længere opholdstid og dansk kendskab. Samme undersøgelse finder ingen entydig forskel i brug af skadestuer imellem indvandrere med opholdstid i Danmark på henholdsvis 4-9 år og >10 år (Nielsen et al. 2012).

For indvandrere med uspecificeret opholdstid i Danmark er der fundet adskillige forskelle mellem personer med dansk oprindelse og indvandreres brug af sundhedsydelser.

Overordnet er det fundet, at etniske minoriteter, sammenlignet med personer med dansk oprindelse, har hyppigere kontakt til almen praksis og sygehus (Folmann, Jørgensen 2006), samt at indvandrere, sammenlignet med personer med dansk oprindelse, har en højere brug af skadestuer og en lavere brug af tandlæger (Nielsen et al. 2012, Norredam et al. 2004). En undersøgelse af indlæggeshyppighed og indlæggelsestid finder dog ingen entydig forskel mellem indvandrere og personer med dansk oprindelse på tværs af diagnoser (Krasnik et al. 2002). For kroniske sygdomme er det fundet, at etniske minoriteter hyppigere end personer med dansk oprindelse har kontakt til sygehus på grund af type 2 diabetes, astma og muskuloskeletale sygdomme, mens de forholdsvis sjældnere henvender sig med hjertekarsygdomme, osteoporose og visse kræftsygdomme. Det er bemærkelsesværdigt, at medicinforbruget for de nævnte kroniske sygdomme ikke afspejler forekomsten af sygdommene. Det er således fundet, at etniske

minoriteter har et relativt set lavere forbrug af medicin til type 2 diabetes, astma og til dels psykisk sygdom (Folmann, Jørgensen 2006). En anden undersøgelse har fundet, at indvandrere med type 2 diabetes er mindre tilbøjelige til at benytte forebyggende medicin end personer med dansk oprindelse, trods et tilsvarende eller højere behov herfor (Sanchez-Ramirez, Krasnik & Kildemoes 2012). Forskellene i medicinforbrug kan tyde på mangelfuld behandling fra lægens side eller at indvandrere og etniske minoriteter ikke indløser den medicin de har fået recept på. I Danmark er der delvis brugerbetaling af medicin samt tandlægeydelser, og for begge disse ses et lavere forbrug blandt indvandrere og etniske minoriteter, hvilket tyder på, at brugerbetaling kan være en barriere for gruppen af indvandrere.

Barrierer i adgangen til sundhedsydelser for indvandrere kan resultere i forsinkelser i opstart af relevant behandling. Forsinket behandlingsopstart for diverse sygdomme kan belyses ved en analyse af *patient delay* og *system delay*. I en dansk undersøgelse af tuberkulosepatienter finder man, at der ikke er nogen sammenhæng mellem forsinket behandlingsstart og etnicitet, men at der er større forsinkelse for TB uden for lungerne end for lungetuberkulose (Leutscher et al. 2012). Lignende resultater er fundet i en norsk undersøgelse (Farah et al. 2006).

En nyligt igangsat undersøgelse skal belyse brugen af og tilfredshed med sundhedsvæsenet på baggrund af en ekstra indsats for introduktion til sundhedsvæsenet og oplysning om sundhed (Nielsen 2012). I forbindelse hermed kunne det tænkes, at indvandrere med tiden opbygger et bedre kendskab til det danske sundhedsvæsen, og at dette afspejles i brugen af sundhedsydelser. I Holland har man imidlertid fundet, at opholdstid i landet ikke var associeret med hverken større eller mindre selvrapporteret brug af sundhedsydelser (Gerritsen et al. 2006b). Det vides ikke, hvad denne forskel fra Danmark skyldes, men den kan muligvis forklares ved forskelle i sundhedssystemer, forskellige opgørelsesmetoder og forskelle i dataindsamling.

7.1. Sammenfatning

Vi har fundet, at der generelt ses en stigende brug af sundhedsydelser med længere opholdstid i Danmark. De inkluderede undersøgelser giver derimod ikke svar på, hvad dette skyldes, men en mulig forklaring kunne være en øget sygelighed med længere ophold i landet. Alternativt kan det tænkes, at indvandrere med længere opholdstid øger deres kendskab til det danske sundhedsvæsen og hermed får nemmere ved at navigere i og benytte sig af tilgængelige sundhedsydelser. Adskillige undersøgelser peger i retning af, at der eksisterer barrierer for indvandreres adgang til sundhedsydelser. Barriererne kan eksempelvis relateres til problemer med sprog, økonomi og herunder brugerbetaling, transport, manglende tillid til sundhedsprofessionelle, manglende kendskab til det danske sundhedssystem, manglende uddannelse af sundhedsprofessionelle, tidspres, finansiering af tolkebistand og ufleksible sundhedstilbud.

8. Hvilken betydning har nyankomnes sundhed for den videre integration?

Videnskabelige undersøgelser af helbredets betydning for den videre integration kan være vanskelige at tolke, da det er svært at udtale sig om årsagssammenhænge. Hos indvandrere i Danmark er der, i lighed med i andre europæiske lande, fundet en sammenhæng mellem godt selv vurderet helbred og socioøkonomiske faktorer som uddannelse, beskæftigelse og indkomst (Dinesen et al. 2011).

Flere andre undersøgelser har tilsvarende vist, at et godt helbred er forbundet med socioøkonomiske faktorer som beskæftigelse og social støtte. Men om det gode helbred er et resultat af de socioøkonomiske faktorer eller omvendt, kan vi, som anført, ikke med sikkerhed vide. Formentlig er der tale om en gensidig påvirkning, hvor et vist niveau af sundhed må være til stede for at kunne påtage sig et arbejde og vedligeholde sociale kontakter, og hvor disse igen medvirker til at opretholde sundheden.

En dansk undersøgelse af flygtninge i torturrehabilitering har fundet, at sociale relationer og beskæftigelse var forbundet med bedre psykisk sundhed og helbredsrelateret livskvalitet. Til gengæld medførte længere tid i Danmark ikke overbevisende bedring i psykiske symptomer (Carlsson, Mortensen & Kastrup 2005, Carlsson et al. 2006). I Sverige er der fundet en tydelig sammenhæng mellem dårligt selvrapporert helbred og det at være tyrkisk eller iransk indvandrer. En efterfølgende justering for socioøkonomisk position, sprogproblemer og oplevet diskrimination kunne imidlertid forklare forskellene, og indikerer dermed, at det frem for indvandrestatus snarere er de sociokulturelle faktorer, som kan forklare det dårlige selvvurderede helbred. Undersøgelsen argumenterer for, at en forbedring af sociokulturelle forhold derfor potentielt kan have en gavnlig effekt på selvvurderet helbred (Wiking, Johansson & Sundquist 2004). I Australien er det fundet, at indvandrere, som ikke ansættes i jobs, som svarer til deres professionelle kompetencer, efter 3 ½ års ophold i modtagerlandet vil rapportere dårligere psykisk helbred end de indvandrere, som bestrider jobs, der svarer til deres professionelle kompetencer (Reid 2012).

Selvom vi ikke med sikkerhed kan udtale os om den indbyrdes sammenhæng mellem et godt helbred og socioøkonomiske faktorer, argumenterer flere undersøgelser for, at det er sammenhænge, der er værd at undersøge nærmere, idet der i teorien kan ændres på alle de nævnte faktorer. Det er derfor muligt, at en forbedring af nyankomnes helbredsstatus spontant vil øge beskæftigelsesgraden eller udvide det sociale netværk. Omvendt er det også muligt, at et bedre socialt netværk eller højere grad af beskæftigelse kan virke befordrende på nyankomnes helbred. På baggrund af disse tanker er et igangværende forskningsprojekt ved at udvikle en intervention, der kombinerer et fokus på integration, sociale netværk og sundhed blandt nyankomne indvandrere (Ahlmark 2012). Private aktører, som eksempelvis Dansk Flygtningehjælp, har desuden programmer, der på forskellig vis søger at udvide nyankomnes sociale netværk og opbygge evner og tro på en højere grad af beskæftigelse og øvrige aktiviteter i samfundet. En del kommuner benytter tosprogede personer med etnisk minoritetsbaggrund til at informere, skabe dialog eller facilitere samtale om sundhedsrelaterede emner til etniske minoritetsborgere, fx vedrørende det danske sundhedsvæsen, sund mad, motion, indkøb, netværksdannelse og stress. En kortlægning af sundhedsrelaterede indsatser i danske kommuner har fundet, at 37 kommuner benytter en sådan, såkaldt *peer-education* i sundhedsfremmeindsatser (Eskildsen, Biswas & Ahlmark 2012).

8.1. Sammenfatning

Der ses en sammenhæng mellem et godt selv vurderet helbred og socioøkonomiske faktorer som sociale relationer, uddannelse, beskæftigelse og indkomst. Den indbyrdes afhængighed er dog ikke helt klar, men det formodes, at der er tale om en gensidig påvirkning, hvor bedre helbredstilstand kan have positiv indvirkning på diverse socioøkonomiske faktorer, og der kan være positive helbredseffekter af en optimering af socioøkonomiske faktorer for nyankomne indvandrere. I teorien er mange socioøkonomiske såvel som sundhedsmæssige faktorer modificerbare. Undersøgelser peger derfor på, at en forbedring af socioøkonomiske vilkår og/eller helbredstilstand kan have en bred positiv effekt på indvandreres trivsel.

9. Referencer

- Abdalla, K. 2002, "Health status of asylum seeking children", *Ugeskrift for læger*, vol. 164, no. 49, pp. 5765-5769.
- Agyemang, C., Goosen, S., Anujuo, K. & Ogedegbe, G. 2012, "Relationship between post-traumatic stress disorder and diabetes among 105 180 asylum seekers in the Netherlands", *European journal of public health*, vol. 22, no. 5, pp. 658-662.
- Ahlmark, N. 2012, , *Health behaviour : Promoting Health among Adult Migrants* [Homepage of Københavns Universitet], [Online]. Available: <http://sulim.ku.dk/research/wp5/> [2012, 10/23].
- Almasio, P.L., Babudieri, S., Barbarini, G., Brunetto, M., Conte, D., Dentico, P., Gaeta, G.B., Leonardi, C., Levvero, M., Mazzotta, F., Morrone, A., Nosotti, L., Prati, D., Rapicetta, M., Sagnelli, E., Scotto, G. & Starnini, G. 2011, "Recommendations for the prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B and C in special population groups (migrants, intravenous drug users and prison inmates)", *Digestive and liver disease : official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver*, vol. 43, no. 8, pp. 589-595.
- Andersen, E.M. 2012, *Sundhedsmæssig modtagelse af asylansøgere i Danmark. Præsentation ved seminar om sundhedsmæssig modtagelse af migranter i Danmark, MESU 2012.*
- Ankestyrelsen 2010, *Uledsagede mindreårige flygtninge - modtagelse og indsats i kommunerne*, Ankestyrelsen, København.
- Arnold, M., Razum, O. & Coebergh, J.W. 2010, "Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: An overview of the literature", *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*, vol. 46, no. 14, pp. 2647-2659.
- Arshad, S., Bavan, L., Gajari, K., Paget, S.N. & Baussano, I. 2010, "Active screening at entry for tuberculosis among new immigrants: a systematic review and meta-analysis", *The European respiratory journal : official journal of the European Society for Clinical Respiratory Physiology*, vol. 35, no. 6, pp. 1336-1345.
- Barnes, D.M. & Harrison, C.L. 2004, "Refugee women's reproductive health in early resettlement", *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*, vol. 33, no. 6, pp. 723-728.
- Barnett, E.D., Christiansen, D. & Figueira, M. 2002, "Seroprevalence of measles, rubella, and varicella in refugees", *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, vol. 35, no. 4, pp. 403-408.
- Benzeguir, A.K., Capraru, T., Aust-Kettis, A. & Bjorkman, A. 1999, "High frequency of gastrointestinal parasites in refugees and asylum seekers upon arrival in Sweden", *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, vol. 31, no. 1, pp. 79-82.

- Blumberg, H.M., Migliori, G.B., Ponomarenko, O. & Heldal, E. 2010, "Tuberculosis on the move", *Lancet*, vol. 375, no. 9732, pp. 2127-2129.
- Bos, V., Kunst, A.E., Garssen, J. & Mackenbach, J.P. 2005, "Socioeconomic inequalities in mortality within ethnic groups in the Netherlands, 1995-2000", *Journal of epidemiology and community health*, vol. 59, no. 4, pp. 329-335.
- Carlsson, J.M., Mortensen, E.L. & Kastrup, M. 2006, "Predictors of mental health and quality of life in male tortured refugees", *Nordic journal of psychiatry*, vol. 60, no. 1, pp. 51-57.
- Carlsson, J.M., Mortensen, E.L. & Kastrup, M. 2005, "A follow-up study of mental health and health-related quality of life in tortured refugees in multidisciplinary treatment", *The Journal of nervous and mental disease*, vol. 193, no. 10, pp. 651-657.
- Carlsson, J.M., Olsen, D.R., Mortensen, E.L. & Kastrup, M. 2006, "Mental health and health-related quality of life: a 10-year follow-up of tortured refugees", *The Journal of nervous and mental disease*, vol. 194, no. 10, pp. 725-731.
- Christensen, L.B., Twetman, S. & Sundby, A. 2010, "Oral health in children and adolescents with different socio-cultural and socio-economic backgrounds", *Acta Odontologica Scandinavica*, vol. 68, no. 1, pp. 34-42.
- Correa-Velez, I., Barnett, A.G., Gifford, S.M. & Sackey, D. 2011, "Health status and use of health services among recently arrived men with refugee backgrounds: a comparative analysis of urban and regional settlement in South-east Queensland", *Australian journal of primary health*, vol. 17, no. 1, pp. 66-71.
- Cote, S., Geltman, P., Nunn, M., Lituri, K., Henshaw, M. & Garcia, R.I. 2004, "Dental caries of refugee children compared with US children", *Pediatrics*, vol. 114, no. 6, pp. e733-40.
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J. & van der Kolk, B.A. 2012, "Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis", *The American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 82, no. 2, pp. 187-200.
- Danmarks Statistik 2012, , *Indvandrere og efterkommere* [Homepage of Danmarks Statistik], [Online]. Available: <http://www.dst.dk/da/Statistik/emner/indvandrere-og-efterkommere/indvandrere-og-efterkommere.aspx> [2012, 10/02].
- Dansk Flygtningehjælp 2012, *Notat på baggrund af møde i Ressourcegruppen om udsatte flygtninge*, Center for Udsatte Flygtninge, Dansk Flygtningehjælp, København.
- Dara, M., de Colombani, P., Petrova-Benedict, R., Centis, R., Zellweger, J., Sandgren, A., Heldal, E., Sotgiu, G., Jansen, N., Bahtijarevic, R., Migliori, G. & on behalf of the members of the Wolfheze Transborder Migration Task Force* 2012, "The Minimum Package for Cross-Border TB Control and Care in the WHO European Region: a Wolfheze Consensus Statement", *The European respiratory journal : official journal of the European Society for Clinical Respiratory Physiology*, .

- Deckert, A., Winkler, V., Paltiel, A., Razum, O. & Becher, H. 2010, "Time trends in cardiovascular disease mortality in Russia and Germany from 1980 to 2007 - are there migration effects?", *BMC public health*, vol. 10, pp. 488.
- Dinesen, C., Nielsen, S.S., Mortensen, L.H. & Krasnik, A. 2011, "Inequality in self-rated health among immigrants, their descendants and ethnic Danes: examining the role of socioeconomic position", *International journal of public health*, vol. 56, no. 5, pp. 503-514.
- Eskildsen, N.B., Biswas, D. & Ahlmark, N. 2012, *Indsatser målrettet etniske minoriteters sundhed i danske kommuner*, Statens Institut for Folkesundhed, København.
- Farah, M.G., Meyer, H.E., Selmer, R., Heldal, E. & Bjune, G. 2005, "Long-term risk of tuberculosis among immigrants in Norway", *International journal of epidemiology*, vol. 34, no. 5, pp. 1005-1011.
- Farah, M.G., Rygh, J.H., Steen, T.W., Selmer, R., Heldal, E. & Bjune, G. 2006, "Patient and health care system delays in the start of tuberculosis treatment in Norway", *BMC infectious diseases*, vol. 6, pp. 33.
- Folketinget 2004, *Forslag til folketingsbeslutning om tilbud om helbredsundersøgelse til flygtninge og indvandrere fra tredjeverdenslande. B 42*.
- Folmann, N. & Jørgensen, T. 2006, *Etniske minoriteter - sygdom og brug af sundhedsvæsenet*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Frederiksen, H.W. 2010, *Health-related reception of quota refugees in Danish municipalities*, Cand. Scient. San. edn, Sundhedsvidenskabeligt Fakultet, Københavns Universitet, København.
- Frederiksen, H.W., Krasnik, A. & Norredam, M. 2012, "Policies and practices in the health-related reception of quota refugees in Denmark", *Danish medical journal*, vol. 59, no. 1, pp. A4352.
- Gabriel, P.S., Morgan-Jonker, C., Phung, C.M., Barrios, R. & Kaczorowski, J. 2011, "Refugees and health care - the need for data: understanding the health of government-assisted refugees in Canada through a prospective longitudinal cohort", *Canadian journal of public health. Revue canadienne de sante publique*, vol. 102, no. 4, pp. 269-272.
- Gadd, M., Johansson, S.E., Sundquist, J. & Wandell, P. 2006, "Are there differences in all-cause and coronary heart disease mortality between immigrants in Sweden and in their country of birth? A follow-up study of total populations", *BMC public health*, vol. 6, pp. 102.
- Gadd, M., Johansson, S.E., Sundquist, J. & Wandell, P. 2005, "The trend of cardiovascular disease in immigrants in Sweden", *European journal of epidemiology*, vol. 20, no. 9, pp. 755-760.
- Gerritsen, A.A., Bramsen, I., Deville, W., van Willigen, L.H., Hovens, J.E. & van der Ploeg, H.M. 2006a, "Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands", *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, vol. 41, no. 1, pp. 18-26.

- Gerritsen, A.A., Bramsen, I., Deville, W., van Willigen, L.H., Hovens, J.E. & van der Ploeg, H.M. 2006b, "Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands", *European journal of public health*, vol. 16, no. 4, pp. 394-399.
- Gissler, M., Alexander, S., MacFarlane, A., Small, R., Stray-Pedersen, B., Zeitlin, J., Zimbeck, M. & Gagnon, A. 2009, "Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries", *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 88, no. 2, pp. 134-148.
- Greenaway, C., Dongier, P., Boivin, J.F., Tapiero, B., Miller, M. & Schwartzman, K. 2007, "Susceptibility to measles, mumps, and rubella in newly arrived adult immigrants and refugees", *Annals of Internal Medicine*, vol. 146, no. 1, pp. 20-24.
- Greenaway, C., Sandoe, A., Vissandjee, B., Kitai, I., Gruner, D., Wobeser, W., Pottie, K., Ueffing, E., Menzies, D., Schwartzman, K. & Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health 2011, "Tuberculosis: evidence review for newly arriving immigrants and refugees", *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, vol. 183, no. 12, pp. E939-51.
- Hansen, E. & Kolodziejczyk, C. 2009, *Nydanskeres vurdering af introduktionsprogrammet og deres integration*.
- Hansen, A.R. & Kjølner, M. 2006, *Sundhed blandt etniske minoriteter. Resultater fra sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005. Arbejdsnotat.*, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Hargreaves, S., Carballo, M. & Friedland, J.S. 2009, "Screening migrants for tuberculosis: where next?", *The Lancet infectious diseases*, vol. 9, no. 3, pp. 139-140.
- Harling, R., Pearce, M., Chandrakumar, M., Mueller, K. & Hayward, A. 2007, "Tuberculosis screening of asylum seekers: 1 years' experience at the Dover Induction Centres", *Public health*, vol. 121, no. 11, pp. 822-827.
- Harpelund, L., Nielsen, S.S. & Krasnik, A. 2012, "Self-perceived need for interpreter among immigrants in Denmark", *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 40, no. 5, pp. 457-465.
- Helweg-Larsen, K. & Kastrup, M.C. 2007, "Consequences of collective violence with particular focus on the gender perspective--secondary publication", *Danish medical bulletin*, vol. 54, no. 2, pp. 155-156.
- Henriksson, G., Kildsgaard, L. & Kronborg, T.e.a. 2005, *Viden og forandring - flygtninge og indvandreres viden holdninger og erfaringer med prævention og reproduktiv sundhed samt brug af sundhedstilbud.*, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, Sundhedsstyrelsen, København.
- Hjern, A., Angel, B. & Jeppson, O. 1998, "Political violence, family stress and mental health of refugee children in exile", *Scandinavian journal of social medicine*, vol. 26, no. 1, pp. 18-25.
- Hjern, A., Kocturk-Runefors, T., Jeppson, O., Tegelman, R., Hojer, B. & Adlercreutz, H. 1991, "Health and nutrition in newly resettled refugee children from Chile and the Middle East", *Acta Paediatrica Scandinavica*, vol. 80, no. 8-9, pp. 859-867.

- Idler, E.L. & Benyamini, Y. 1997, "Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies", *Journal of health and social behavior*, vol. 38, no. 1, pp. 21-37.
- Ingleby, D. 2009, "European Research on Migration and Health. Background paper developed within the framework of the IOM project "Assisting Migrants and Communities (AMAC): Analysis of social determinants of health and health inequalities"" in International Organisation for Migration, Geneva.
- Jensen, N.K., Nielsen, S.S. & Krasnik, A. 2010, "Expert opinion on "best practices" in the delivery of health care services to immigrants in Denmark", *Danish medical bulletin*, vol. 57, no. 8, pp. A4170.
- Jessen, T. & Montgomery, E. 2010, *Reception of asylum seeking and refugee children in the Nordic countries: The Danish report*, Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims (RCT), Copenhagen.
- Justitiedepartementet. Sverige 2008, , *Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.*
Available: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2008344-om-halso--och-s_sfs-2008-344/?bet=2008:344 [2012, 07/28].
- Justitsministeriet 2012, *Tal på udlændingeområdet pr. 31.05.2012.*
- Kamper-Jorgensen, Z. 2012, *Tuberculosis in Denmark - Molecular Epidemiology and Application in Control*, University of Copenhagen.
- Kamper-Jorgensen, Z., Andersen, A.B., Kok-Jensen, A., Bygbjerg, I.C., Andersen, P.H., Thomsen, V.O., Kamper-Jorgensen, M. & Lillebaek, T. 2012a, "Clustered Tuberculosis in a Low-Burden Country: Nationwide Genotyping through 15 Years", *Journal of clinical microbiology*, vol. 50, no. 8, pp. 2660-2667.
- Kamper-Jorgensen, Z., Andersen, A.B., Kok-Jensen, A., Kamper-Jorgensen, M., Bygbjerg, I.C., Andersen, P.H., Thomsen, V.O. & Lillebaek, T. 2012b, "Migrant tuberculosis: the extent of transmission in a low burden country", *BMC infectious diseases*, vol. 12, pp. 60-2334-12-60.
- Karliner, L.S., Jacobs, E.A., Chen, A.H. & Mutha, S. 2007, "Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature", *Health services research*, vol. 42, no. 2, pp. 727-754.
- Kingsford Smith, D. & Szuster, F. 2000, "Aspects of tooth decay in recently arrived refugees", *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 24, no. 6, pp. 623-626.
- Kjersem, H. 1996, *Migrationsmedicin i Danmark. Ph.d.-afhandling*, Dansk Røde Kors.
- Kjersem, H. & Jepsen, S. 1990, "Varicella among immigrants from the tropics, a health problem", *Scandinavian journal of social medicine*, vol. 18, no. 3, pp. 171-174.
- Kjersem, H., Jepsen, S., Larsen, L. & Black, F. 1990, "Salmonella and Shigella carriers among refugees from the middle east and Sri Lanka in Denmark", *Scandinavian journal of social medicine*, vol. 18, no. 3, pp. 175-178.

- Krasnik, A., Norredam, M., Sorensen, T.M., Michaelsen, J.J., Nielsen, A.S. & Keiding, N. 2002, "Effect of ethnic background on Danish hospital utilisation patterns", *Social science & medicine (1982)*, vol. 55, no. 7, pp. 1207-1211.
- Kristensen, L.D. & Mandrup, G.H. 2005, "Do refugees carry diseases?", *Ugeskrift for laeger*, vol. 167, no. 4, pp. 392-396.
- Kristiansen, M., Mygind, A. & Krasnik, A. 2007, "Health effects of migration", *Danish medical bulletin*, vol. 54, no. 1, pp. 46-47.
- Kristiansen, M., Thorsted, B.L., Krasnik, A. & von Euler-Chelpin, M. 2012, "Participation in mammography screening among migrants and non-migrants in Denmark", *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)*, vol. 51, no. 1, pp. 28-36.
- Laban, C.J., Komproe, I.H., Gernaat, H.B. & de Jong, J.T. 2008, "The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands", *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, vol. 43, no. 7, pp. 507-515.
- Leutscher, P., Madsen, G., Erlandsen, M., Veirum, J., Ladefoged, K., Thomsen, V., Wejse, C. & Hilberg, O. 2012, "Demographic and clinical characteristics in relation to patient and health system delays in a tuberculosis low-incidence country", *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, vol. 44, no. 1, pp. 29-36.
- Lifson, A.R., Thai, D. & Hang, K. 2001, "Lack of immunization documentation in Minnesota refugees: challenges for refugee preventive health care", *Journal of immigrant health*, vol. 3, no. 1, pp. 47-52.
- Lou, S. 2008, *Tre er et umage par*, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, Århus, Denmark.
- Marmot, M.G., Syme, S.L., Kagan, A., Kato, H., Cohen, J.B. & Belsky, J. 1975, "Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California: prevalence of coronary and hypertensive heart disease and associated risk factors", *American Journal of Epidemiology*, vol. 102, no. 6, pp. 514-525.
- Martin, J.A. & Mak, D.B. 2006, "Changing faces: A review of infectious disease screening of refugees by the Migrant Health Unit, Western Australia in 2003 and 2004", *The Medical journal of Australia*, vol. 185, no. 11-12, pp. 607-610.
- Masmas, T.N., Moller, E., Buhmann, C., Bunch, V., Jensen, J.H., Hansen, T.N., Jorgensen, L.M., Kjaer, C., Mannstaedt, M., Oxholm, A., Skau, J., Theilade, L.A., Worm, L. & Ekstrom, M. 2010, "Health status and degree of traumatisation among newly arrived asylum seeker--secondary publication", *Ugeskrift for laeger*, vol. 172, no. 2, pp. 120-124.
- Masmas, T.N., Moller, E., Buhmann, C., Bunch, V., Jensen, J.H., Hansen, T.N., Jorgensen, L.M., Kjaer, C., Mannstaedt, M., Oxholm, A., Skau, J., Theilade, L., Worm, L. & Ekstrom, M. 2008, "Asylum seekers in Denmark--a study of health status and grade of traumatization of newly arrived asylum seekers", *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture*, vol. 18, no. 2, pp. 77-86.

- McCredie, M. 1998, "Cancer epidemiology in migrant populations", *Recent results in cancer research.Fortschritte der Krebsforschung.Progres dans les recherches sur le cancer*, vol. 154, pp. 298-305.
- McLeod, A. & Reeve, M. 2005, "The health status of quota refugees screened by New Zealand's Auckland Public Health Service between 1995 and 2000", *The New Zealand medical journal*, vol. 118, no. 1224, pp. U1702.
- Montgomery, E. 2011, "Trauma, exile and mental health in young refugees", *Acta psychiatrica Scandinavica.Supplementum*, vol. (440):1-46. doi, no. 440, pp. 1-46.
- Montgomery, E. 2010, "Trauma and resilience in young refugees: a 9-year follow-up study", *Development and psychopathology*, vol. 22, no. 2, pp. 477-489.
- Montgomery, E. & Foldspang, A. 2005, "Seeking asylum in Denmark: refugee children's mental health and exposure to violence", *European journal of public health*, vol. 15, no. 3, pp. 233-237.
- Muennig, P., Pallin, D., Challah, C. & Khan, K. 2004, "The cost-effectiveness of ivermectin vs. albendazole in the presumptive treatment of strongyloidiasis in immigrants to the United States", *Epidemiology and infection*, vol. 132, no. 6, pp. 1055-1063.
- Muennig, P., Pallin, D., Sell, R.L. & Chan, M.S. 1999, "The cost effectiveness of strategies for the treatment of intestinal parasites in immigrants", *The New England journal of medicine*, vol. 340, no. 10, pp. 773-779.
- Mygind, A., Kristiansen, M., Krasnik, A. & Nørredam, M. 2006, *Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici - betydningen af etnicitet og migration*, Viden og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen, København.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt, N. 2012, , *Smittevern boka: 12: Innvandrere og smittevern*. Available: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,5077:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:82633::1:6043:12:::0:0#eHandbook826333 [2012, 07/27].
- Nasjonalt folkehelseinstitutt, N. 2011, , *Tuberkuloseveilederen*. Available: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,5093:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:83504::1:6043:4:::0:0 [2012, 07/27].
- Nasjonalt folkehelseinstitutt, N. 2009, , *Anbefaling om innhold i tuberkuloseundersøkelse for ulike grupper med plikt til undersøkelse, jf. forskrift om tuberkulosekontroll*. Available: <http://www.fhi.no/dokumenter/adf3851a8d.pdf> [2012, 07/27].
- Newbold, B. 2009, "The short-term health of Canada's new immigrant arrivals: evidence from LSIC", *Ethnicity & health*, vol. 14, no. 3, pp. 315-336.
- Nielsen, D., Svabo, A., Korsholm, K. & Sodemann, M. 2009a, *Kun en tåbe frygter ikke sproget*, Indvandremedicinsk klinik, OUH, Odense, Denmark.

- Nielsen, S.S. 2012, , *Healthcare-seeking Behaviour among Newly Arrived Adult Migrants* [Homepage of University of Copenhagen], [Online]. Available: <http://sulim.ku.dk/research/wp6/> [2012, 08/25].
- Nielsen, S.S., Hempler, N.F., Waldorff, F.B., Kreiner, S. & Krasnik, A. 2012, "Is there equity in use of healthcare services among immigrants, their descendents, and ethnic Danes?", *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 40, no. 3, pp. 260-270.
- Nielsen, S.S., Norredam, M., Christiansen, K.L., Obel, C., Hilden, J. & Krasnik, A. 2009b, "The effect of length of stay and number of relocations on asylum-seeking children's mental health--secondary publication", *Ugeskrift for laeger*, vol. 171, no. 12, pp. 981-984.
- Nielsen, S.S., Norredam, M., Christiansen, K.L., Obel, C., Hilden, J. & Krasnik, A. 2008, "Mental health among children seeking asylum in Denmark--the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study", *BMC public health*, vol. 8, pp. 293.
- Nienhaus, A., Schablon, A., Costa, J.T. & Diel, R. 2011, "Systematic review of cost and cost-effectiveness of different TB-screening strategies", *BMC health services research*, vol. 11, pp. 247-6963-11-247.
- Norredam, M. 2011, "Migrants' access to healthcare", *Danish medical bulletin*, vol. 58, no. 10, pp. B4339.
- Norredam, M., Garcia-Lopez, A., Keiding, N. & Krasnik, A. 2010a, "Excess use of coercive measures in psychiatry among migrants compared with native Danes", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 121, no. 2, pp. 143-151.
- Norredam, M., Garcia-Lopez, A., Keiding, N. & Krasnik, A. 2010b, "Risk of mental disorders in family reunification migrants and native Danes: a register-based historically prospective cohort study", *International journal of public health*, vol. 55, no. 5, pp. 413-419.
- Norredam, M., Krasnik, A., Moller Sorensen, T., Keiding, N., Joost Michaelsen, J. & Sonne Nielsen, A. 2004, "Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents", *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 32, no. 1, pp. 53-59.
- Norredam, M., Krasnik, A., Pipper, C. & Keiding, N. 2008, "Differences in stage of disease between migrant women and native Danish women diagnosed with cancer: results from a population-based cohort study", *European journal of cancer prevention : the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)*, vol. 17, no. 3, pp. 185-190.
- 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 (Oxford, England : 1990)*, vol. 43, no. 18, pp. 2717-2721.
- Norredam, M., Olsbjerg, M., Petersen, J.H., Bygbjerg, I. & Krasnik, A. 2011a, "Mortality from infectious diseases among refugees and immigrants compared to native Danes: a historical prospective cohort study", *Tropical medicine & international health : TM & IH*, .

- Norredam, M., Olsbjerg, M., Petersen, J.H., Bygbjerg, I. & Krasnik, A. 2011b, "Mortality from infectious diseases among refugees and immigrants compared to native Danes: a historical prospective cohort study", *Tropical medicine & international health : TM & IH*, .
- Norredam, M., Olsbjerg, M., Petersen, J.H., Juel, K. & Krasnik, A. 2012, "Inequalities in mortality among refugees and immigrants compared to native Danes -- a historical prospective cohort study", *BMC public health*, vol. 12, no. 1, pp. 757.
- Olsen, D.R., Montgomery, E., Bojholm, S. & Foldspang, A. 2007, "Prevalence of pain in the head, back and feet in refugees previously exposed to torture: a ten-year follow-up study", *Disability and rehabilitation*, vol. 29, no. 2, pp. 163-171.
- Oxholm, A., Kjær, C. & Buhmann, C.e.a. 2008, *Asylansøgere i Danmark - en undersøgelse af nyankomne asylansøgers helbredstilstand og traumatiseringsgrad*.
- Parsons, K.J., Osbourn, M., Durrheim, D.N. & Webber, M.T. 2007, "Immunisation coverage in refugee children", *The Medical journal of Australia*, vol. 186, no. 6, pp. 323.
- Paxton, G.A., Sangster, K.J., Maxwell, E.L., McBride, C.R. & Drewe, R.H. 2012, "Post-arrival health screening in karen refugees in australia", *PloS one*, vol. 7, no. 5, pp. e38194.
- Pedersen, F.K. & Moller, N.E. 2000, "Sygdomme hos flygtninge- og indvandreborn", *Ugeskrift for laeger*, vol. 162, no. 46, pp. 6207-6209.
- Pedersen, G.S., Mortensen, L.H. & Andersen, A.M. 2011, "Ethnic variations in mortality in pre-school children in Denmark, 1973-2004", *European journal of epidemiology*, vol. 26, no. 7, pp. 527-536.
- Phillips, C.B. & Benson, J. 2007, "Better primary health care for refugees - catch up immunisation", *Australian Family Physician*, vol. 36, no. 6, pp. 440-2, 444.
- Prip, K., Persson, A.L. & Sjolund, B.H. 2011, "Self-reported activity in tortured refugees with long-term sequelae including pain and the impact of foot pain from falanga--a cross-sectional study", *Disability and rehabilitation*, vol. 33, no. 7, pp. 569-578.
- Razum, O. & Twardella, D. 2002, "Time travel with Oliver Twist--towards an explanation foa a paradoxically low mortality among recent immigrants", *Tropical medicine & international health : TM & IH*, vol. 7, no. 1, pp. 4-10.
- Razum, O., Zeeb, H., Akgun, H.S. & Yilmaz, S. 1998, "Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect?", *Tropical medicine & international health : TM & IH*, vol. 3, no. 4, pp. 297-303.
- Rechel, B., Mladovsky, P. & Devillé, W.e.a. (eds) 2011, *Migration and health in the European Union*, 1st edn, McGraw Hill, Berkshire, England.
- Reid, A. 2012, "Under-use of migrants' employment skills linked to poorer mental health", *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 36, no. 2, pp. 120-125.

- Sanchez-Ramirez, D.C., Krasnik, A. & Kildemoes, H.W. 2012, "Do immigrants from Turkey, Pakistan and Ex-Yugoslavia with newly diagnosed type 2 diabetes initiate recommended statin therapy to the same extent as Danish-born residents? A nationwide register study", *European journal of clinical pharmacology*, .
- Seersholm, N., Andersen, P.H., Andersen, ÅB. & et al. 2010, *Tuberkulosebekæmpelse i Danmark -et nationalt tuberkuloseprogram*, Dansk selskab for infektionsmedicin.
- Sheikh, M., Pal, A., Wang, S., MacIntyre, C.R., Wood, N.J., Isaacs, D., Gunasekera, H., Raman, S., Hale, K. & Howell, A. 2009, "The epidemiology of health conditions of newly arrived refugee children: a review of patients attending a specialist health clinic in Sydney", *Journal of paediatrics and child health*, vol. 45, no. 9, pp. 509-513.
- Sheikh-Mohammed, M., Macintyre, C.R., Wood, N.J., Leask, J. & Isaacs, D. 2006, "Barriers to access to health care for newly resettled sub-Saharan refugees in Australia", *The Medical journal of Australia*, vol. 185, no. 11-12, pp. 594-597.
- Singhammer, J. 2008, *Etniske minoriteters sundhed*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Skinhoj, P., Aldershvile, J., Black, F., Kjersem, H., Kryger, P. & Mathiesen, L. 1981, "Viral hepatitis in southeast Asian refugees", *Journal of medical virology*, vol. 7, no. 2, pp. 149-155.
- Smittskyddsinstitutet 2012a, *Epidemiologisk årsrapport 2011*.
- Smittskyddsinstitutet 2012b, *Förbättrad struktur och samordning vid hälsoundersökningar för asylsökande*.
- Social- og Integrationsministeriet 2012, *Fakta om integration: Status og udvikling*, Social- og Integrationsministeriet, København.
- Socialdepartamentet 2005, *Nasjonell strategi mot hiv/aids och visse andra smittsamma sjukdomar. Prop. 2005/06:60*Regeringen.
- Socialstyrelsen Sverige 2012, , *Provtagning: Vård och omsorg för asylsökande*. Available: <http://www.socialstyrelsen.se/vardochomsorgforasylsokandemedflera/halsundersokning/provtagnin g> [2012, 07/28].
- Sønderborg Kommune 2011, *En sund integration - en del af den 3-årige integrationsperiode. Evaluering*.
- Spallek, J., Zeeb, H. & Razum, O. 2011, "What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? a life course approach", *Emerging themes in epidemiology*, vol. 8, no. 1, pp. 6.
- Staehr, M. & Munk-Andersen, E. 2006, "Selvmord og selvmordsadfærd blandt asylansøgere i Danmark i perioden 2001 - 2003", *Ugeskrift for Læger*, , no. 168, pp. 1650-1653.

- Statens Institut for Folkesundhed 2012, , *Sundhedsprofil 2010* [Homepage of Statens Institut for Folkesundhed (SiF)], [Online]. Available: <http://www.sundhedsprofil2010.dk/Pages/Home.aspx> [2012, 02/10].
- Statens Serum Institut 2012, , *Overvågning i tal, grafer og kort - hepatitis B*. Available: <http://www.ssi.dk/Smitteberedskab/Sygdomsovervaagning.aspx> [2012, 07/25].
- Statens Serum Institut 2011, "HIV 2010", *EPI-nyt 2011 uge 45*, [Online], , pp. 25-07-2012-
<http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2011/Uge%2045%20-%202011.aspx>.
- Statens Serum Institut 2010a, , *Amøbiasis*. Available:
<http://www.ssi.dk/Service/Sygdomsleksikon/A/Amoebiasis.aspx> [2012, 07/25].
- Statens Serum Institut 2010b, "EPI-nyt 2010 uge 3", [Online], , pp.
<http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2011/Uge%203%20-%202011.aspx>.
- Statens Serum Institut 2010c, "EPI-nyt 2010 uge 49", [Online], , pp.
<http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2010/Uge%2049%20-%202010.aspx>.
- Statens Serum Institut 2010d, "Kronisk hepatitis B 2009", *EPI-nyt 2010 uge 21*, [Online], , pp. 25-07-2012-
<http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2010/Uge%2021%20-%202010.aspx>.
- Stauffer, W.M., Kamat, D. & Walker, P.F. 2002, "Screening of international immigrants, refugees, and adoptees", *Primary care*, vol. 29, no. 4, pp. 879-905.
- Sundby, A. & Petersen, P.E. 2003, "Oral health status in relation to ethnicity of children in the Municipality of Copenhagen, Denmark", *International journal of paediatric dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children*, vol. 13, no. 3, pp. 150-157.
- Sundhedsstyrelsen 2002, *Redegørelse for sundhedsbetjeningen af flygtninge og indvandrere, der kommer til Danmark, hvad angår smitsomme sygdomme*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Tafari, S., Prato, R., Martinelli, D., Melpignano, L., De Palma, M., Quarto, M. & Germinario, C. 2010, "Prevalence of Hepatitis B, C, HIV and syphilis markers among refugees in Bari, Italy", *BMC infectious diseases*, vol. 10, pp. 213.
- Tiong, A.C., Patel, M.S., Gardiner, J., Ryan, R., Linton, K.S., Walker, K.A., Scopel, J. & Biggs, B.A. 2006, "Health issues in newly arrived African refugees attending general practice clinics in Melbourne", *The Medical journal of Australia*, vol. 185, no. 11-12, pp. 602-606.
- Torres, A.M. 2000, *Oral health situation of asylum seeking children and refugees in Denmark. Ph.d.-afhandling*, Københavns Universitet.
- Traume.dk 31.01.2012-last update. Available: <http://traume.dk/diverse/tilbud/> [2012, 08/25].

- Veldhuijzen, I.K., Toy, M., Hahne, S.J., De Wit, G.A., Schalm, S.W., de Man, R.A. & Richardus, J.H. 2010, "Screening and early treatment of migrants for chronic hepatitis B virus infection is cost-effective", *Gastroenterology*, vol. 138, no. 2, pp. 522-530.
- Villadsen, S.F., Mortensen, L.H. & Andersen, A.M. 2009, "Ethnic disparity in stillbirth and infant mortality in Denmark 1981-2003", *Journal of epidemiology and community health*, vol. 63, no. 2, pp. 106-112.
- Wiking, E., Johansson, S.E. & Sundquist, J. 2004, "Ethnicity, acculturation, and self reported health. A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden", *Journal of epidemiology and community health*, vol. 58, no. 7, pp. 574-582.
- Wilcke, J.T., Poulsen, S., Askgaard, D.S., Enevoldsen, H.K., Ronne, T. & Kok-Jensen, A. 1998, "Tuberculosis in a cohort of Vietnamese refugees after arrival in Denmark 1979-1982", *The international journal of tuberculosis and lung disease : the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 2, no. 3, pp. 219-224.
- Wörmann, T. & Krämer, A. 2011, "Communicable diseases" in *Migration and health in the European Union*, eds. B. Rechel, P. Mladovsky & W.e.a. Devillé, 1.th edn, McGrawHill, Berkshire, England, pp. 121-138.
- Yun, K., Hebrank, K., Graber, L.K., Sullivan, M.C., Chen, I. & Gupta, J. 2012, "High Prevalence of Chronic Non-Communicable Conditions Among Adult Refugees: Implications for Practice and Policy", *Journal of community health*, .
- Zeeb, H., Razum, O., Blettner, M. & Stegmaier, C. 2002, "Transition in cancer patterns among Turks residing in Germany", *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*, vol. 38, no. 5, pp. 705-711.