

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

vejledninger, men at de ikke efterleves i den daglige klinik [11, 17-20].

En måde at forbedre behandlingen i almen praksis på kunne være et »indikatorprojekt«, hvor kardiovaskulære risikofaktorer indgår som variable. HbA_{1c}-status, resultaterne af øjenlægekontrol, nyre- og fodstatus bør være naturlige indikatorer ved diabetes mellitus. Sådanne projekter er med succes gennemført i flere lande med en forbedret behandling som resultat [17-20].

Nærværende studie har flere begrænsninger. Lægerne, der deltog, er udvalgt af lægemiddelkonsulenter fra Pfizer Aps. Data er selvrapporeret af den enkelte læge, og der er ikke foretaget stikprøvekontrol med henblik på at vurdere kvaliteten af de indtastede værdier. Generelt medfører selvrapporing for positive resultater [18-20].

Korrespondance: *Sten Madsbad*, Endokrinologisk Afdeling, H:S Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre. E-mail: sten.madsbad@hh.hosp.dk

Antaget: 4. september 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: De praktiserende læger, der har deltaget i undersøgelsen, takkes for deres entusiasme og interesse, som var grundlaget for at studiet kunne gennemføres

Litteratur

- Jacobsen IA, Bang LE, Borriild NJ et al. Hypertensio arteriales. Dansk Hypertensio-selskab. Ugeskr Læger 1999;161(suppl 9).
- Forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom i almen praksis – med særlig henblik på dyslipidemi. Dansk selskab for almen medicin. Ugeskr Læger 1998;160(suppl 6).
- Færgeman O, Christensen B, Hansen HS et al. Sekundær og primær forebyggelse af koronar hjertesygdom med særlig henblik på dyslipidemi. Dansk Cardiolgisk Selskab. Ugeskr Læger 2000;162(suppl 7).
- Beck-Nielsen H, Henriksen JE, Dudal Masen L et al. Type 2 diabetes og det metaboliske syndrom – diagnostik og behandling. Dansk Selskab for Intern Medicin, Dansk Endokrinologisk Selskab og Dansk selskab for almen medicin. Ugeskr Læger 2000;162(suppl 6).
- Forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom i almen praksis. København: Dansk selskab for almen medicin, 1998.
- Kristensen JK, Lauritzen T. Polyfarmakologisk behandling af type 2-diabetes i daglig klinisk praksis. Ugeskr Læger 2002;164:5250-3.
- De fine Olivarius N, Beck-Nielsen H, Andreasen AH et al. Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. BMJ 2001;323:1-9.
- Bjørnstad H. Implementering af DSAM's vejledning og landsoverenskomstens nye forebyggelseskonsultation om iskæmisk hjertesygdom. Ugeskr Læger 2000;162:5543-5.
- Munck A, Toft B, Aarslev P. Forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom i Ringkøbing Amt – et auditprojekt. Ugeskr Læger 1999;161:5210-2.
- Vægter K, Waldorff FB, Kirkegaard J et al. Brug af DSAM's vejledning om forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom i almen praksis. Ugeskrift for Læger 2000;162:5979-82.
- Søgaard J, Jacobsen ET. Praktiserende lægers holdninger til brug af kliniske vejledninger generelt og DSAM's kliniske vejledning om forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2003:1-56.
- Oxman AD, Thomsen MA, Davis DA et al. No magic bullet: a systematic review of 102 trials of intervention to improve professional practice. CMAJ 1995;153:1423-31.
- Langley C, Faulkner A, Watkins C et al. Use of guidelines in primary care – practitioners' perspectives. Family Practice 1998;15:105-11.
- Mehler PS, Esler A, Estacio RO et al. Lack of improvement in the treatment of hyperlipidemia among patients with type 2 diabetes. Am J Med 2003;114:377-82.
- Munck AP, Damsgaard JJ, Hansen DG. APO-metoden - en populær form for kvalitetsudvikling i almen praksis. Ugeskr Læger 2002;164:5390-3.
- Wilson PW, D'Agostino RB, Levy D et al. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. Circulation 1998;97:1837-47.
- Varraoud-Vial M, Charpentier G, Vaur L et al. Effects of clinical audit on the quality of care in patients with type 2 diabetes: results of the DIABEST pilot study. Diabet Metab 2001;27:666-74.
- Saaddine JB, Engelgau MM, Beckles GL et al. A diabetes report card for the United States: quality of care in the 1990s. Ann Intern Med 2002;136:565-74.
- Egede LE, Zheng D. Modifiable cardiovascular risk factors in adults with diabetes. Arch Intern Med 2002;162:427-33.
- Lenfant C. Clinical research to clinical practice – lost in translation? N Engl J Med 2003;349:868-74.

Selvvurderet helbred blandt unge fra etniske minoriteter i Danmark

B.scient.san.publ. Anne Bennedsen,
b.scient.san.publ. Else Helene Ibfelt,
b.scient.san.publ. Jane Lindschou Hansen &
speciallæge Karin Helweg-Larsen

Statens Institut for Folkesundhed, København

Resume

Introduktion: I tidligere undersøgelser er der blevet beskrevet en række helbredsproblemer blandt etniske minoritetsgrupper i Danmark. Vi vurderer, om der er forskelle i selvvurderet helbred blandt etnisk danske unge, unge indvandrere og efterkommere af indvan-

drere fra ikkevestlige lande, og om der er sammenhænge mellem etnicitet og »tro på at man selv kan gøre noget for sit helbred«.

Materiale og metoder: I alt 6.203 elever i 9. klasse besvarede i 2002 et computerbaseret spørgeskema med fokus på de unges trivsel, sundhedsadfærd og seksuelle erfaringer. Undersøgelsen omfattede 264 indvandrere og 391 efterkommere af indvandrere fra ikkevestlige lande. Data om disse unges selvvurderede helbred er sammenlignet med tilsvarende data for unge af dansk oprindelse og kontrolleret for betydningen af en række risikofaktor for dårlig trivsel.

Resultater: Unge efterkommere af indvandrere og indvandrere har et selvvurderet dårligere helbred end etnisk danske unge. Sammenhængen er kun signifikant for piger, ikke for drenge, og gæl-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

der kun for indvandrerpiger, når betydningen af risikofaktorer for dårligt helbred medtages i analyserne. For begge køn gælder det, at der er en sammenhæng mellem selv vurderet dårligt helbred og manglende tro på, at man selv kan gøre noget for sit helbred.

Konklusion: Baggrundsfaktorerne for de unges og familiens indvandring har generelt betydning for helbredet. Der er etniske forskelle og kønsforskelle i selvrapporeret helbred blandt unge. Piger fra etniske minoriteter vurderer deres helbred som dårligere end etnisk danske piger, men for drengenes vedkommende er der ingen forskel. Unge piger og drenge fra etniske minoriteter tror i mindre grad, at de selv kan gøre noget for deres helbred, end danske unge gør. De etniske forskelle i viden om og indstilling til betydningen af egen sundhedsadfærd bør inddrages i folkeskolens undervisning med hensyntagen til kulturelle forskelle og til baggrunden for indvandringen for at forebygge fremtidige sundhedsproblemer hos denne gruppe af unge.

Internationale undersøgelser viser, at der er en højere forekomst af helbredsmæssige problemer blandt immigranter end i baggrundsbefolkningen [1, 2]. Der foreligger kun få undersøgelser af etniske minoriteters helbredstilstand i Danmark. I disse undersøgelser peges der på en øget sygelighed og en øget forekomst af sociale problemer blandt voksne [3-5]. Der er foretaget få undersøgelser af helbredsproblemer blandt børn og unge indvandrere og efterkommere i Danmark, og i dem har man fokuseret på udvalgte problemstillinger såsom børn på asylcentre [6], sygehuskontakt blandt børn i forskellige etniske minoritetsgrupper [7] eller forekomsten af caries blandt børn af immigranter [8]. Der er således sparsom viden om det selv vurderede helbred blandt unge af forskellig etnisk oprindelse.

Formålet med studiet var på basis af en undersøgelse, der var foretaget blandt et landsrepræsentativt udsnit af elever i 9. klasse og rummede eksakte oplysninger om svarpersonernes og henholdsvis deres mors og fars fødeland, at sammenligne selv vurderet helbred blandt etnisk danske unge, unge indvandrere og unge efterkommere af indvandrere fra ikkevestlige lande og at vurdere mulige forskelle i sammenhængen mellem etnicitet og »tro på at man selv kan gøre noget for sit helbred«, som forklaringsmodel for eventuelt fundne sammenhænge mellem etnicitet og selv vurderet helbred.

I undersøgelsen defineres indvandrer som en ung, der er

født i et ikkevestligt land og har mindst en forælder, der også er født i et ikkevestligt land. Efterkommer defineres som en ung, der er født i Danmark og har mindst en forælder, der er født i et ikkevestligt land (Tabel 1).

Materiale og metoder

I 2002 gennemførte Statens Institut for Folkesundhed en undersøgelse blandt et landsrepræsentativt udsnit af elever i 9.-klasser i folkeskolen. I alt deltog 183 skoler med samlet 7.212 elever i 9. klasser. På interviewtidspunktet var 86% af eleverne til stede i klassen. De deltog alle i undersøgelsen. Fraværsp procenten på 14 svarer til den fraværsp procent pga. sygdom, der er rapporteret i undersøgelsen [9]. Undersøgelsen var baseret på et selvudfyldt computerbaseret spørgeskema med anvendelse af multimedia, lyd og billede (audio-CASI). Computerens oplæsning af spørgsmål, som eleven hørte via høretelefoner, og brugen af billeder sikrede, at også læsesvage elever kunne deltage [9]. I undersøgelsen blev der fokuseret på forekomsten af tidlige seksuelle erfaringer samt seksuelle og fysiske overgreb, og der blev inkluderet spørgsmål, der belyste de unges familiære og skolemæssige forhold, helbred, trivsel og sundhedsadfærd. I nærværende artikel fokuseres der på to spørgsmål fra spørgeskemaet.

Spørgsmålet: »Hvordan synes du, dit helbred er normalt?« er brugt til at beskrive selv vurderet helbred. Et selv vurderet dårligt helbred dækker over svarene »nogenlunde«, »dårligt« og »meget dårligt«. Spørgsmålet: »Tror du, at man selv kan gøre noget for sit helbred?« er brugt som indikator for viden om sundhed og sundhedsadfærd og et udtryk for *self-efficacy*, dvs. egen bedømmelse af sine evner til at organisere og gennemføre en given aktivitet [10]. Svarene »nej« og »måske« angiver lav *self-efficacy*.

I en række undersøgelser har man påvist sammenhænge mellem forbrug af alkohol, rygning, motionsaktivitet, tro på at man selv kan gøre noget for eget helbred, besvær ved at tale med forældre og kammerater, mobning, oplevet vold mod sig selv og mod ens mor, fagligt standpunkt, psykiske problemer og selv vurderet helbred [11, 12]. Disse faktorer er medtaget i logistiske regressionsanalyser.

Elevernes etnicitet er defineret ud fra eksakte oplysninger om eget fødeland og forældrenes fødeland. I nærværende undersøgelse indgår der indvandrere og efterkommere fra ikkevestlige lande og etnisk danske unge. Indvandrere er unge, der selv er født i Tyrkiet, Pakistan, Iran, Irak, Asien, Mellemøsten (Palæstina, Syrien, Libanon og Jordan), Afrika, Østeuropa inkl. Rusland eller Syd- og Mellemamerika og har mindst en forælder, der også er født i et ikkevestligt land. Efterkommere er unge, der selv er født i Danmark og har mindst en forælder, der er født i et ikkevestligt land (Tabel 1). Grupperne omfatter unge fra mange forskellige kulturer og nationaliteter. Dog har en betydelig del af gruppen det tilfælles, at de kommer fra en muslimsk præget kultur. Etnisk danske er unge, der selv og hvis forældre er født i Danmark. Der er i analyserne ikke

Tabel 1. Anvendte definitioner af etnicitet og antal personer i hver gruppe.

Etnicitet	Definition af etnicitet	Antal
Etnisk dansker	Barn født i Danmark og begge forældre født i Danmark (adoptivbørn inkluderet)	5.219
Indvandrer	Barn født i et ikkevestligt land og mindst en forælder født i et ikkevestligt land	264
Efterkommer	Barn født i Danmark og mindst en forælder født i et ikkevestligt land	391

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

medtaget unge, der har oprindelse i andre europæiske lande, USA, New Zealand eller Australien. Præliminære analyser af materialet har påvist, at der ikke er forskelle mellem disse gruppers helbred og etnisk danske unges helbred.

Data er analyseret i statistikprogrammet SPSS ved hjælp af simple krydstabuleringer og logistiske regressionsanalyser.

Etik

Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført i skoleklasserne på basis af accept fra skolebestyrelserne og de deltagende elevers eget informerede samtykke, men ikke med forældres individuelle samtykke. Undersøgelsen omfattede sensitive spørgsmål om elevernes seksuelle erfaringer og oplevelser af fysiske og seksuelle overgreb. I en forudgående pilotundersøgelse var de etiske, retlige og praktiske problemstillinger ved at basere undersøgelsen på elevernes eget informerede samtykke, og ikke på forældrenes blevet belyst [9]. Der var ikke rejst nogen indsigelse fra relevante offentlige myndigheder og Den Centrale Videnskabsetiske Komité imod undersøgelsen, forudsat at den var anonym, og eleverne havde adgang til rådgivning. Alle elever blev undervejs i undersøgelsen informeret om dens temaer og havde adgang til psykologrådgivning.

Resultater

Et landsrepræsentativt udsnit på 11% af årgangen af eleverne i 9. klasse deltog i undersøgelsen og besvarede alle de spørgsmål, som indgik i nærværende undersøgelse. Ud af i alt 6.203 deltagere var 5.219 etnisk danske, 264 var indvandrere, og 391 var efterkommere fra indvandrere fra ikkevestlige lande (Tabel 1).

Der var en direkte sammenhæng mellem etnicitet og selvvurderet helbred. Efterkommere og indvandrere rapporterede hyppigere om dårligt helbred end etnisk danske unge, henholdsvis 21%, 19% og 14% ($\gamma = 0,202$, $p < 0,001$). Denne etniske sammenhæng var signifikant for piger, men ikke for drenge. Indvandrerpiger havde en overrisiko for selvvurderet dårligt helbred i forhold til etnisk danske piger med en odds-ratio (OR) på 1,58 ($p < 0,01$), mens efterkommerpiger havde en overrisiko med OR = 1,88 ($p < 0,001$).

Tabel 2 viser sammenhænge mellem etnicitet og selvvurderet dårligt helbred for piger og drenge efter kontrol for betydningen af en række faktorer, som er påvist at have indflydelse på det selvrapporterede helbred blandt de unge. For indvandrerpiger var der stadig en signifikant større andel, der vurderede deres eget helbred som dårligt, end etnisk danske piger gjorde, OR = 1,80 (konfidensinterval (KI) 1,07-3,02), og der var en tendens til det samme for efterkommerpiger, OR = 1,45 (KI 0,99-2,11). Der var ingen signifikant sammenhæng for drenge.

Unge efterkommere troede i mindre grad end etnisk danske unge, at de selv kan gøre noget for deres helbred, og sammenhængen var endnu mere udpræget for indvandrere og mest markant for piger, OR = 3,80 (KI 2,33-6,23) (**Tabel 3**).

Tabel 2. Sammenhæng mellem etnicitet og selvvurderet helbred hos begge køn. Elever i 9. klasse ($2.773 \leq n \leq 2.999$).

Etnicitet	Selvvurderet dårligt helbred					
	piger			drenge		
	%	OR	95% KI	%	OR	95% KI
Etniske danskere	17,1	-	-	11,0	-	-
Efterkommere	27,9	1,45	(0,99-2,11)	14,1	1,25	(0,77-2,02)
Indvandrere	24,6	1,80*	(1,07-3,02)	13,8	1,17	(0,63-2,18)

OR: odds-ratio; KI: konfidensinterval.

Kontrolleret for: alkohol, rygning, motion, tro på at man selv kan gøre noget for eget helbred, svært ved at tale med forældre, svært ved at tale med kammerater, mobning, oplevet vold mod sig selv, vold mod sin mor, fagligt standpunkt og psykiske symptomer.

*) $p < 0,050$.

Tabel 3. Sammenhæng mellem etnicitet og om man tror, man selv kan gøre noget for sit helbred. Opdelt på køn. Elever i 9. klasse ($2.872 \leq n \leq 2.989$).

Etnicitet	Tror ikke, at man selv kan gøre noget for sit helbred					
	piger			drenge		
	%	OR	95% KI	%	OR	95% KI
Etniske danskere	5,7	-	-	8,5	-	-
Efterkommere	14,1	2,69**	(1,73-4,17)	15,2	1,93*	(1,28-2,92)
Indvandrere	18,8	3,80**	(2,33-6,23)	16,7	2,16*	(1,37-3,42)

OR: odds-ratio; KI: konfidensinterval.

*) $p < 0,010$; **) $p < 0,001$.

For begge køn fandtes der direkte sammenhænge mellem selvvurderet helbred og tro på, at man selv kan gøre noget for sit helbred (piger: $\chi^2 = 19,770$, $p < 0,001$, drenge: $\chi^2 = 8,792$, $p < 0,01$). De, der vurderede deres eget helbred som dårligt, troede i ringere grad, at de selv kan gøre noget for deres eget helbred. Denne sammenhæng fandtes både for indvandrere og for efterkommere.

Diskussion

9. klasse-undersøgelsens størrelse, 6.203 deltagere, og specificerede data om oprindelsesland gjorde det muligt at gennemføre analyser af betydningen af etnicitet og køn for selvvurderet helbred med hensyntagen til en række modificerende faktorer.

Samlet rapporterede unge efterkommere og indvandrere hyppigere om dårligt helbred end etnisk danske unge, henholdsvis 21%, 19% og 14%. Der er kønsforskelle i selvrapporteret helbred. Både etnisk danske piger og indvandrer- og efterkommerpiger oplevede hyppigere end drenge, at deres helbred var dårligt. Når der kontrolleres for faktorer, der anses for at have indflydelse på unges selvrapporterede helbred [11, 13], var der ikke signifikante forskelle for drengene, men

der var forskel i indvandrerpigers selvvaluerede helbred sammenlignet med etnisk danske pigers selvvaluerede helbred. Knap 25% vurderede deres helbred som dårligt mod 17% af de etnisk danske piger, svarende til en OR på 1,80 (KI 1,07-3,02).

Den påviste forskel i selvvalueret helbred mellem piger, der er indvandrere fra ikkevestlige lande, og etnisk danske piger kan ikke forklares af ud fra forskelle i kendte risikofaktorer for dårligt helbred (alkohol, rygning, motionsaktivitet, tro på at man selv kan gøre noget for eget helbred, besvær ved at tale med forældre og kammerater, mobning, oplevet vold mod sig selv og sin mor, fagligt standpunkt og psykiske problemer). Det er nærliggende at antage, at psykosociale belastninger i relation til flygtninge- og indvandrerstatus og krav om tilpasning til nyt sprog og andre kulturelle normer end de hjemlige har betydning for selvrapporeret helbred [3, 14]. Helbredsforskellene kan også være betinget af de forhold, der har ført til immigration. Mange flygtninge har haft traumatiske oplevelse i hjemlandet og under en eventuel flugt til Danmark. Oplevelser af denne karakter kan give anledning til en lang række reaktioner, som både direkte påvirker den enkelte person og indirekte familiens børn [6, 15, 16]. En medvirkende faktor til helbredsproblemer blandt unge indvandrere kan også være de ofte lange ophold på danske asylcentre, der er præget af dårlige boligforhold, sparsom mulighed for familiesammenhold og usikkerhed om fremtiden [17, 18].

I nærværende undersøgelse har vi fokuseret på selvrapporeret helbred og ikke på psykisk trivsel eller andre mål for helbredstilstanden. Selvvalueret helbred som mål for reelt helbred kan imidlertid være behæftet med en vis usikkerhed. Der er for det første kønsforskelle i unges selvrapporerede helbred, som kan skyldes, at drenge relaterer spørgsmålet til fysisk helbred og ikke til trivselsproblemer som ængstelse og nervøsitet [12, 19]. At der ikke ses nogen sammenhæng mellem etnicitet og selvvalueret helbred hos drengene kan skyldes, at drenge generelt kan have tendens til mere eller mindre bevidst at undervurdere helbredsproblemer for ikke at fremstå som svage, og at denne tendens kan være mere udpræget hos drenge fra etniske minoriteter grundet en ofte mere traditionel drengeopdragelse. I en nyere undersøgelse fra Oslo blandt 13-årige elever med forskellig etnisk baggrund blev der således fundet relativt flere psykiske helbredsproblemer, men ikke somatiske problemer blandt indvandrerdrengene end blandt etnisk norske drenge [16]. Dernæst er der nationale og kulturelle forskelle på, hvorledes eget helbred vurderes [20]. Spørgsmålet om selvvalueret helbred påvirkes dels af de fremherskende sundheds- og sygdomsopfattelser i et givent samfund, og dels af den enkelte persons oplevelse og fortolkning af forskellige symptomer. Problemet er aktuelt i nærværende undersøgelse, idet de svar, som sammenlignes, stammer fra elever med forskellig kulturel baggrund. Hvis indvandrere, efterkommere og etnisk danske elever ikke opfatter begrebet

»helbred« på samme måde og ikke forstår spørgsmålet eller svarkategorierne ens, belaster det sammenligneligheden af svarkategorierne vedrørende selvrapporeret helbred.

Den overrisiko for selvvalueret dårligt helbred, som ses hos indvandrerpiger, kan skyldes nogle livsstilsfaktorer, der ikke er taget højde for i analysen. Det kan være faktorer, som er specielt karakteristiske for piger med anden etnisk baggrund end dansk, f.eks. relateret til det kønsrollemønster, som pigerne opdrages i, og kan muligvis også relateres til religiøst betinget selvpfattelse og tro på skæbne og egne muligheder for at influere på helbred og psykiske problemer.

Sammenlignet med etnisk danske unge var der en markant større andel af indvandrere og efterkommere, der ikke selv troede, at man kan gøre noget for sit helbred, dvs. havde en lavere grad af *self-efficacy*. Det gjaldt for både drenge og piger. Religiøst betinget skæbnetro kan muligvis medvirke til at forklare disse markante etniske forskelle i *self-efficacy*. Mens det kun var en beskedent andel af danske unge, som angav, at de ikke mente, man selv kan gøre noget for sit helbred, var andelen 20% blandt indvandrerpigerne.

Vi fandt en signifikant sammenhæng blandt unge indvandrere og efterkommere mellem godt selvvalueret helbred og tro på, at man selv kan gøre noget for sit helbred. Det kan bidrage til at forklare de påviste etniske forskelle i selvvalueret helbred. Det er rimeligt at tolke spørgsmålet som en kombination af to ting: et mål for viden om sundhed og sundhedsadfærd og et mål for holdningen til egen mulig indflydelse på helbredet, defineret som *self-efficacy*. *Self-efficacy* tilegnes primært gennem egne positive oplevelser med en given aktivitet [10] og er vist at være en god prædikator for sundhedsfremmende aktiviteter og godt helbred. Det er tidligere påvist, at unges helbredsproblemer i vid grad er knyttet til psykologiske problemer og adfærdsproblemer og har sammenhæng med lavt selvværd og lavt niveau af *self-efficacy* samt manglende kammeratstøtte [21].

En årsag til, at indvandrere og efterkommere i mindre grad synes at have viden om og tiltro til, at de selv kan gøre noget for deres helbred, kan være, at der er en anden tradition i deres oprindelsesland for, hvad der eksempelvis opfattes som sundt og værdifuldt, f.eks. vedrørende fysisk aktivitet og fedtfattig kost [22, 23]. En mindre viden om sundhedsfremmende adfærd kan også skyldes et lavere uddannelsesniveau hos de unges forældre og en mindre omfattende viden om biologi og legemsfunktioner generelt [24]. En anden mulig forklaring er religiøst betingede forskelle i livsopfattelse, som vil kunne influere på indstillingen til selv at gøre noget i forhold til at påtage sig en skæbne givet af andre magter.

Socioøkonomiske faktorer har betydning for det selvrapporerede helbred. I nærværende undersøgelse indgår der ikke data om forældrenes socioøkonomiske status, og der er således ikke korigeret for denne faktor. I andre undersøgelser er det påvist, at der er betydelig usikkerhed i kategorisering af forældres status ud fra børns oplysninger [25] og i 9.-klasse-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | RETTELSE

undersøgelsen blev der derfor ikke medtaget spørgsmål om forældrenes sociale status.

Konklusion

Der er en markant sammenhæng mellem køn, etnicitet og selvvurderet helbred. Baggrunden for de unges og familiens indvandring til Danmark og de sociale forhold i Danmark kan forklare en række helbredsproblemer blandt indvandrere og efterkommere af indvandrere fra ikkevestlige lande. Men derudover synes kulturelt betingede forskelle i sundhedsopfattelse at have betydning. Det påviste lavere niveau af *self-efficacy* blandt unge af ikkevestlig oprindelse kan bidrage til at forklare de fundne etniske forskelle i selvrapporeret helbred.

Det er relevant yderligere at afdække betydningen af og baggrunden for, at unge indvandrere og efterkommere hyppigere end etnisk danske unge oplever, at de ikke selv kan gøre noget for at bevare deres sundhed. Der synes at være behov for en fremtidig opprioritering af folkeskolens undervisning med en hensyntagen til etniske forskelle i viden om biologi og risikofaktorer for dårligt helbred. Undervisningen bør tage udgangspunkt i kulturelle og kønsmæssige forskelle i forventningen om betydningen af egen sundhedsadfærd og bør inddrage betydningen af de forskellige baggrundsfaktorer for indvandringen. Derved kan en række fremtidige sundhedsproblemer i denne gruppe af unge muligvis forebygges.

Korrespondance: Karin Helweg-Larsen, Statens Institut for Folkesundhed, Øster Farimagsgade 5, DK-1399 København K. E-mail: khl@niph.dk

Antaget: 5. september 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

- Newbold KB, Danforth J. Health status and Canada's immigrant population. *Soc Sci Med* 2003;57:1981-95.
- Iglesias E, Robertson E, Johansson SE et al. Women, international migration and self-reported health. *Soc Sci Med* 2003;56:111-24.
- Nordentoft M. Psykisk sygdom blandt flygtninge og indvandrere. *Ugeskr Læger* 2004;46:6218-9.
- Os og dem. Om fremmedgørelse af børn og unge med etnisk minoritetsbaggrund i og af folkeskolen. Taastrup: TLS-konsulenterne, 2002.
- Christiansen CC, Schmidt G. Mange veje til integration. København: Socialforskningsinstituttet, 2004.
- Abdalla K. Asylsøgende børns sundhedstilstand. *Ugeskr Læger* 2002;164:5765-9.
- Nodgaard H, Nielsen I. Børn fra etniske minoriteter på hospital i Århus. *Ugeskr Læger* 1998;160:2867-71.
- Heidmann J, Christensen LB. Immigrants and a public oral health care service for children in Denmark. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985;13:125-7.
- Helweg-Larsen K, Sundaram V, Curtis T et al. The Danish Youth Survey 2002: Asking young people about sensitive issues. *Circumpolar Health* 2004(suppl 2):147-52.
- Bandura A. *Self-efficacy. The exercise of control.* New York: W. H. Freeman and Company, 1997. (Fifth printing 2002).
- Health and health behaviour among young people. A WHO cross-national study. København: WHO, 2000.
- Helweg-Larsen K. Kønspektivet i unges trivsel og sundhedsadfærd i starten af det 21. århundrede. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2003.
- Due EP, Holstein BE. Rygning blandt 11-15-årige, 1984-1994. *Ugeskr Læger* 1997;159:1090-3.
- Yu SM, Huang ZJ, Schwalberg RH et al. Acculturation and the health and well-being of U.S. immigrant adolescents. *J Adolesc Health* 2003;33:479-88.

- Montgomery E. *Flygtningebørn – traume, udvikling, intervention.* København: Dansk Psykologisk Forlag, 2000.
- Oppedal B, Roysamb E. Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scand J Psychol* 2004;45:131-44.
- Kjersem HJ. *Migrationsmedicin i Danmark. Vurdering af migrationsmedicinske problemstillinger blandt asylansøgere og flygtninge.* København: Dansk Røde Kors, Asylafdeling, 1994.
- Helweg-Larsen K, Hauschildt Juhl H. En ekstern analyse af sundhedsområdet i Røde Kors' Asylafdeling. København: Statens Institut for Folkesundhed og Institut for Sundhedsvæsen, 2000.
- Kolip P, Schmidt B. Gender and health in adolescence. *World Health Organization. Health policy for children and adolescents (HEPCA) series*, 1999.
- Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ et al. Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:219-27.
- Turner G. Peer support and young people's health. *J Adolesc* 1999;22:567-72.
- Vibe-Petersen J, Perrild H. Type 2-diabetes blandt indvandrere. *Ugeskr Læger* 2000;46:6220-2.
- Arestrup M. På kulturelle præmisser. *Ugeskr Læger* 2000;162:6286-7.
- Dyhr L. *Flygtninge og indvandrere. I: Mikkelsen N, Jensen BT, Nielsen CV et al, red. Klinisk Socialmedicin, 2. udgave.* København: Munksgaard, 2000.
- Andersen D, Kjærulff A. *Hvad kan børn svare på? – om børn som respondenter i kvantitative spørgeskemaundersøgelser.* København: Socialforskningsinstituttet, 2003.

> RETTELSE

Subintimal angioplastik af lange femoropopliteale arterieokklusioner

I vores originalartikel Subintimal angioplastik af lange femoropopliteale arterieokklusioner publiceret i *Ugeskrift for Læger* nr. 10 (*Ugeskr Læger* 2006;168:1030) af læge *Christoffer H. Ostri*, overlæge *Sven R. Lundgren Just*, klinisk assistent *Nikolaj Eldrup* & ledende overlæge *Henrik H. Sillesen*, Amtssygehuset i Gentofte, Radiologisk Afdeling, og H:S Rigshospitalet, Karkirurgisk Afdeling RK, var der ved en fejltagelse påført ukomplette adresser på tre af forfatterne (CHO, NE og HHS). Arbejdet blev planlagt og data indsamlet, da CHO, NE og HHS var ansat på Karkirurgisk Afdeling B, Amtssygehuset i Gentofte, medens databehandling og udarbejdelse af manuskript skete ved vor ansættelse på H:S Rigshospitalet, næsten et år senere.

Forfatterskab og reference skal derfor være: CHO, NE og HHS: Karkirurgisk Afdeling, Amtssygehuset i Gentofte, og Karkirurgisk Afdeling RK, H:S Rigshospitalet. SJ: Radiologisk Afdeling, Amtssygehuset i Gentofte.

Henrik H. Sillesen