

# Indvandrere og type 2-diabetes

## Forekomst, behandling og forebyggelse set i et kønsperspektiv

Praktiserende læge Lise Dyhr & overlæge Jette Vibe-Petersen

Københavns Universitet, Afdelingen for Almen Medicin, Forskningsenheden for Almen Praksis, København, og Københavns Kommune, Sundhedscenter for Kræfttramte

Vor viden om forekomst, forebyggelse og behandling af type 2-diabetes blandt personer med indvandrerbaggrund i Danmark er beskeden. Studier fra Danmark og især udlandet peger dog på en relativt stor overhyppighed og sygdomsrisiko, hvorfor der er behov for en særlig skærpet opmærksomhed. Diabetes og dertil associeret hjerte-kar-sygdom er en væsentlig udfordring for den enkelte borger og samfundet. For borgere med indvandrerbaggrund giver gruppens socialt sårbare situation og sproglige, kulturelle og strukturelle barrierer for behandling særlige udfordringer ved den markant øgede risiko for at få type 2-diabetes.

Formålet med denne statusartikel er at give en oversigt over den eksisterende viden og erfaringerne vedrørende type 2-diabetes-forekomst, -behandling og -forebyggelse i Danmark blandt mænd og kvinder med indvandrerbaggrund og at pege på behovet for særlig målrettede indsatser og/eller indsamling af ny viden. Vi vil i denne artikel anvende begrebet indvandrere om personer, som er født og opvokset i andre lande end Danmark medmindre andet er anført. Personer med indvandrerbaggrund inkluderer personer, hvis forældre er indvandret til Danmark, mens de selv er født i Danmark (også kaldet efterkommere).

### Forekomst

Det skønnes, at 100.000-150.000 personer i Danmark har erkendt type 2-diabetes, hvilket giver en prævalens på 2-3%. Hertil skal skønsmæssigt lægges 100.000-150.000 personer med udiagnosticeret diabetes. I to undersøgelser baseret på hhv. spørgeskema- og interviewdata samt samkørte registerdata i to amter i Danmark [1] peges der på, at visse indvandrergrupper har en markant højere forekomst af type 2-diabetes end ikkeindvandrere (**Tabel 1**).

Ovenstående bekræftes af resultater fra Norge, Storbritannien og Holland, hvor man har gennemført en del forskningsbaserede aktiviteter for at klarlægge hyppighed og risiko for diabetes og senkomplikationer blandt indvandrere, ligesom man har fokuseret på betydningen af socioøkonomiske faktorer. F.eks. har man i et studie fra Holland påvist, at hyppigheden af diabetes blandt yngre sydasiatere (ingen kønsforskel),

som bor i et depriveret område, er højere end blandt sydasiatere, som bor i et mere velstående kvarter [2]. Type 2-diabetes debuterer desuden 10-15 år tidligere hos sydasiatere end hos europæere af kaukasiid afstamning [1].

Gestationel diabetes angives i Norge som helhed at forekomme omkring syv gange hyppigere hos kvinder med indvandrerbaggrund (Pakistan, Indien, Bangladesh, Sri Lanka og Nordafrika) end hos kvinder uden indvandrerbaggrund [3]. Sammenlignende undersøgelser udført blandt kvinder bosat i London viste, at kvinder med asiatisk baggrund havde 7,5 gange så høj risiko for at få svangerskabsdiabetes som kvinder med europæisk baggrund [4]. Der foreligger ingen tal for danske forhold.

I et registerstudie, hvori man inkluderende 2,5 mio. personer, der var > 15 år og bosat i Hovedstadsregionen eller Region Midtjylland påviste man, at såvel mænd som især kvinder med indvandrerbaggrund fra Tyrkiet, Pakistan, Eks-jugoslavien, Libanon, Irak/Iran, Somalia og Marokko havde en relativt større hyppighed af heldøgnssindlæggelser og ambulatoriebesøg under diagnosen type 2-diabetes end ikkeindvandrere (kvinder: relativ risiko (RR): 1,53-5,13, mænd: RR: 1,77-5,06), når der blev korrigeret for aldersforskelle og forskellige sociovariable [2]. Forskellene kan være udtryk for en øget sygelighed, men også andre faktorer, som f.eks. sygdomsadfærd og sundhedsvæsenets indsats kan være medvir-

**Tabel 1.** Prævalens af type 2-diabetes hos ikkeindvandrere og indvandrere fra hhv. Tyrkiet, Libanon og Pakistan.

Herkomst	Køn	Prævalens af type 2-diabetes
Ikkeindvandrere (40-70 år)	Mænd	4,4
	Kvinder	3,0
	Alle	3,6
Indvandrere fra Tyrkiet (40-70 år)	Mænd	16,3
	Kvinder	23,6
	Alle	19,8
Indvandrere fra Libanon (40-70 år)	Mænd	17,0
	Kvinder	20,8
	Alle	18,9
Ikkeindvandrere (40-60 år)	Mænd	3,2
	Kvinder	2,7
	Alle	3,0
Indvandrere fra Pakistan (40-60 år)	Mænd	17,1
	Kvinder	27,3
	Alle	20,6

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Tabel 2. Viden og adfærd blandt borgere med ikkeindvandrers- og med pakistansk baggrund vedrørende diabetes.

	% af pakistanske		% af ikkeindvandrere	
	mænd (n = 41)	kvinder (n = 22)	mænd (n = 62)	kvinder (n = 73)
Inden for den seneste uge været fysisk aktive mindst en gang . . . . .	41	41	72	86
Ved, at diabetes kan forebygges . . . . .	63	33	90	88
Ved, at fedme kan være årsag til udvikling af type 2-diabetes. . . . .	54	64	77	90
Ved, at fysisk inaktivitet kan være årsag til udvikling af type 2-diabetes . .	44	18	57	69

kende årsager til den relativt høje kontaktrate blandt personer med indvandrerbaggrund. I samme studie påviste man en tendens til, at såvel mænd som kvinder med indvandrerbaggrund havde en relativt lavere kontaktrate til sygehusvæsenet under diagnosen iskæmisk hjertesygdom end ikkeindvandrerbefolkningen. Derudover findes der ingen viden om hyppigheden af diabetiske senkomplikationer blandt personer med indvandrerbaggrund i Danmark.

### Behandling og forebyggelse

I en undersøgelse fra Københavns Amt har man påvist, at indvandrere af pakistansk herkomst er mindre fysisk aktive end ikkeindvandrerbefolkningen, og at specielt kvinder af pakistansk herkomst har en ringere viden om forebyggelse af diabetes end andre kvinder [1] (Tabel 2). Resultaterne af udenlandske undersøgelser peger på samme tendens til, at indvandrere har en ringere viden om diabetessygdommen end ikkeindvandrerbefolkningen, og at det især gælder for kvinderne [5].

Vor viden om sundhedsvæsenets og øvrige aktørers indsats over for type 2-diabetes i forhold til indvandrergruppen er sparsom. Resultaterne af de få undersøgelser, der er foretaget, peger på, at sundhedsvæsenets forebyggende og behandlende indsats kan forbedres, se f.eks. [2, 6].

På det nationale niveau har Sundhedsstyrelsen haft fokus på forebyggelse blandt »etniske minoriteter«, især vedrørende diabetes. Dels ved at udarbejde informationsmateriale til målgruppen, dels ved at udarbejde vejledninger, rapporter og anbefalinger til de forskellige professionelle aktører. Kønsaspektet har ikke været diskuteret eksplicit i disse arbejder, om end det bemærkes, at de fleste projekter og studier omhandler kvinder, og at der tilsyneladende er relativt få aktiviteter rettet mod mænd med indvandrerbaggrund. Det fremhæves, at der kan være forskelle i risikopfattelse mellem indvandrere og ikkeindvandrere, hvilket dels kan skyldes »komplekse etniske forhold«, dels sociale forhold, ligesom »migrationsrelaterede og kommunikationsmæssige forhold og diskrimination kan være på spil« [1]. Det fremhæves endvidere, at der kan forekomme forskelle i risikopfattelse mellem indvandrere og ikkeindvandrere, hvilket dels kan skyldes »komplekse etniske forhold«, dels sociale forhold, ligesom »migrationsrelaterede og kommunikationsmæssige forhold og diskrimination kan være på spil« [7]. Man anbefaler derfor de forskellige profes-

sionelle aktører at inddrage målgruppen aktivt for at »overvinde evt. kulturelle barrierer«. En sådan inddragen giver også en mulighed for at afdække evt. kønsbundne forskelle i håndtering og opfattelsen af sygdommen og målrette sin indsats herefter.

På det kommunale og regionale niveau er der spredte erfaringer fra forebyggende projekter på såvel borger- som patientniveau (oplysningsmøder, undervisning og uddannelse af »etniske« sundhedsformidlere), ligesom nogle diabetesambulatorier har udviklet særligt tilpassede undervisningsprogrammer og indsatser over for indvandrergruppen [1].

### Type 2-diabetes – en kronisk sygdom

Type 2-diabetes er en kronisk sygdom. Behandlingsindsatsen varetages af sundhedsvæsenet i såvel primær- som sekundærsektoren. Indsatsen inkluderer rådgivning og information om såkaldte livsstilsfaktorerets betydning (kost, motion og rygning) for sygdomsudviklingen og iværksættelsen af evt. farmakologisk behandling. Der findes kliniske vejledninger i såvel almen praksis, som i sekundærsektoren, hvori der er opstillet evidensbaserede behandlingsmål.

Den samlede forebyggende og behandlende indsats rummer mange aktører i såvel den primære som den sekundære sundhedssektor. Sundhedsstyrelsen har i 2005 opstillet forslag til en styrket indsats over for patienter med kronisk sygdom [8]. Forslagene indebærer bl.a. en ændret opgavefordeling og organisation i de to sektorer, hvor især almen praksis påtænkes en mere fremtrædende og koordinerende rolle i patientbehandlingen. Diabetessygdommen er i almen praksis valgt som model for afprøvning af nye organisatoriske rammer for at kvalitetsløfte behandlingen af patienter med kronisk sygdom med vedtagelse af den såkaldte forløbsydelse [9]. Det er frivilligt for de praktiserende læger at tilmelde sig ydelsen. Ved tilmelding får de enkelte læger et fast årligt honorar for at yde en indsats, som lever op til den kliniske vejledning, ligesom de får en elektronisk feedback på udvalgte sygdomsindikatorer for den enkelte patient. Ud over forpligtelsen til at gennemføre et vist minimum af konsultationer er honoraret uafhængigt af varigheden og antallet af de konsultationer, som den enkelte læge gennemfører i forbindelse med kontrol, behandling og forebyggelse af diabetessygdommen hos den enkelte patient. Der er stillet spørgsmålstegn ved, om denne ydelse i sig selv kan være med til at kvalitetsløfte ind-

## Faktaboks

I Danmark findes type 2-diabetes med en prævalens, som er 5-7 gange højere blandt personer med indvandrerbaggrund end blandt ikkeindvandrere og med en relativ overhyppighed blandt kvinder

I udenlandske undersøgelser har man hos kvinder, der har indvandrerbaggrund, påvist en syvfold risiko for at få gestational diabetes

Der er behov for at øge den forebyggende og behandlende indsats over for indvandrergruppen ved en målgruppespecifik indsats, hvor såvel kønsaspektet som sociale, sproglige og strukturelle faktorer inddrages langt mere aktivt, end det praktiseres i dag

Konsekvenserne af de nye strukturændringer inden for forebyggelse og behandling af kronisk syge bør følges nøje for at sikre, at personer, som tilhører de såkaldt sårbare grupper, tilbydes en optimal forebyggende indsats og behandlingsindsats

satsen over for patienter med indvandrerbaggrund [10]. Bl.a. fordi den pr. 1. januar 2007 gennemførte strukturreform har medført nye opgaver til de enkelte kommuner inden for forebyggelsesområdet; disse opgaver er endnu ikke på plads [10]. Det er således for tidligt at udtale sig om, hvorvidt de planlagte indsatser er tilstrækkelige til at sikre en tilfredsstillende indsats over for indvandrergruppen.

Sundhedsstyrelsen bemærker, at en særlig målrettet indsats kan være nødvendig over for såkaldte »sårbare grupper«, som indeholder personer, der pga. »personlige, sociale og etniske forhold ikke er i stand til at profitere af den foreslåede behandlingsindsats over for kronisk syge patienter« [8]. En arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen har efterfølgende opredet forskellige tiltag, som kan styrke indsatsen over for sårbare personer med indvandrerbaggrund. Her nævnes etablering af en casemanagerfunktion, udarbejdelse af fagligt standardiserede informationsmaterialer på relevante sprog, optimering af tolkeservice og efteruddannelse af personale mhp. at håndtere en tværkulturel kommunikation og muligheden for at iværksætte en målgruppespecifik differentieret indsats [1].

## Konklusion

I Danmark findes type 2-diabetes med en væsentlig højere prævalens blandt personer med indvandrerbaggrund end blandt ikkeindvandrere, og med en relativ overhyppighed blandt kvinder. Personer med indvandrerbaggrund kan pga. sociale, personlige og/eller »etniske« forhold tilhøre gruppen af såkaldt sårbare patienter, som har behov for en særlig målrettet forebyggende og behandlende indsats. Den foreløbige

kortlægning af aktiviteter omkring forebyggelse og behandling peger på, at indsatsen kan og skal styrkes.

Resultaterne af undersøgelser tyder på, at kvindernes viden om forebyggelse er ringere end mændenes, samtidig med at forekomsten og antallet af sygehuskontakter er relativt høj. I udenlandske undersøgelser har man påvist en syvfold risiko for at få gestational diabetes for kvinder, der har indvandrerbaggrund. I andre undersøgelser peger man på, at der er relativt få forebyggende aktiviteter rettet imod mændene. Der er derfor behov for at øge den forebyggende og behandlende indsats og inddrage kønsaspektet langt mere aktivt, end det praktiseres i dag.

Korrespondance: Lise Dyhr, Forskningsenheden for Almen Praksis i København, Center for Sundhed og Samfund, Københavns Universitet, DK-1014 København K. E-mail: l.dyhr@gpract.ku.dk

Antaget: 12. maj 2007  
Interessekonflikter: Ingen angivet

## Litteratur

1. www.sst.dk/upload/forebyggelse/cff/etniske%20minoriteter/nyhedsbrev\_5/diabetesstrategi06.pdf.
2. www.sst.dk/upload/forebyggelse/cff/etniske%20minoriteter/sygdbugsuv\_etn\_v1b\_/maj 2006.
3. Ahlberg N, Vangen S. Svangerskap og fødsel i et flerkulturelt Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125:586-8.
4. Dornhorst A, Paterson CM, Nicholls JS et al. High prevalence of gestational diabetes in women from ethnic minority groups. Diabet Med 1992;9:820-5.
5. Rankin J, Bhopal R. Understanding of heart disease and diabetes in a South Asian community: cross-sectional study testing the »snowball« sample method. Public Health 2001;115:253-60.
6. Jacobsen E, Karise S, Dyhr L. Mødet mellem 1. generationsindvandrerkvinder & det danske sundhedsvæsen. Rapport fra et pilotprojekt. København: DSI, Institut for Sundhedsvæsen, 2004.
7. www.sst.dk/Forebyggelse/Maalgrupper\_og\_forebyggelsesmiljoer/Etniske\_minoriteter.aspx?lang=da /maj 2007.
8. Kronisk sygdom, patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
9. Vejledning om forløbsydelsen for diabetespatienter. København: PLO, Fagligt Udvalg, 2007.
10. Thorsen T, Dyhr L. Forløbsydelsen – et feasibility studie med særlig fokus på praksis med mange sårbare patienter. København: Forskningsenheden for Almen Praksis, København, 2007.