

Healthy Inclusion

Etniske minoriteters perspektiv på deltagelse i sundhedsfremmende aktiviteter i Danmark

Empirisk analyse II: Interviews med etniske minoriteter

National opsummering på rapport
Danmark

Amalie Maj Sommer, cand.mag. Kultur- og Sprogødestudier og Socialvidenskab

mhtconsult

Marts 2010



Fonds Gesundes
Österreich



ZonMw



FORSCHUNGSINSTITUT
DES ROTEN KREUZES

Funded by the European Commission, DG Health and Consumers, Public Health.
Nationally funded by Fonds Gesundes Österreich (Austria) and The Netherlands Organisation of Health Research and Development (ZONMW) (Netherlands). Coordinated by Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, Austria

This publication reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Indholdsfortegnelse

1. INTRODUKTION	3
1.1. GENEREL INTRODUKTION AF PROJEKTET	3
1.2. METODER.....	4
1.4 PRÆSENTATION AF INFORMANTERNE	5
2. UNDERSØGELSENS KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER	9
2.1 MÅLGRUPPEN.....	9
2.2 KOMMUNIKATION OG FORSTÅELSER	11
2.3 DE SOCIALE BEHOV	12

1. Introduktion

Dette notat er et resumé på dansk af den samlede danske rapport om etniske minoriteters perspektiv på inddragelse i sundhedsfremmende aktiviteter i Danmark (Migrant Rapport 2010). Den fulde rapport foreligger kun på engelsk, og kan sammen med dette notat downloades på: www.mhtconsult.dk. Nærværende notat opridser kort projektet og dets formål og gennemgår dernæst rapportens væsentligste konklusioner og anbefalinger. Ønskes der yderligere og mere dybdegående analyser, henvises der til den samlede nationale rapport jf. ovenfor.

Rapporten er den 2. nationale rapport fra Danmark fra projektet "Healthy Inclusion". Den 1. rapport om udbydere af sundhedsfremmende tilbuds perspektiver på inklusion af etniske minoriteter (Udbyder Rapporten 2009) blev udgivet i foråret 2009 og kan downloades fra samme hjemmeside jf. ovenfor.

Dette første kapitel introducerer "Healthy Inclusion" projektet. Desuden præsenteres projektets metodiske tilgang og dataindsamling. Ønskes en nærmere præsentation af de sundhedsfremmende indsatser i Danmark samt udbydere af sundhedsfremmende tilbuds perspektiver på inklusion af etniske minoriteter, henvises til Udbyder Rapporten 2009.

1.1. Generel introduktion af projektet

Baggrundsinformation

Etniske minoriteters sundhedstilstand er generelt set betydeligt dårligere end majoritetsbefolkningens. Dette forklares blandt andet ved, at etniske minoriteter er mere udsatte over for risikofaktorer, som har betydning for sundhed, såsom fattigdom, dårlige levevilkår, ringere adgang til arbejdsmarkedet og sundhedssystemet etc. Som en konsekvens heraf hører etniske minoriteter generelt set til en af de mest udsatte grupper i samfundet. I forlængelse heraf skaber det desuden barrierer i mange etniske minoriteters adgang til sundhedssystemet, at de mangler information om systemet og desuden oplever kommunikationsvanskeligheder i mødet med det sundhedsfaglige personale. Lige adgang

til samt kvaliteten af den generelle sundhedsindsats er derfor essentielle faktorer for forbedring af etniske minoriteters sundhedstilstand. Dette ikke kun i relation til sundhedsydelser, men også i forhold til den sundhedsfremmende indsats.

Om projektet

“Healthy Inclusion” er et europæisk projekt, der gennemføres for at tilskynde til at fremme en mere inkluderende sundhedsfremmende indsats i EU landene. Projektet er et trans-europæisk samarbejde, støttet af EAHC, EU’s forvaltningsorgan for sundhed og forbrugere. Udover Danmark deltager Tyskland, Holland, Østrig, Italien, Slovakiet, Estland og Tjekkiet. Formålet med ”Healthy Inclusion” er at udvikle anbefalinger for en mere reel og lige adgang for alle til sundhedssystemets tilbud og ydelser – ikke kun inden for det brede sundhedssystem, men især i sundhedsfremmende og forebyggende initiativer.

Projektets mål er at indsamle viden om faktorer, der er henholdsvis fremmende og hæmmende for etniske minoriteters deltagelse i sundhedsfremmende tilbud, både fra etniske minoriteter selv samt fra det personale, der udbyder sundhedsfremmende initiativer. Projektets endelige anbefalinger vil derfor både relatere sig specifikt det til enkelte medlemsland samt udvikle anbefalinger, der indeholder eksempler på ’good practice’, hvilke kan overføres til andre lande også. Det skal hertil indskydes, at disse anbefalinger ligeledes kan være relevante for inklusion af andre socialt udsatte samfundsgrupper. På grund af at udvælgelsen af respondentgrupper, primært i forhold til etniske minoriteter, har differentieret meget fra land til land, for eksempel på grund af forskellige strukturelle barrierer i landet, definitioner af etniske minoriteter, flygtninge, indvandrere og socialt udsatte, samt deraf forskellige syn på, hvad der ville være anvendelige resultater af undersøgelsen, vil projektets afsluttende anbefalinger på det tværnationale plan primært være på institutionelt og metodisk plan.

1.2. Metoder

Viden om barrierer for etniske minoriteters brug af og adgang til sundhedsfremmende initiativer baseres på data indsamlet ved kvalitative interviews, gennem litteraturanalyse, spørgeskemaundersøgelser, i samarbejde med et særligt nedsat ekspertpanel samt gennem deltagelse i diverse relevante konferencer.

Analysen baseres på kvalitative interviews samt litteraturanalyse. Disse vil i det efterfølgende kort gennemgås.

Litteraturanalyse

Den inkluderede litteratur er indsamlet gennem informationssøgning på internettet. Nøgleord har været 'sundhed', 'sundhedsfremme', 'sygdomsforebyggelse', 'sundhedsforståelse' og 'etniske minoriteter', samt andre relevante termer. Derudover er litteratur indsamlet gennem diverse relevante hjemmesider møntet på sundhedsarbejde samt gennem nyhedsbreve fra både sundhedssektoren og integrationsorganisationer. Undersøgelsen gør ligeledes brug af viden indsamlet gennem tidligere undersøgelser foretaget af mhtconsult, samt projektets fortløbende undersøgelser og møder i partnerkonsortiet og ekspertpanelet.

Kvalitative interviews

Der er gennemført 20 kvalitative interviews med etniske minoriteter: 10 interviews med 1. generationsindvandrere fra Tyrkiet og 10 interviews med flygtninge/indvandrere fra Irak. De blev alle gennemført telefonisk af modersmålstalende interviewere på henholdsvis tyrkisk og irakisk i foråret/sommeren 2009.

Med det begrænsede antal gennemførte interviews er analysens resultater ikke repræsentative. Undersøgelsen kan dog bruges til at identificere tendenser vedrørende inklusion af etniske minoriteter i de sundhedsfremmende indsatser og de etniske minoriteters oplevelse af den sundhedsfremmende indsats samt fremmende og hæmmende faktorer for deltagelse.

1.4 Præsentation af informanterne

Alle informanter er systematisk udvalgt i henhold til de i projektet gældende udvælgelseskriterier, for derigennem at gøre de forskellige landes resultater så sammenlignelige, som muligt. De 20 etniske minoriteter inddraget i dette studie er blevet udvalgt på baggrund af gruppens generelle lave socio-økonomiske status og at de er 1. generations immigrerede til Danmark. Interviewene er ligeligt fordelt mellem informanter

fra henholdsvis Tyrkiet og Irak, hvilke er karakteriseret ved at være de største herboende grupper af etniske minoriteter fra ikke-vestlige lande med lav socio-økonomisk status i Danmark. Se desuden tabel 1 for nærmere karakteristik af informanterne.

Tabel 1: Karakteristik af de interviewede etniske minoriteter

Irakiske informanter	Religion	Alder	Antal års ophold	Opholds-status	Immigrationsgrund	Højeste uddannelsesgrad	Beskæftigelse	Selvurdering af økonomisk status
<i>Anvender sundhedsfremmende tilbud</i>								
Kvinde 1	Muslim	53	10	Permanent opholdstilladelse	Familie sammenført	Student/ ungdomsuddannelse	Uarbejdsdygtig	Meget svær
Kvinde 2	Muslim	33	8	Permanent opholdstilladelse	Familie sammenført	Folkeskole	Kontanthjælp	Medium
Kvinde 3	Muslim	33	11	Dansk statsborgerskab	Flygtning	Folkeskole	Arbejdsløs	Svær
Mand 1	Muslim	51	10	Permanent opholdstilladelse	Flygtning	Ingen	Førtidspensionist	Medium
Mand 2	Muslim	40	8	Midlertidig opholdstilladelse	Flygtning	Student/ Ungdomsuddannelse	Elev/praktik	Svær
<i>Anvender ikke sundhedsfremmende tilbud</i>								
Kvinde 1	Muslim	33	9	Dansk statsborgerskab	Familie sammenført	Folkeskole	Studerende	Medium
Kvinde 2	Muslim	33	10	Permanent opholdstilladelse	Familie sammenført	Ingen	Hjemmegående	Meget svær
Kvinde 3	Muslim	26	8	Permanent opholdstilladelse	Familie sammenført	Student/ ungdomsuddannelse	Kontanthjælp	Svær
Mand 1	Muslim	41	11	Dansk statsborgerskab	Flygtning	Universitet	Studerende	
Mand 2	Muslim	39	10	Dansk statsborgerskab	Flygtning	Student/ Ungdomsuddannelse	I arbejde	Medium

Tyrkiske informanter	Religion	Alder	Antal års ophold	Opholds-status	Immigrations grund	Højeste uddannelses-grad	Beskæftigelse	Selvurdering af økonomisk status
<i>Anvender sundhedsfremmende tilbud</i>								
Kvinde 1	Muslim	53	30	Permanent opholdstilladelse	Familie sammenført	Student/ Ungdomsuddannelse	Førtids-pensionist	Svær
Kvinde 2	Muslim	60	24	Permanent opholdstilladelse	Familie sammenført	Folkeskole	Uarbejdsdygtig	Medium
Kvinde 3	Muslim	44	17	Permanent opholdstilladelse	Familie sammenført	Folkeskole	Kontanthjælp	Svær
Mand 1	Muslim	43	19	Permanent opholdstilladelse	Familie sammenført	Folkeskole	Kontanthjælp	Svær
Mand 2	Muslim	42	29	Permanent opholdstilladelse	Familie sammenført	Student/ Ungdomsuddannelse	I arbejde	Medium
<i>Anvender ikke sundhedsfremmende tilbud</i>								
Kvinde 1	Muslim	52	37	Permanent opholdstilladelse	Familie sammenført	Folkeskole	Uarbejdsdygtig	Svær
Kvinde 2	Muslim	41	20	Permanent opholdstilladelse	Familie sammenført	Folkeskole	I arbejde	Medium
Mand 1	Muslim	56	37	Permanent opholdstilladelse	Arbejds/ økonomisk grund	Folkeskole	I arbejde	Medium
Mand 2	Muslim	62	39	Permanent opholdstilladelse	Arbejds/ økonomisk grund	PhD	Pensioneret	Medium
Mand 3	Muslim	55	38	Permanent opholdstilladelse	Arbejds/ økonomisk grund	Folkeskole	I arbejde	Medium

På baggrund af ovenstående karakteristik kan vi derfor udlede, at respondenterne i undersøgelsen består af 10 tyrkere og 10 irakere. Fra begge grupper anvender eller deltager 5 respondenter allerede i sundhedsfremmende tilbud, mod 5 som ikke gør. Kønsfordelingen blandt respondenterne er med en lille overvægt af kvinder på 11 mod 9 mænd. For den tyrkiske gruppe, som anvendte sundhedsfremmende tilbud er

gennemsnitsalderen på informanterne 48 år og den gennemsnitlige opholdstid i Danmark 23 år, i sammenligning med irakerne fra samme gruppe, hvor gennemsnitsalderen er 42 år og den gennemsnitlige opholdstid 9 år. For de etniske minoriteter, der ikke anvender sundhedsfremmende tilbud, udgør samme informantstatistik for tyrkerne en gennemsnitsalder på 53 år og en gennemsnits opholdstid på 34 år, hvorimod den for irakerne er 34 år i gennemsnitsalder og 10 år i gennemsnits opholdstid i Danmark. 1 respondent har en universitetsgrad og 1 har en PhD. 12 har en folkeskole- eller ingen uddannelse, og de resterende 6 har en form for ungdomsuddannelse. 9 ud af de 20 respondenter vurderer deres økonomiske status som svær eller meget svær, og ingen vurderer den som god.

2. Undersøgelsens konklusioner og anbefalinger

Følgende afsnit gennemgår konklusionerne baseret på analysen af henholdsvis fremmende og hæmmende faktorer for etniske minoriteters anvendelse af sundhedsfremmende initiativer.

De gennemførte interviews fokuserede tematisk på opfattelser af sundhed og oplevede henholdsvis fremmende og hæmmende faktorer for deltagelse i sundhedsfremmende tilbud:

1. Hvilken opfattelse af sundhed respondenterne har.
2. Hvordan opfattes mulige barrierer af respondenterne i forhold til at anvende sundhedsfremmende tilbud vedrørende kommunikation, at føle sig velkommen, kultur, adgangsforhold mv.
3. Hvilke forslag respondenterne har til, hvordan deres deltagelse i sundhedsfremmende tilbud kan forbedres.

Disse temaer vil søges belyst i de følgende afsnit.

2.1 Målgruppen

Manglende forskel på grupperne af de, som anvender sundhedsfremmende tilbud, og de, som ikke gør

Det europæiske partnerkonsortium valgte ved projektstart at opdele informantgruppen af etniske minoriteter i dem, som anvender sundhedsfremmende tilbud, og dem, som ikke gør. Årsagen har været en forventning om, at de etniske minoriteter, som ikke anvender tilbuddene, har oplevet barrierer for eksempel i forhold til information, viden, inddragelse etc. Den danske undersøgelse, blandt andre, har dog vist, at der ikke har vist sig betydelige forskelle mellem de to grupper. Blandt gruppen af de, som ikke anvendte sundhedsfremmende tilbud, har nogle vurderet, at deres økonomiske og sociale/integrationsmæssige situation er en smule bedre, end hvad de, som anvendte tilbuddene, vurderede sig selv til. Men ikke så mange, at det giver grund til at konkludere, at det gælder for alle etniske minoriteter i Danmark.

De, som ikke anvendte tilbuddene, gav desuden som begrundelse, at de ikke havde behov for det og følte sig sunde nok. Samtidigt viste det sig dog, at mange af de, som vurderede deres eget helbred som fint, alligevel led af forskellige sundhedsproblemer, som migræne, muskelsmerter, manglende motion og overskud etc. Det kan meget vel indikere, at der eksisterer en informations-/kommunikationsbrist mellem udbyderne, som fortæller om og tilbyder sundhedsfremme, og målgruppen. Det må dog understreges, at samme indikator meget vel kan gøre sig gældende for den etnisk danske del af befolkningen, og særligt for andre socialt udsatte grupper.

Socio-økonomiske karakteristika frem for etnisk lukkede målgrupper

Grupperne af etniske minoriteter i undersøgelsen er blandt andet valgt på baggrund af, at de har lav indkomst, svage bånd til arbejdsmarkedet, lavt uddannelsesniveau, lav mobilitet og ringe netværk til andre sociale grupper. Med andre ord har det været et kriterium, at de skulle være karakteriseret ved lav socio-økonomisk status. Andre undersøgelser peger desuden på, at denne målgruppe er i større risiko for livsstilssygdomme og dårligt helbred, end resten af den brede befolkning, hvorfor en særlig sundhedsfremmende indsats anses som nødvendig.

En væsentlig konklusion i undersøgelsen har i forlængelse heraf været, at man bør tillægge de socio-økonomiske og –kulturelle faktorer en større betydning end etnicitet og kulturelle tilhørsforhold. Anbefalingen er ikke, at man som udbyder af sundhedsfremmende tilbud ikke bør fokusere på kultur. Tendensen i den første rapport samt spørgeskemaundersøgelsen peger dog i retning af, at der er risiko for, at man overkompenserer den kulturelle sensitivitet og anlægger en statisk og potentiel ekskluderende og diskriminerende kulturopfattelse, hvorfor det anbefales, at fokus på kultur altid er sideløbende med en åben, fordomsfri, kritisk og selvrefleksiv metode/strategianvendelse- og udvikling. Formålet med netop den 'åbne' gruppe er, at bidrage til det omkringliggende samfunds mangfoldighed.

Etniske minoriteter som målgruppe kan have særlige behov i forhold til tilgængeligt materiale på forskellige sprog samt tolkebistand, men undersøgelsen viser, at andre behov, de nævner, ikke adskiller sig væsentligt fra andre socialt marginaliserede grupper i Danmark.

Endvidere, at fokusere på socio-økonomiske faktorer frem for etnicitet kan desuden bidrage til, at man undgår utilsigtet diskrimination og eksklusion af personer eller grupper, som ikke matcher målgruppens snævre karakteristik. I forlængelse heraf må det forventes, at mange af de sociale problemer, som de etniske minoriteter i undersøgelsen står med, betinges af strukturelle barrierer og netop socio-økonomiske forhold, frem for deres etniske eller kulturelle oprindelse. Det må dog samtidigt understreges, at hvis en lukket gruppe fremmer målgruppens helbred, sundhed, integration etc., så må det i nogle situationer være oplagt at imødekomme gruppens ønsker om den lukkede gruppe. Men i forhold til strategier og metoder, anbefales det stadig, at man undgår en statisk definition af kultur.

En afgørende anbefaling er i forlængelse heraf ikke at lade sig blinde af forudindtagede opfattelser af kultur, men anlægge en åben, inkluderende og holistisk tilgang. Nogle etniske minoriteter føler det respektfuldt og tillidsskabende, at der ligges vægt på deres kulturelle (og religiøse) baggrund. Andre, og især når det handler om sundhed og helbred, ønsker ingen forskelsbehandling, men blot den bedste behandling.

2.2 Kommunikation og forståelser

Forskellige mennesker – mangfoldige opfattelser af sundhed

Når man har med forskellige målgrupper at gøre, må man også være indstillet på, at der kan være mange og måske modstridende opfattelser af sundhed. I forhold til de etniske minoriteter inddraget i undersøgelsen, falder deres opfattelser af sundhed ind under disse 3 kategorier:

- Livskvalitet (i forhold til energi, velbefindende, glæde og muligheden for at have et socialt aktivt liv)
- Arbejdsduelig og medborgerskab (i forhold til at være sund nok til at udføre og beholde et arbejde, være fysisk aktiv, gøre hvad man ønsker i livet og have følelsen af at være en god og bidragende medborger til samfundet)
- Fravær af sygdom (i forhold til ikke at lide af nogen sygdomme eller føle sig dårlig/usund)

Flere af de interviewede etniske minoriteter nævner eksplicit, enten at de gerne så flere udbydere af sundhedsfremmende tilbud, som havde deres professionelle og faglige baggrund og viden i deres hjemland (Tyrkiet eller Irak). Eller at de allerede nu har stor glæde af, at se TV og læse bøger af og med læger og sundhedspersonale fra deres hjemland. Enkelte nævner direkte en mistillid til, at vestligt sundhedspersonale skulle være så meget klogere end alle andre, hvilket er en karakteristik, vi kender fra andre undersøgelser også.

2.3 De sociale behov

Behovet for tryghed frem for kulturel sammehed

Adspurgte svarede størstedelen af de etniske minoriteter i undersøgelsen, som benytter de sundhedsfremmende tilbud og er glade for dem, at de kommer der, for at være sammen med andre. De svarer også, at de får det bedre psykisk og fysisk af at leve sundt og lærer derfor noget om sundhed i aktiviteterne, men det sociale fællesskab er en meget vigtig faktor.

I forlængelse heraf har størstedelen af de, som anvender tilbuddene, hørt om dem fra nogen de kendte i forvejen – venner, sagsbehandlere, beboerkonsulenter, opsøgende sundhedspersonale etc.

Et antal af de etniske minoriteter, som ikke anvender sundhedsfremmende tilbud, svarede, at faktorer, som ville kunne få dem til at anvende dem, var grupper/hold kun med deltagerere og personale med samme etniske baggrund som dem. Adspurgte var den overvejende grund, at det gjorde forståelsen lettere, at man havde mere tillid til dem og at personale med samme etniske baggrund som deltagerne, bedre kunne forstå deres sundhed og deres behov.

Baseret på ovenstående svar fra begge grupper har vi konkluderet, at hvad der lader til at være afgørende fremmende faktorer for inklusion af etniske minoriteter i sundhedsfremmende tilbud er:

- Tillid og respekt
- Varme og nærvær

- Personlig kontakt og forståelse

Vores konklusion er derfor, at når et antal af de etniske minoriteter, som ikke anvender sundhedsfremmende tilbud, efterspørger 'lukkede' etniske grupper, kan det dels handle om en mistillid til det danske system, dels en usikkerhed overfor, om man bliver forstået korrekt og forstår korrekt. Der kan også være tilfælde, hvor den 'lukkede' gruppe er en fordel, fordi man deler en historie og en baggrund, som kan være en fremmede faktor for sundhed og integration. Men vores anbefaling er, at man som udbyder er opmærksom på, at tillid, varme, personlig kontakt etc., også kan gives af andre, end folk med samme etniske baggrund.

Målgruppens egne forslag til bedre inklusion i sundhedsfremmende tilbud

Det overordnede formål med "Healthy Inclusion" projektet er at undersøge og give anbefalinger til, hvordan inklusionen af socialt udsatte etniske minoriteter i sundhedsfremmende tilbud styrkes. Her fokuseres ikke kun på den snævre målsætning, at forbedre deres helbred og forebygge sygdomme, men også i det lange løb og gennem en holistisk og tværfaglig indsats at fremme integrationen af etniske minoriteter i samfundet generelt.

Opsummerende nævnes nedenfor de konkrete forslag til fremmede faktorer for bedre inklusion i sundhedsfremmende tilbud, som flere af de etniske minoriteter i undersøgelsen har peget på:

- Tilbud af kurser/aktiviteter på modersmål
- At personalet reflekterer målgruppens (kulturelle) baggrund
- Varm/hjertelig velkomst
- Tæt og personlig kontakt med personalet (evt. særlige kontaktpersoner)
- At tilbuddene udbydes i nærområdet i lokalsamfundet
- Gratis aktiviteter og tilbud
- Aldersopdeling i tilbuddene, og særligt for unge
- Kønsopdeling
- Samarbejde med etniske minoritetsforeninger/klubber

I sammenligning med projektets Udbyder Rapport 2009, kommer ingen af ovenstående forslag som en overraskelse. Tværtimod er det faktorer, som også udbyderne har lagt

vægt på i deres interviewrunde, og som også de fremhæver som særligt fremmende faktorer, blandt andre (en undtagelse er emnerne tillid, respektfuld og gensidig forståelse for hinandens opfattelser af sundhed (og kultur)). Den afsluttende anbefaling i Migrant Rapporten 2010 er derfor, at man ved en åben, fordomsfri, respektfuld, holistisk, tværfaglig- og sektional indsats, kan åbne de danske sundhedsfremmende indsatser for en langt bredere målgruppe og derved fremme sundheden hos en del af befolkningen, som i høj grad har behov for indsatsen.