

ret en national kompetenceenhed for minoritets-helse.

I Venstre er vi enige i, at det er vigtigt at gøre en særlig indsats for de etniske minoriteter på sundhedsområdet, men vi har samtidig også stillet os tvivlende over for, om det er nødvendigt at oprette et egentligt center til dette. Der er jo allerede igangsat en række initiativer møntet på de etniske minoriteter. Det gælder på psykiatriområdet, det gælder den forebyggende indsats mod omskæring af piger, og det gælder kampagner om prævention og seksuelt overførte sygdomme. Og der er udarbejdet materiale om det danske sundhedsvæsen på en række sprog.

Forskningen mener vi ligger godt forankret i de allerede eksisterende institutioner og universiteter m.v. Men når det så er sagt, er vi i Venstre enige i, at der kan være behov for at koordinere indsatsen bedre end i dag og for at styrke formidlingen på området. Jeg er derfor glad for, at ministeren har tilkendegivet, at ministeren agter at etablere en stilling som forskningskoordinator ved Statens Institut for Folkesundhed. Dermed imødekommes jo ideen i beslutningsforslaget, og på den baggrund kan Venstre ikke støtte forslaget.

#### **Karen Hækkerup (S):**

I sidste samling var Socialdemokraterne sammen med De Radikale forslagsstillere til dette her meget fornuftige beslutningsforslag, og selv om vi i hastværk og ved en meget beklagelig fejl er røget af listen over forslagsstillerne i denne samlings forslag, er forslaget fortsat et, vi føler, at vi har aktier i, og som vi gerne vil arbejde på at få vedtaget.

Kl. 17.15

De mange borgere, der bor og arbejder og lever i Danmark i dag, er mere forskellige end nogen sinde før, og det kræver også, at vi fra sundhedsvæsenets side bliver bedre til at få øjnene op for, at forskellige mennesker kræver en mere forskelligartet indsats fra sundhedsmyndighedernes side.

De nye borgere, de etniske minoriteter, der lever i Danmark, har på mange stræk en anderledes levevis, spiser en anden kost og har et andet motionsmønster og får også sjældne sygdomme. Eller de har sygdomme, som vi godt kender, men de får dem i et langt større omfang.

Jeg har tidligere i mit politiske arbejde som medlem af bestyrelsen for H:S arbejdet med problemstillingen, og jeg ved derfor, at der i H:S er

opmærksomhed omkring de særlige problemer, der er med indvandrere og deres efterkommere og livsstilssygdomme, ligesom der er særligt fokus på forekomsten af psykiske sygdomme.

På Sankt Hans Hospital er indvandrere og efterkommere af indvandrere overrepræsenteret langt ud over, hvad både statistik og f.eks. ægteskab mellem nært beslægtede kan forklare. Der er en stor overrepræsentation ved psykisk sygdom, ligesom den i øvrigt også er til stede ved livsstilssygdomme, og begge steder gælder også den faktor, at det er forskelligt, alt afhængigt af hvor de nye borgere har deres rødder henne, i hvilken grad overrepræsentationen forekommer.

Særligt overrepræsenteret er selvfølgelig, som det tidligere er nævnt, hjerte-kar-sygdomme og diabetes. Til sammenligning kan man måske sige, at hvor 3 pct. af danskere får diabetes, er procentsatsen for borgere med pakistansk baggrund 24, og blandt borgere med tyrkisk baggrund rammes 12 pct. af sukkersyge.

Konsekvensen er, at mange etniske minoriteter dør for tidligt eller bliver invaliderede af deres sygdom. Der er derfor desperat brug for en national handlingsplan og for, at der bliver udarbejdet en strategi, som skal bremse udbruddet af livsstilssygdomme hos etniske minoriteter. Der er behov for en øget indsats inden for forskningen, og der er behov for at forbedre den indsats, der gøres i dag for at holde sygdommene i skak hos dem, der allerede er ramt.

I dag er ca. 8 pct. af den danske befolkning etniske minoriteter, og ifølge Sundhedsministeriets tænketanks tal fra 2001 vil dette tal være steget til 13,4 pct. i 2021. Når man måler den større forekomst af livsstilssygdomme op mod antallet af borgere, vil det derfor inden for en årrække være hver anden patient på de danske sygehuse, som kommer med livsstilssygdomme, der har en anden etnisk baggrund end dansk.

Forekomsten af livsstilssygdomme er også højere for tyrkere bosat i Tyrkiet, end den er for pakistanere bosat i Pakistan. Men den ændrede levevis, der følger med et liv i Vesten med bl.a. meget mindre fysisk aktivitet, gør, at sygdommene ikke holdes i skak, men kommer i udbrud tidligere og ofte voldsommere, end de ellers vil have gjort.

Erfaringer fra Holland viser, at det materiale, etniske minoriteter skal have, med fordel kan være udformet anderledes end det, der gives til andre. I Holland er der således god erfaring med at bruge visuelt materiale i form af videoer, lyd-