

# Diabetesbehandling i det flerkulturelle Norge

Utfordringer og anbefalinger



# Introduksjon

Diabetesforbundet ønsker å skape likeverdige tilbud for personer med innvandrerbakgrunn. Denne rapporten viser tydelige helseforskjeller mellom minoritets- og majoritetsbefolkning når det gjelder diabetes type 2 i Norge.

Rapporten viser at når minoriteter får en sykdom, er sykdommen mye høyere enn hos majoriteten. Dette viser behovet for å videreføre *Strategi for innvandrerhelse* som utløper i år (2017), og tilrettelagte tiltak for å utjevne forskjeller i helse grunnet etnisk bakgrunn.

**Likeverdige tjenester** betyr at alle skal ha tilgang til tjenester av like god kvalitet. For at det skal være et reelt likeverdig behandlingstilbud, må pasienter med ulike behov og forutsetninger i blant behandles ulikt, tilpasset den enkeltes kommunikasjonsferdigheter, livssituasjon, kulturelle og religiøse bakgrunn.

# Diabetes hos etniske minoriteter i Norge

» Anh Thi Tran (MD, Phd. Postdoktor ved UIO, institutt for helse og samfunn, avdeling allmennmedisin og fastlege ved Stovner legesenter AS)

## Diabetesforekomst

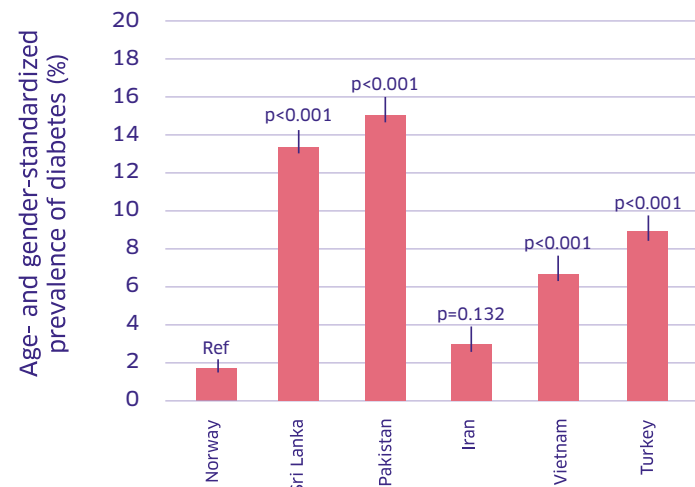
Forekomsten av diabetes har økt dramatisk over hele verden de siste 20-30 år. WHO regner diabetesepidemien som en av de største utfordringene i dette århundret. I 2014 er antallet voksne med diabetes beregnet til 422 millioner (1).

I Norge har immigrasjon fra Asia og Afrika økt de siste 40 årene. Alle norske kommuner som ikke allerede har det, vil få en multikulturell befolkning.

Andelen av innvandrerne og deres etterkommere er i dag særlig stor i Oslos østlige bydeler, der noen

bydeler i dag har opptil 50 % med etnisk minoritetsbakgrunn.

Etniske minoriteter fra Asia og Afrika har økt risiko for diabetes type 2 (2). Forekomst av diabetes hos etniske minoriteter i Oslo er kartlagt (3,4). Studien omfattet 17.854 personer i alderen 30-61 år, som deltok i tre store helseundersøkelser i Oslo i perioden 2000-2003. Prevalensen av selvrapportert diabetes var henholdsvis 1,8 % hos etniske norske og mellom 3-15% hos etniske minoritetsgrupper etter justering for alder og kjønn (Figur 1).



**Figur 1:** Prevalens av selvrapportert diabetes i % med 95% CI i ulike etniske grupper.

# Store etniske forskjeller i sykkelighet

Pasienter med diabetes type 2 fikk gjennomført anbefalte prosedyrer ved kontroll – som måling av HbA1c, blodtrykk og lipider – i hovedsak i like stor grad uavhengig av etnisk bakgrunn. Men det er store etniske forskjeller i sykkelighet og alvorlighetsgrad av sykdom.

## Sammenlignet med etnisk norske, har etniske minoritetsgrupper

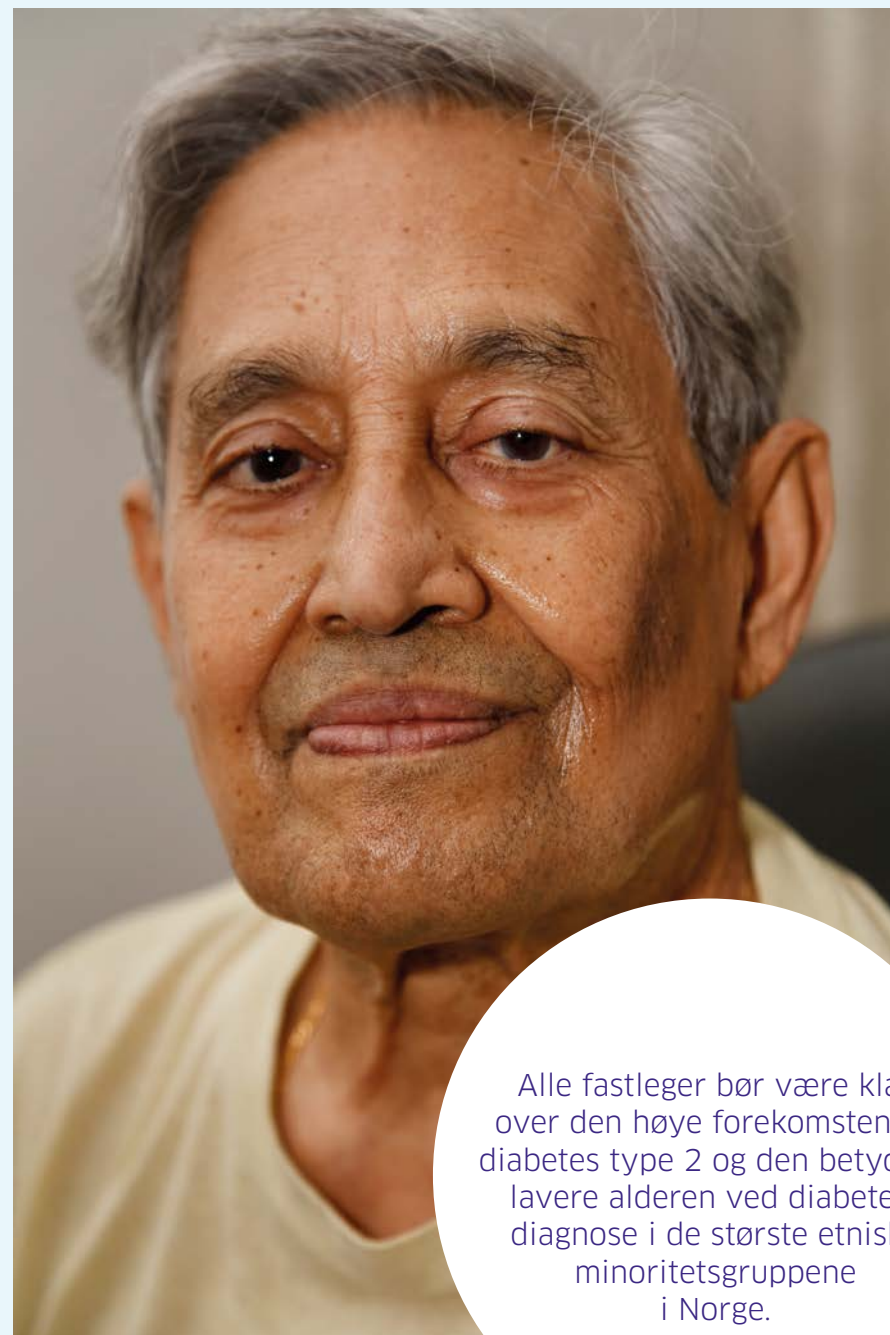
- høyere forekomst av diabetes type 2.
- 8–15 år lavere alder når diabetes type 2 diagnostiseres.
- dårligere glykemisk kontroll selv om blodsukkersenkende medisiner forskrives oftere.
- høyere forekomst av hjerte- og karsykdommer, særlig blant dem som ikke har fått diagnostisert sin diabetes.

## Konsekvenser for helsetjenesten

- Samfunnets arbeid med forebygging av diabetes type 2 og sykdommens komplikasjoner hos etniske

minoriteter i Norge må styrkes for å redusere etniske helseforskjeller.

- Innenfor helsetjenesten må arbeidet med tidlig diagnostikk av diabetes type 2 og primærforebygging av hjerte- og karsykdommer hos etniske minoriteter intensiveres.
- Alle fastleger bør være klar over den høye forekomsten av diabetes type 2 og den betydelig lavere alderen ved diabetesdiagnose i de største etniske minoritetsgruppene i Norge.
- Hos etniske minoritetspasienter som ikke oppnår behandlingsmålene, bør behandlingen optimaliseres i et fornuftig samarbeid mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten.
- Også kultursensitiv pasientoppfølging for å bidra til mestring av diabetes i ulike kulturelle kontekster er viktig.



Alle fastleger bør være klar over den høye forekomsten av diabetes type 2 og den betydelig lavere alderen ved diabetesdiagnose i de største etniske minoritetsgruppene i Norge.

# Anbefalinger for en likeverdig helsetjeneste i det flerkulturelle Norge

Innvandrere har oftere høy terskel til helsevesenet, begrenset helseinformasjon, liten helseforståelse og manglende kunnskap om sammenhengen mellom livsstil og helse. Slike forskjeller kan vi ikke akseptere i det norske helsevesenet.

*Strategien for innvandrerhelse* som utløper i 2017 må derfor videreføres for å sikre en videre utvikling av en likeverdig helsetjeneste. I tillegg anbefaler Diabetesforbundet følgende tiltak:

## Kultursensitiv pasientopplæring

- For å få til best mulig resultat av pasientopplæring er brukermedvirkning essensielt. Brukerne må inkluderes i planlegging, gjennomføring og evaluering.
- Innhold og materiell i opplæringen må tilpasses den enkelte målgruppe med hensyn til språk, bilder, symboler og valg av medium.
- Det er behov for større kompetanse

i kultursensitivitet blant helsepersonell som driver med pasientopplæring. Kulturell kompetanse må inn i helseutdanningene, og helsepersonell må kunne videreutdanne seg i disse temaene.

- Å ansette helsepersonell med ulik etnisk bakgrunn kan være en fordel, da de har ofte tilleggskompetanse i form av blant annet språk og kulturkunnskap.

## Styrket arbeid med forebygging av diabetes type 2 blant etniske minoriteter

- Aktiv integrasjon- og frivillighetspolitikk involverer nye målgrupper og sørger for nytenkning. Øremerking av midler til brobygging på tvers av grupper, organisasjoner og nettverk er nødvendig for å få til dette.
- Allerede på mottak og introduksjonskurs bør flykninger og nye innvandrere få tilpasset helseinformasjon.
- Helsestasjoner og frisklivssentre

\*er andre viktig arenaer for tidlig innsats. Tilrettelagte tilbud for mosjon og læring, med fokus på kultursensitivitet og språk, må tilbys hyppigere på frisklivssentrene.

- Samarbeidet mellom innvandrersorganisasjoner, møteplasser for minoriteter og andre samarbeidspartnere i kommunen bør styrkes.
- Det er behov for enkle informasjonsskampanjer om forebygging av diabetes type 2. Kampanjene bør være på enkel norsk og/eller det aktuelle morsmålet. De bør i tillegg til tekst inneholde audio, film eller muntlig informasjon for å sørge for at budskapet forstås også av de med lav leseferdighet.
- Oppsøkende arbeid er en effektiv måte å nå minoritetsgrupper på, spesielt de som kommer fra en mer muntlig kultur. Aktuelle arenaer er stands, folkemøter, besøk i ulike trossamfunn eller foreninger. Direkte kommunikasjon gjør det enklere å svare på spørsmål, og forsikre seg om at gitt informasjonen blir forstått.

## Tidlig diagnostikk blant etniske minoriteter

- Ny nasjonal faglig retningslinje for behandling av diabetes anbefaler at personer med bakgrunn fra Asia og Afrika kontrolleres årlig med HbA1c-test fra fylte 25 år for å avdekke diabetes type 2. Dette krever en proaktiv oppfølging fra

fastlegen.

- De nasjonale behandlingsretningslinjene for svangerskapsdiabetes (2017) anbefaler at gravide med etnisk bakgrunn fra land med høy forekomst av diabetes type 2 følges opp tettere med hensyn til risikoen for diabetes type 2. Alle nivåer i helsetjenesten har ansvar for å følge de nye retningslinjene. Fastleger og helsestasjoner har et spesielt ansvar, siden det er her gravide får sin oppfølging.
- Ved påvist svangerskapsdiabetes er det en betydelig økt risiko for utvikling av diabetes type 2 senere i livet. Alle kvinner med svangerskapsdiabetes bør derfor følges opp med en ny glukosebelastning 6-12 uker etter fødselen.

## Optimalisering av helsetjenesten for minoritetspasienter som ikke når behandlingsmålene

- Minoritetspasienter som ikke når behandlingsmålene trenger tettere oppfølging. Fastleger må vurdere hva som passer best for pasienten. Om det er henvisning til spesialist, lærings- og mestringssenter eller frisklivssentral.
- Fastlege eller helsepersonell må vurdere om noe av årsaken til manglende måloppnåelse skyldes språkproblemer. Tolk skal benyttes dersom helsepersonell er usikker på om informasjonen når fram.

# Etniske forskjeller i diabetesbehandling

» Anh Thi Tran (MD, Phd. Postdoktor ved UIO, institutt for helse og samfunn, avdeling allmennmedisin og fastlege ved Stovner legesenter AS)

I Norge behandles de fleste pasienter med diabetes type 2 primært hos sin fastlege. Norsk helsevesen har en målsetning om likeverdig helsetjeneste for alle, men vi har begrenset kunnskap om kvaliteten av diabetesbehandling for etniske minoriteter i norsk allmennpraksis.

Data fra repeterte tverrsnittundersøkelser i Rogaland, Oslo og Salten viste at behandlingskvaliteten i 2005 var blitt bedre enn i 1995 (5). Etniske forskjeller i behandlingskvalitet ved diabetes type 2 ble først undersøkt i 2005, og Oslo-dataene fra ROSA 3-studien ble brukt (6). Behandlingsmål fra Norsk selskap for allmennmedisin (NSAMs) sine retningslinjer som gjaldt i 2005, ble lagt til grunn. Studien undersøkte først andel pasienter som fikk utført anbefalte prosedyrer – som måling av HbA1c, blodtrykk og lipider – én gang årlig. Deretter ble

risikofaktornivå som gjennomsnittlig HbA1c, systolisk blodtrykk og kolesterol vurdert, sammen med grad av måloppnåelse.

Pasientene ble fordelt på fem etniske grupper (Tabell 1). I alt 1653 pasienter med diabetes type 2 som gikk til kontroll hos 49 fastleger i Groruddalen, ble inkludert.

**Et hovedfunn i studien var at gjennomsnittsalder ved tidspunkt for diabetesdiagnosen var 8–15 år lavere i de etniske minoritetsgruppene enn hos etnisk norske. Pasienter fra Sør-Asia var i gjennomsnitt kun 45 år ved diagnose, mens norske pasienter var 60 år (Tabell 1).**

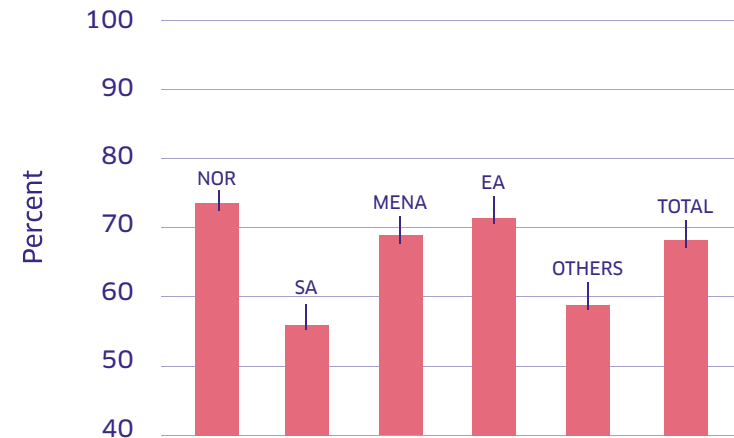


	Norge	Sør-Asia	Midt-Østen /Nord-Afrika	Øst-Asia	Andre	P*
Antall deltakere	1129	322	81	54	67	
Alder (gjennomsnitt)	66,4	52,3	53,1	57,7	56,6	<0,001
Alder ved diabetesdiagnose	59,7	44,9	47,2	52,0	49,0	0,11

**Tabell 1.** Antall deltakere, gjennomsnittsalder og alder ved diabetesdiagnose for de fem største etniske gruppene. P\* for forskjell mellom grupper (One-way ANOVA)



Alle etniske minoritetsgruppene hadde dårligere glykemisk kontroll (geometrisk gjennomsnitt for HbA1c)



**Figur 2:** Andel pasienter som nådde behandlingsmålet HbA1c ≤ 7,5 % med 95% CI i ulike etniske grupper. NOR: Pasienter fra Norge; SA: Sør Asia; MENA: Midt Østen og Nord Afrika; EA: Øst Asia; Others: andre land.

### Oppnåelse av behandlingsmålene

Alle etniske minoritetsgruppene hadde dårligere glykemisk kontroll (geometrisk gjennomsnitt for HbA1c) justert for alder, kjønn, diabetesvarighet, legepraksis og lege. Pasienter fra Midt-Østen/Nord-Afrika og Sør-Asia hadde lavere blodtrykk. De fra Øst-Asia hadde imidlertid høyere kolesterolnivå justert for de samme faktorene.

Andel som nådde behandlingsmålet HbA1c ≤ 7,5 %, var lavest hos pasienter fra Sør-Asia. Her nådde 56 % målet, mot 73 % hos etnisk norske (Figur 2). Når vi så på andel med dårlig glykemisk kontroll, definert som HbA1c > 9,0 %, var andelen klart høyere for pasienter fra Sør-Asia (20 %) og fra

Midt-Østen/Nord-Afrika (19%) enn hos etnisk norske (6 %) og pasienter fra Øst-Asia (4 %).

**Dårligere måloppnåelse for HbA1c skyldtes ikke at legene forskrev mindre glukose-senkende medikamenter – tvert imot ble resepter på slike medikamenter forskrevet i større grad hos etniske minoriteter enn hos norske.**

Vi vet imidlertid ikke om alle reseptene ble løst ut på apotekene eller om det er etniske forskjeller i etterlevelse av anbefalt forskrivning.



**Etniske forskjeller i forekomst av hjerte- og karsykdommer hos etniske minoriteter med og uten diabetes**

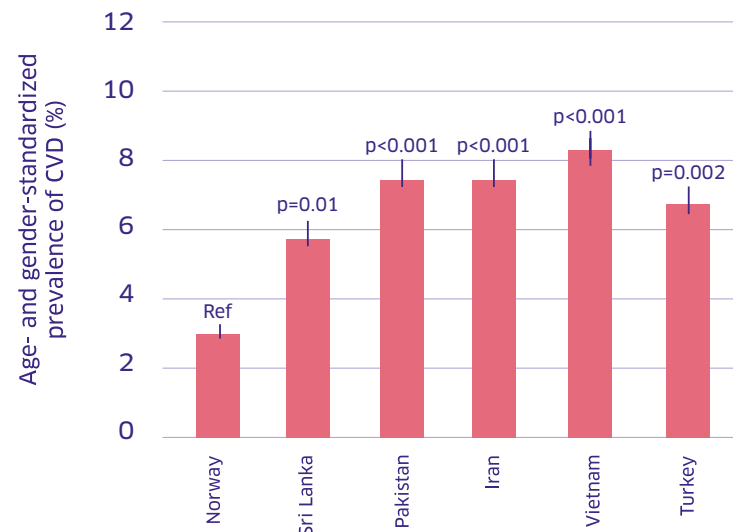
Diabetes øker risiko for hjerte- og karsykdommer. Hos personer med etablert diabetes type 2 kan dødeligheten reduseres betydelig ved intensiv behandling av kardiovaskulære risikofaktorer (7, 8).

**Den forebyggende behandlingen av hjerte- og karsykdommer blant etniske minoritetsgrupper i Norge hadde forbedringspotensial (9).**

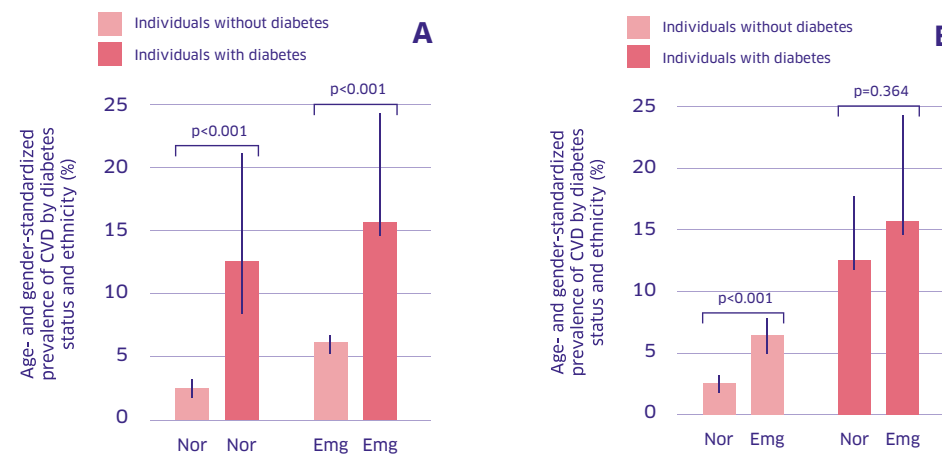
Forekomst av hjerte- og karsykdommer hos etniske minoriteter med og

uten diabetes i Oslo er kartlagt (3). Hjerte- og karsykdom omfattet selvrapportert angina pectoris, hjerteinfarkt og slag. Forekomsten varierte betydelig mellom etniske grupper og var lavest hos etnisk norske justert for alder og kjønn (Figur 3).

Blant dem uten diabetes rapporterte en klart høyere andel hjerte- og karsykdom blant etniske minoriteter, mens det ikke var signifikante etniske forskjeller hos dem med diabetes (Figur 4).



**Figur 3:** Prevalens av hjerte- og karsykdom i % med 95% CI i ulike etniske grupper.



**Figur 4:** Prevalens av hjerte- og karsykdom i % (95% CI) for personer med og uten diabetes for etniske norske (Nor) og etniske minoritetsgrupper (EMG).

# Referanser

1. Diabetes: WHO; 2017 [Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>].
2. Hjellset V, Bjørge B, Eriksen H, Høstmark A. Risk Factors for Type 2 Diabetes Among Female Pakistani Immigrants: The InvaDiab-DEPLAN Study on Pakistani Immigrant Women Living in Oslo, Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2011;13(1):101-10.
3. Tran AT, Straand J, Diep LM, Meyer HE, Birkeland KI, Jenum AK. Cardiovascular disease by diabetes status in five ethnic minority groups compared to ethnic Norwegians. *BMC Public Health*. 2011;11(1):554.
4. Jenum AK, Holme I, Graff-Iversen S, Birkeland KI. Ethnicity and sex are strong determinants of diabetes in an urban Western society: implications for prevention. *Diabetologia*. 2005;48(3):435-9.
5. Quality of care for patients with type 2 diabetes in primary care in Norway is improving. Results of cross-sectional surveys of 33 general practices in 1995 and 2005. *Diabetes Care*. 2008;32:81-3.
6. Tran AT, Diep LM, Cooper JG, Claudi T, Straand J, Birkeland K, et al. Quality of care for patients with type 2 diabetes in general practice according to patients' ethnic background: a cross-sectional study for
7. Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *NEnglJMed*. 2003;348(5):383-93.
8. Gaede P, Pedersen O. Multi-targeted and aggressive treatment of patients with type 2 diabetes at high risk: what are we waiting for? *HormMetab Res*. 2005;37 Suppl 1:76-82.
9. Tran AT, Straand J, Dalen I, Birkeland KI, Claudi T, Cooper JG, et al. Pharmacological primary and secondary cardiovascular prevention among diabetic patients in a multiethnic general practice population: still room for improvements. *MCH Health Serv Res*. 2013;13(1):182.



# Kontakt oss om diabetes



815 21 948



diabetes.no



chat

**I tillegg til norsk  
kan du også få svar på  
flere ulike språk**

Besøk **diabetes.no/innvandrere**

Se, les og lytt på informasjon på flere språk

**diabetes**forbundet