



12. april 2011

J. nr. 7-302-01-204/2

Redegørelse om fætter-kusine forbindelser mv. med særligt henblik på børnenes helbredsforhold

Sundhedsstyrelsen er anmodet om at udarbejde et notat, som belyser ovenstående problemstilling, herunder også med inddragelse af nye data fra det norske Folkehelseinstitut, samt redegøre for situationen i andre lande. Notatet koncentrerer sig om fætter-kusine forbindelser, som eksemplificerer det bredere spektrum af konsangvine (nærtbeslægtede) forbindelser.

Global forekomst af fætter-kusine ægteskab m.v.

Globale ajourførte oversigtsdata fremgår af et interaktivt Google-map, som vedligeholdes af Murdoch University (<http://www.consang.net/consang-fe/>). Af dette samt af videnskabelige oversigtsarbejder kan udledes, at over halvdelen af verdens befolkning lever i områder, hvor indgifteforbindelser er hyppigt forekommende, evt. ligefrem det mest sædvanlige. Mest udbredt er indgifte i Nordafrika, Mellemøsten, den vestlige del af Asien, og det sydlige Indien. I de nævnte regioner er 20-50 procent af alle ægteskaber indgifteforbindelser, især fætter-kusine. I Sydamerika, nordlige Indien og Centralasien er andelen af indgifteægteskaber under 10 procent (fætter-kusine ikke særskilt oplyst).¹ Fætter-kusine ægteskab er meget udbredt i de fleste muslimske lande, men er dog ikke entydigt knyttet til bestemte religioner eller religiøse regler. Debat om ulemperne ved indgifteægteskaber synes først at være kommet med bølgen af indvandring til lande, hvor en ægteskabsform, som i oprindelseslandet blev anset for sædvanlig, var blevet en sjælden ægteskabsform.

Fætter-kusine ægteskab er lovligt over hele verden når der ses på *national lovgivning*. Undtagelsen er Kina, hvor indgifte blandt minoritetsgrupper i befolkningen, især i provinserne, var udbredt tradition indtil for nylig.

¹ Stoltenberg C. Of the same Blood. Int J Epid (2009).



Figur 1. I Saudi-Arabien udgør fætter-kusine ægteskab over en tredjedel af alle ægteskaber, og med tillæg af andre indgifte-forbindelser er der tale om over halvdelen af alle ægteskaber (El-Mouzan MI et al. Saudi Med J 2007).

Imidlertid findes nogle steder forbud i delstatslovgivning, fx i over halvdelen af de amerikanske delstater. Der kan være andre slags hindringer: katolsk vielse af fætter-kusine forudsætter fx kirkens dispensation hertil.

I lande, hvor fætter-kusine ægteskab mv. er meget almindeligt, anses dette for at være forbundet med en række sociale, kulturelle og økonomiske fordele. Det kan fx dreje sig om, at det ses som et socialt sikkerhedsnet, en styrkelse af familiers sammenhold, fremmer ægteskabelig stabilitet, giver tættere relationer til svigerforældre, giver tryghed for bruden, o.a. Selv om der (som omtalt i det følgende afsnit) kan dokumenteres en statistisk øget risiko for sygelighed og død blandt børnene i sådanne ægteskaber, og parret kender denne risiko, vil afvejningen derfor fortsat kunne falde ud til fordel for indgifte-forbindelsen.

Der er ikke noget bevis for, at befolkningens generelle sundhedstilstand – alt andet lige – er markant ringere i samfund hvor indgifte er hyppigt, end i samfund hvor sådanne forbindelser er sjældne.

Helbredsrisiko hos børn af fætter-kusine

De bedste data for sygelighed, medfødte misdannelser, død mv. hos børn af fætter-kusine forældre findes i dag i rapporten *Indgifte i Norge – omfang og medicinske konsekvenser* (2007), som er en undersøgelse baseret på samkøring af forskellige norske registre. Norge er det eneste land i verden, som registrerer slægtskab mellem forældrene til alle fødte børn.² Siden 1967 er

² Af den norske rapport fremgår bl.a., at norsk lov alene forbyder ægteskab mellem søskende og mellem forældre og børn – alle andre typer ægteskab mellem beslægtede individer er tilladt. (Nuværende dansk lov er således lidt mere restriktiv end den norske

registreringen sket i Norges Medicinske Fødselsregister. Samkøring af dette register med andre registre bl.a. dødsårsagsregistret har muliggjort at få kendskab til så mange fætter-kusine ægteskaber og børnene i dem, at selv forholdsvis sjældne begivenheder (fx spædbarnsdød) kunne belyses. En vigtig detalje er, at landebaggrund ikke fandtes at være af betydning for virkningerne af indgifte.

De norske data *bekræfter*, hvad der ud fra de bedste tidligere undersøgelser har kunnet antages vedrørende størrelsesorden af risici, jf. fx Sundhedsstyrelsens tidligere notat om problemstillingen (2002). Den norske rapport giver altså en talmæssige konsolidering af datagrundlaget, men ændrer ikke kvalitativt på forudsætningerne for en samfundsmæssig stillingtagen. Konsolideringen angår især data for dødfødsel og medfødte misdannelser, som tidligere undersøgelser ikke har været helt enige om, formentligt især fordi den nødvendige kontrol for fejlkilder medførte tab af statistisk styrke i mindre opgørelser. De norske data rydder denne usikkerhed til side. Det kan herefter betragtes som indiskutabelt, at fætter-kusine forbindelse medfører en statistisk øget risiko for *dødfødsel, spædbarnsdød, medfødte misdannelser*, og (sandsynligvis også) *død inden voksenalder*.³ Som en grov tommelfingerregel (se ovenstående tabel) kan det af tallene udledes, at der samlet set er tale om en fordobling af risikoen i forhold til børn som har ubeslægtede forældre. Dette var også Sundhedsstyrelsens forsigtige konklusion i 2002.

lov). Det oplyses også, at indgifte blev forsøgt forbudt i Norge ved Christian Vs Norske Lov 1687, men at dette "viste sig vanskeligt at gennemføre i et land med en så lille og spredt befolkning", og forbuddet blev ophævet i 1800. Indgifte blev da tilladt efter ansøgning. I en landsomfattende folketælling i 1891 fandt man, at 6,7% af norske ægtepar var beslægtet som halvsøskendebørn eller nærmere - i den samiske befolkning var det 25-30%. Den øgede geografiske og sociale mobilitet har i de sidste 100 år ført til at indgiftehyppigheden har været jævnt faldende.

³ Fundene i en nyligt offentliggjort dansk undersøgelse af relativ overrisiko for spædbarnsdød og dødfødsel blandt flere etniske minoritetsgrupper i Danmark harmonerer godt med de norske data. Oplysninger om indgifte kunne dog ikke indhentes. Se Villadsen SF et al. Etnisk ulighed i dødfødsel og spædbarnsdød i Danmark – sekundærpublikation. Ugeskrift for Læger 2010.

	Tal for risiko ("relativ risiko")	
	Børn af fætter- kusine	Børn af ubeslægtede
Dødfødsel	1,6	1 (0,5% af børn)
Spædbarnsdød	2,4	1 (0,3% af børn)
Medfødte misdannelser	2	1 (2,7% af børn)
Død i barnealder mv	1,8	1 (meget lav)

Tabel 2. De norske data. Et tal for risiko på 1,8 betyder, at risikoen er 1,8 gange højere end risikoen i ubeslægtede forhold, som per definition er sat = 1 (standardrisiko). I højre kolonne er i parentes anført procentdelen af børn fra ubeslægtede forældre, som har tilstanden (dødfødsel, spædbarnsdød, medfødte misdannelser, død mv.) Tabellen er forenklet bl.a. med udeladelse af nogle statistiktal.

Beregninger i den norske rapport viser, at indgifte (herunder fætter-kusine) i Norge er årsag til knap 10 *ekstra* tilfælde af dødfødsel+spædbarnsdød årligt (ud af ca. 480 totalt), sammenlignet med hvis forældrene var ubeslægtede. Og til ca. 20 *ekstra* tilfælde årligt af medfødte misdannelser (ud af ca. 1600 totalt). Det norske Folkehelseinstitut vurderer, at "Siden inngifte er sjelden i befolkningen som helhet, betyr inngifte lite for folkehelsen i Norge. Det er imidlertid en viktig årsak til sykdom og død hos barn i de landgruppene hvor inngifte er utbredt. [...] Man må alltid ha klart for seg at de fleste barn i inngifte-ekteskap er friske og helt normale. Sykdom og død rammer kun et lite mindretall av dem."

Forklaringen på den *relativt set* lille forøgelse af den samlede ekstra sygdomsbyrde mv. er jf. ovenstående, at for det første udgør indvandrerne og deres efterkommere en mindre del af befolkningen, for det andet er det kun nogle indvandrergrupper hvor indgifte er hyppigt, og for det tredje er det selv i disse grupper langt fra alle, der vælger indgifte. For det fjerde er sygdom og død blandt børnene også i disse grupper sjældne begivenheder.⁴

⁴ Af en opgørelse fra Danmarks Statistik 2008 (bilag 1) fremgår, at gruppen af 15-30-årige fra en række udvalgte oprindelseslande på daværende tidspunkt udgjorde 84882 personer, hvoraf 56361 efter Sundhedsstyrelsens vurdering (på basis af Google Consanguine Map) kom fra lande hvor beslægtet indgifte er meget udbredt. Antages det, at gruppen af 30-45-årige var lige så stor, samt hvis en tredjedel af alle ægteskaber var fætter-kusine mv. - og alle disse par i gennemsnit fik hver fik 3 børn i løbet af hele

Forekomst af sansningsdefekter (syn, hørelse), indlærings- og/eller adfærdsdeficit, mental retardering mv samt ikke-dødelige sygdomme og misdannelser mv. opdaget senere i livet dokumenteres dog ikke i rapporten, og Sundhedsstyrelsens vurdering er derfor, at den samlede ekstra-byrde reelt er væsentligt højere.

Spædbarnsdød (jf. tabellen). En anden måde at vurdere tallene på, er at tage udgangspunkt i et individperspektiv. Rapporten viser, at risikoen for spædbarnsdød (død i det første leveår) er 2,4 gange højere for fætter-kusine børn, end for børn af ubeslægtede, altså en markant højere *relativ* risiko. På den anden side er det faktisk ikke højere, end risikoen for spædbarnsdød var i et *ubeslægtet* forhold i Danmark så sent som 1990. Og det er under halvdelen af, hvad den var for almindelige danske nyfødte i 1960'erne.⁵ Dengang som nu var det et vigtigt samfundsmål at nedbringe spædbarnsdødeligheden, men perspektivet for indsatsen var ikke, at risikoen som sådan var uforenelig med reproduktiv sundhed og tryghed omkring barnets opvækst i første leveår. Perspektivet var, at gøre risikoen *endnu lavere* end den var.

Dødfødsel (jf. tabellen). Tilsvarende betragtninger gælder, når der ses på risikoen for dødfødsel i fætter-kusine ægteskaber. Rapporten viser, at risikoen er 1,6 gange højere, end i ubeslægtede ægteskaber. Altså igen en markant højere *relativ risiko*. På den anden side er det en lavere risiko, end risikoen i et ubeslægtet forhold i dagens Danmark, hvis moderen har sukkersyge (både type 1 og 2). Det er også en lavere risiko, end risikoen i et ubeslægtet forhold i dagens Danmark, hvor befrugtningen er sket ved IVF (reagensglas befrugtning). Alligevel anses graviditet og fødsel i begge de nævnte eksempler af de fleste for fuldt acceptable valg, som er forenelige med en høj grad af tryghed i graviditeten inden for rammerne af en velfungerende svangreomsorg.

Medfødte misdannelser (jf. tabellen). Rapporten viser, at børn i fætter-kusine ægteskaber har en dobbelt så høj risiko for at fødes med misdannelse(r). Dette er på ny en markant højere *relativ risiko*. På den anden side er det en langt

deres reproduktive periode - føres man til tal som ikke er meget langt fra de norske, men som er behæftet med stor usikkerhed. Desuden er der ikke taget højde for en fortsat vækst i den samlede persongruppe.

⁵ EU health indicators.

mindre risiko, end *gentagelsesrisikoen* i et ubeslægtet forhold efter fødsel af første barn med misdannelse(r). Og det er ikke en større risiko, end den som en kvinde i et ubeslægtet forhold må indstille sig på, hvis hun har en mild velbehandlet epilepsi. Eller end risikoen i en almindelig tvillingegraviditet. Eller end risikoen hvis det er en 40+-årig fødende i et ubeslægtet forhold (det sidstnævnte eksempel gives i rapporten) .

Disse eksempler viser tilsammen, at uanset om man vurderer disse risici som høje eller lave, så er de dog af en størrelsesorden, som ganske mange andre - ubeslægtede - par af den ene eller anden grund må indstille sig på, og også kan acceptere. Den tilsyneladende ensartede gruppe af ”almindelige” gravide dækker over grupper, som er meget forskellige. Nogle har højere, andre lavere risiko end gennemsnittet. Frygtskabende oplysning, motiveret alene i *størrelsen* af en statistisk gennemsnitsrisiko for fætter-kusine forbindelser, ville også smitte af på alle de andre grupper af *ubeslægtede* par, hvor risikoen er tilsvarende eller større. Fra det rent sundhedsfaglige synspunkt tilsiger den *gennemsnitlige* risiko ved at få børn i et fætter-kusine ægteskab ikke at fraråde forplantning, men tilsiger god oplysning, god rådgivning, og god svangreomsorg.

I stedet for at fokusere ensidigt på den rent gennemsnitlige risiko i et fætter-kusineægteskab, er der stort behov for tillige at være opmærksom på, at nogle fætter-kusine par har en langt højere risiko, end andre. Alle fætter-kusine par ville kunne drage fordel af rådgivning og risikovurdering (og har mulighed for at få dette i det danske sundhedsvæsen), men nogle vil man på forhånd kunne sige er særligt udsatte, og dem handler det følgende om.

Et relativt højrisiko-segment blandt fætter-kusine ægteskaber

Det er velkendt (og noteres også i den norske rapport, uden at belyses yderligere) at sygelighed, handicap, død mv. er stærkt ujævnt fordelt på fætter-kusine parrene, idet flertallet ikke vil mærke negative konsekvenser, mens andre bliver uforholdsmæssigt hårdt ramt f.eks. ved gentagne fødsler af børn med sygdom, handicap eller dødfødsel mv. Dette dækker over, at nogle fætter-kusine ægteskaber faktisk *er* langt mere risikable end andre, og dermed kan siges at udgøre et højrisiko-segment inden for hele gruppen. Især to forhold betinger dette. Det ene forhold er, at når der først er noget der går galt (fx fødsel af et sygt eller handicappet barn, dødfødsel, spædbarnsdød), så er

gentagelsesrisikoen for et indgiftet par altid *specielt høj*. Det andet forhold er, at risikoen også vil være *specielt høj*, hvis der er tidligere forekomst i slægtslinjen af sporadiske ophobede tilfælde – eksempelvis af dødfødsel, mental retardering, stofskiftesygdom, legemlige trivsels- og udviklingsproblemer, sansedefekter (syn, hørelse), eller evt. mere eller mindre karakteristiske enkelt- eller multimisdannelser. Der vil her ikke være nogen rigtig ”arvegang” man kan få øje på, men under en sådan forekomst af tilfælde gemmer sig det usynlige forhold, at flere og flere familiemedlemmer er blevet raske bærere af ”syge” gener.⁶ Risikoen ved at føde et barn efter indgåelse af et sådant ægteskab, vil da statistisk set være langt større, end i almindelige fætter-kusine ægteskaber. Dette kan evt. være yderligere forstærket af, at parret kommer fra et genetisk afsondret landsbysamfund, hvor forplantning i mange generationer er foregået uden nævneværdig udveksling med andre by- eller landsamfund (i ekstreme tilfælde tales om genetiske isolater). Eller indgifte har været en udbredt praksis inden for den samme slægt så langt tilbage øjet rækker. Fra et sundhedsfagligt synspunkt er det vigtigt at opfange disse faresignaler (gentagelsesproblematik, sporadisk tidligere forekomst, multigenerations-praksis for indgifte, geografisk isolatproblematik). De skal aflæses som tegn på, at parret har en høj statistisk overrisiko, og det er især fra sådanne familier de enkeltstående eksempler på ”genetiske problemfamilier” rekrutteres. Kendskab til og opmærksomhed på de nævnte signaler skal derfor optimalt set findes *både* blandt personer i de etniske målgrupper, *og* blandt de dele af det sundhedsfaglige personale, som kan blive inddraget såvel prækonceptionelt som postkonceptionelt. Førstnævnte typisk i praktiserende

⁶ Ved fætter-kusine ægteskaber beror én del af overrisikoen på en øget forekomst af sygdomme med såkaldt ”skjult arv” (recessive, eller vigende gener), hvor der skal arves et sygdoms-gen fra begge de raske forældre, for at barnet arver sygdom-handicap tilstanden. En anden form for ”skjult arv”, som også gør sig gældende, omfatter sygdomme eller udviklingsdefekter, som beror på et indviklet samspil mellem genetiske og ikke-genetiske forhold (multigenetiske og multifaktorielle tilstande). Der er derimod ikke en øget risiko for at arve de velkendte arvelige sygdomme som fx blødersygdom, muskeldystrofi, chorea Huntington mv., som har en tredje slags genetik, hvor arvegangen er mere simpel og ofte helt åbenlys for de berørte familier selv (arv af et enkelt sygdoms-gen er nok til at give sygdom (evt. kun hos det ene køn)).

læges regi (som kan henvise til genetisk rådgivning mv.), sidstnævnte typisk i svangreomsorgens regi.

Tidligere initiativer og nuværende foranstaltninger i Danmark

Med moderne genetisk forståelse af ”skjult arvegang” (recessiv og multigenetisk arv), og stadigt bedre mulighed for gen-diagnostik, er der et godt udgangspunkt for oplysning, som kan føre til bedre risiko-forståelse i de slægter, hvor fætter-kusine ægteskab overvejes eller er indgået. Der er ingen grund til at tro, at parrene vil se stort på en forståelig information, for alle er ens om at ønske det bedste for deres egne efterkommere. Ud fra en sådan grundopfattelse forestod Indenrigs- og Sundhedsministeriet i samarbejde med Integrationsministeriet i 2002 udarbejdelse af et dansksproget oplysningsmateriale rettet mod unge og deres familier.⁷ Pjecen *Risiko for handicap hvis fætre og kusiner får børn sammen* er bl.a. tilgængelig på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk. Pjecen omtaler nogle realistiske eksempler og kommer ind på de vigtigste faresignaler, og forklarer den genetiske baggrund for øget risiko. Desuden omtales muligheden for via egen praktiserende læge at blive henvist til genetisk risikovurdering og rådgivning (klinisk genetisk afdeling), hvis indgifte ægteskab eller graviditet overvejes. Sundhedsstyrelsen udarbejdede dengang et sundhedsfagligt notat til brug for pjecens udarbejdelse, som ligeledes kan downloades fra styrelsens hjemmeside.

Endvidere er retningslinjer for henvisning til klinisk-genetisk risikovurdering og rådgivning indeholdt i Sundhedsstyrelsens Retningslinjer for risikovurdering og fosterdiagnostik (2004); samt i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for svangreomsorgen (2009). I den forbindelse kan oplyses, at grundlaget for at yde genetisk rådgivning bliver stadigt bedre i kraft af nye metoder i gendiagnostikken, særligt hvor det drejer sig om såkaldt autosomal recessive sygdomme. Helt nye og potentielt meget anvendelige redskaber (next generation exom sequencing) er dog endnu uden for praktisk og økonomisk rækkevidde, men anvendes allerede i forskningen.

⁷ I 2007 udsendte de norske sundhedsmyndigheder en lignende pjece.

Mulige nye tiltag

Såfremt det er et politisk ønske at opprioritere indsatsen yderligere, kan der efter Sundhedsstyrelsens vurdering fra det sundhedsfaglige synspunkt især peges på to veje frem, der kan gås enkeltvis eller samlet: (1) Intensivering af oplysningsindsatsen kombineret med uddybning af faglige retningslinjer; (2) Tilføjelse i Landspatientregistret af kode for konsangvin relation, som kan tilknyttes graviditetsdiagnosen og på sigt generere muligt brugbar viden.

1) Vedr. oplysningsindsats og faglige retningslinjer mv. En oplysningsindsats skal nøgternt beskrive fakta, så den enkelte/parret kan se en fordel ved at få risikovurdering og rådgivning. Der skal lægges vægt på de genetiske faresignaler (muliggør selv-identifikation af højrisiko-segmentet). Formålet er ikke at stigmatisere fætter-kusineægteskab som et i sig selv samfundsmæssigt uacceptabelt valg, men at oplyse om, at valget er forbundet med en statistisk øget risiko, og at der mulighed for at få god rådgivning. Oplysning hviler på den antagelse, at målgruppen er interesseret, fordi alle ønsker det bedste for deres afkom. Det antages også, at øget viden – særligt om betydningen af øget sygelighed i parrets slægtshistorie – vil have en effekt; ikke med fravalg af partner til følge, men som minimum med øget anvendelse af muligheder for genetisk rådgivning, undersøgelses- og interventions muligheder under graviditet, m.v. Oplysning kan både målrettes mod unge, som endnu ikke har fået børn eller har valgt partner (prækonceptionelt eller før-ægteskabeligt), og/eller mod gifte/samlevende fætre-kusiner mv hvor der enten er igangværende graviditet, eller parret har fået mindst et barn (postkonceptionelt). For at matche dette skal en oplysningsindsats også indtænke det sundhedsfaglige system (praktiserende læger, svangreomsorgen, de genetiske rådgivningscentre).

I relation til en muligt intensiveret oplysningsindsats er det efter Sundhedsstyrelsens vurdering et problem, at ingen ved om der er et stort udækket vidensbehov, eller ej. Det er således i princippet muligt, at ressourceanvendelse her ikke ville kunne prioriteres optimalt. Derfor beskrives denne vej i det følgende som en trinvis proces, der begynder med en kortlægning af vidensbehovet og karakteristik af målgruppen, og således at nogle eller alle efterfølgende trin afhænger af udfaldet af en sådan undersøgelse.

a) *Kortlægning af målgruppens viden.* En kortlægning af de unges viden om de tidligere beskrevne vigtige dele af risiko-problemstillingen kunne ske gennem en spørgeskema-undersøgelse eller interviewundersøgelse, hvor Socialforskningsinstituttet kunne søges inddraget jævnt før at SFI i en årrække har afdækket andre problemstillinger i samme målgruppe (bl.a. holdningsundersøgelser). I den forbindelse kunne relation til uddannelses-niveau evt. også belyses, hvilket i andre lande er fundet omvendt korreleret med valg af beslægtet partner.

b) *Såfremt uvidenhed afdækkes, valg af egnede værktøjer for kommunikation,* dvs. hvordan nås effektivt den uvidenheds-gruppe der evt. måtte blive afdækket. Dette vurderes at forudsætte inddragelse af professionel kommunikationseksperise (bureau). Mulige nye kommunikationskanaler kunne gå via skolernes biologiundervisning, udarbejdelse af undervisningsmateriale, eller helt utraditionelt i form af søsætning af tweets, initiativer på facebook o.lign.

c) Revision og genoptryk af ministeriernes pjece, og øget synliggørelse af denne på flere sites, samt ved at kombinere med (b).

d) *Udsendelse af pjecen også til landets praktiserende læger* (skabelse af øget awareness), med link til Sundhedsstyrelsens hjemmeside herunder bl.a. nærværende redegørelse.

e) Ved førstkommande revisioner af faglige retningslinjer (svangreomsorgen, risikovurdering og fosterdiagnostik) øges detaljeringsgraden særligt fsv. angår gentagelsesrisiko i fætter-kusine relation samt slægtsanamnesen.

2) *Vedr. proaktiv kortlægning af omfanget mv.* Danmark har ikke tradition for at registrere konsangvint (blodbeslægtet) partnerskab, hvilket er grunden til at vi reelt ikke ved med sikkerhed, hvor mange forhold der indgås årligt, hverken blandt dansk-etniske eller andre (der findes dog visse skøn fra SFI). Principielt kunne konsangvin relation indberettes til Landspatientregistret som en diagnosekategori, fx knyttet til graviditetsdiagnosen, såfremt indberetningskode herfor blev oprettet. Pga. de gode muligheder for registersamkøringer i Danmark, ville dette over en årrække kunne generere ny viden. Dette indebærer en vis risiko for stigmatisering af ”konsangvine familier”. Ved vurdering af, om der er et reelt behov for en sådan ordning, bør derfor også indgå de trends for udviklingen i de relevante etniske grupper

valg af ægtefælle, som afdækkes i den norske registerundersøgelse. Her dokumenteres en klar tendens til, at indgiftehyppigheden nu falder markant fra indvandrergenerationen, til efterkommerne. Samt at der på tværs af generationsopdelingen også er et fald over tid. En tilsvarende udvikling skete i den norske befolkning i løbet af sidste århundrede. En del af den aktuelle udvikling kan måske tilskrives stigende uddannelsesniveau og bedre oplysning, idet tendensen til indgifte alt andet lige er lavere, jo højere uddannelsesniveauet er. En holdningsundersøgelse blandt etniske minoriteter i Danmark (især pakistanere, tyrkere, og libanesere) peger endvidere i samme retning som de norske fund, idet langt de fleste svarpersoner angav at deres børn frit skulle kunne vælge partner.⁸ Det kan derfor ikke udelukkes, at når viden efter en årrække kunne genereres jf. ovenstående, kunne problemet til den tid være blevet væsentligt mindre.

⁸Schmidt G, Jakobsen V (2004). Pardannelse blandt etniske minoriteter i Danmark. Socialforskningsinstituttets rapport 04:09: København.

Bilag 1.**Tabel 1.**

Udviklingen i antallet af nydanskere i aldersgruppen 15-30 år, udvalgte oprindelseslande.

	1980	1985	1990	1995	2000	2002	2005	2008
Tyrkiet	4.480	6.796	10.747	13.525	16.142	16.713	17.401	17.964
Tidl. Jugoslavien ^{a)}	2.245	2.019	3.142	4.385	10.777	11.335	11.519	12.125
Irak	55	107	858	1.716	3.790	5.374	6.229	6.912
Libanon	81	62	3391	4.812	4.699	4.962	5.282	6.093
Pakistan	2290	2.311	2998	4.682	5.935	6.313	6.539	6.110
Somalia	39	51	240	2.357	4.350	4.218	3.915	3.764
Iran	75	627	4.014	2.754	2.714	2.937	3.207	3.388
Vietnam	628	1.746	2.352	3.184	3.514	3.486	3.369	3.269
Sri Lanka	77	89	2.045	2.143	2.117	2.202	2.239	2.420
Marokko	593	787	1.261	1.816	2.214	2.289	2.293	2.323
Kina	178	213	397	501	819	1.328	3.734	4.232
Ukraine	0	0	0	52	321	674	1.364	3.919
Afghanistan	8	39	134	407	977	2.266	3.157	3.808
Filippineme	331	412	715	896	980	1.024	1.411	2.918
Indien	415	422	464	673	818	910	1.257	2.091
Thailand	186	270	573	1.002	1.444	1.733	1.878	2.057
Rusland	0	0	0	280	716	1.000	1.258	1.488

Kilde: Danmarks Statistikbank.

a) Inklusiv Slovenien, der fra 2004 er blevet en del af EU.