

COVID-19-pandemien og ulikhet i helse: *vi er ikke alle i samme båt*

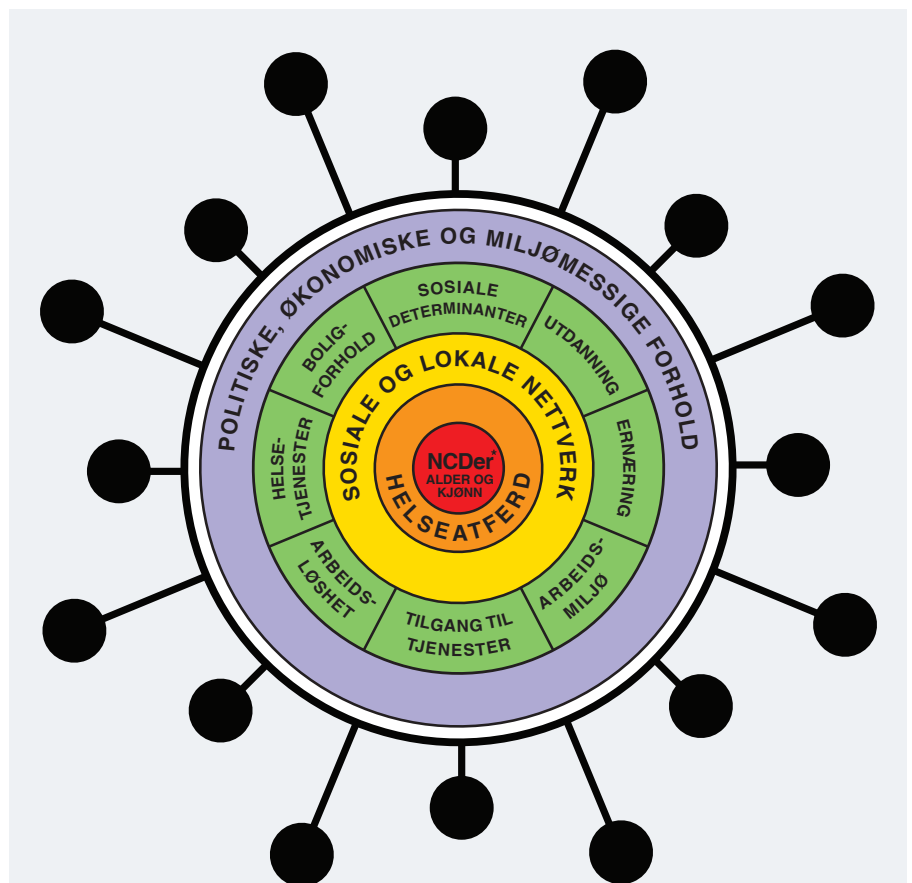
Nyere forskning tyder på at covid-19 oppleves ulikt, med høyere smitte og dødelighet i de mest vanskeligstilte gruppene – det er ikke en sykdom som rammer alle likt.

COVID-19 er en **syndemisk pandemi**: den påvirkes av og forverrer eksisterende ulikheter i forekomsten av kroniske sykdommer og **sosiale helsedeterminanter**.

Utredelsen og alvorligheten av covid-19-pandemien forsterkes av allerede eksisterende epidemier av kroniske sykdommer som i seg selv henger sammen med sosiale helsedeterminanter, som boligforhold, arbeidsvilkår og tilgang til gode helsetjenester.

De sosiale helsedeterminantene omfatter de forholdene folk lever og arbeider under, hvor de vokser opp og blir gamle.

Spanskesyken i 1918 og utbruddet av H1N1 i 2009 rammet også ulikt. Det var forskjeller i utbredelse og dødelighet mellom høy- og lavinntektsland, ulike lokalsamfunn, velstående og fattige sosioøkonomiske grupper og by- og landområder. Under spanskesyken i 1918 hadde for eksempel India 40 ganger høyere dødelighet enn Danmark.



The syndemic of COVID-19, non-communicable diseases (NCDs) and the social determinants of health (from Bambra et al, 2020)

* Ikke-smittsomme sykdommer

Sosiale ulikheter i helse er forskjeller i helsetilstand mellom ulike grupper av personer, noe som kan unngås gjennom fornuftige tiltak.

Den syndemiske pandemien

— **Hva er en syndemi?** *En syndemi oppstår når risikofaktorene for sykdom er sammenvevd og virker gjensidig forsterkende, og på denne måten bidrar til å øke sykdomsbyrden og dens negative virkninger. Dette begrepet ble lansert av Merrill Singer for å belyse forholdet mellom HIV/AIDS, rusmisbruk og vold i USA på 1990-tallet.*

Hvem vil kunne bli hardest rammet av COVID-19?

- Etniske minoritetsgrupper
- Mennesker som bor i områder med dårlige sosioøkonomiske forhold
- Mennesker som er fattige eller som har dårlig betalte (men ofte viktige) jobber
- Marginaliserte grupper, slik som hjemløse, innsatte i fengsler og gateprostituerte



Hvorfor?

Ulikheter i kroniske sykdommer:

Disse gruppene har større sannsynlighet for å ha underliggende risikofaktorer, slik som høyt blodtrykk, diabetes, astma, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), hjertesykdom, leversykdom, nyresykdom, kreft, hjertekarsykdom, fedme og røyking.

Ulikheter i eksponering for sosiale helsedeterminanter:

Disse gruppene har større sannsynlighet for å stå overfor ugunstige arbeidsvilkår, arbeidsløshet, dårligere tilgang til grunnleggende varer og tjenester (vann, sanitærforhold og ernæring), dårlige eller usikre boforhold, kronisk stress og angst, og større vansker med å få tilgang til helsetjenester.

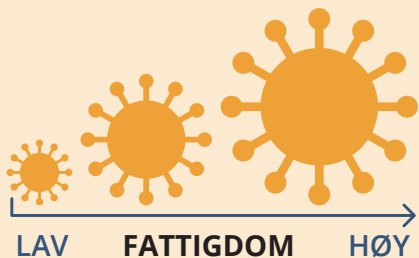
Underliggende kroniske tilstander og ulikhet i levekår og arbeidsvilkår kan øke forekomsten og alvorligheten av COVID-19-infeksjoner.

Arbeidsvilkår: *Personer i lavt kvalifiserte og dårlig betalte jobber vil oftere være utsatt for ugunstige og utrygge arbeidsvilkår. Disse er i sin tur forbundet med økt risiko for lungesykdommer, enkelte krefttyper, muskel- og skjelettlidelser, høyt blodtrykk, stress og bekymringer. Under den pågående pandemien vil de ofte også bli betegnet som «særlig viktige yrkesgrupper» (for eksempel butikk- og transportmedarbeidere) og må dermed dra til arbeidsstedet sitt, mens andre kan utføre jobben sin hjemmefra. De må ofte benytte kollektivtransport for å komme seg til jobben. Alle disse faktorene bidrar til å øke deres eksponering for viruset.*

Levekår: *Vanskeligstilte sosioøkonomiske grupper har oftere dårlige eller overprisede, usikre boforhold. De vil oftere bo trangt og ha mindre tilgang til utearealer og grøntområder, være mer utsatt for psykososialt stress (f.eks. kriminalitet) og forhøyede risikofaktorer for kroniske tilstander (f.eks. fuktige forhold som kan føre til sykdommer i åndedretsorganene). Dette gjelder spesielt de som bor i fattige områder i byene. De har derfor en høyere andel av negative helseutfall, noe som kan bidra til ulikhet i utfallet av covid-19. Disse faktorene kan også påvirke smittetrykket.*

COVID-19

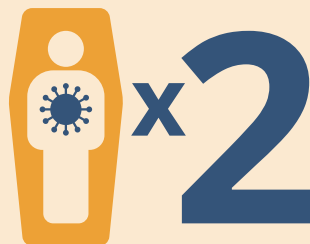
får mer alvorlige konsekvenser i vanskeligstilte områder



I de fattigste områdene av Katalonia (Spania) er andelen smittede med COVID-19 **tre ganger så høy** som i de mest velstående.



I USA er det observert en dramatisk **forhøyet dødsrisiko** i de fattigste områdene.



Dødeligheten av COVID-19 er **dobbelt så høy** i de fattigste boligområdene i England og Wales.

COVID-19

forsterker eksisterende etniske og sosioøkonomiske ulikheter: En rekke sårbarheter virker sammen.

Svarte, asiater og **andre etniske minoriteter** utgjorde 34 % av 10 917 **kritisk syke** covid-19-pasienter i England og Wales (i perioden frem til 31. august 2020), men bare 14 % av **totalbefolkningen**.

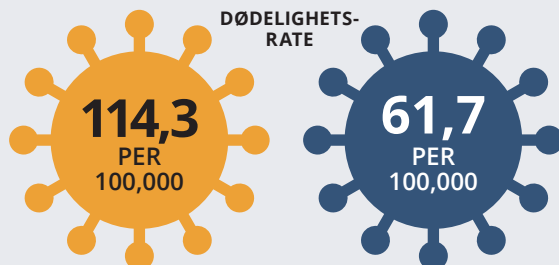
% AV DE KRITISK SYKE



% AV TOTAL-BEFOLKNINGEN

I USA (i perioden frem til 10. november 2020) var dødeligheten for **svarte amerikanere** 114,3 per 100 000, sammenlignet med 61,7 per 100 000 for **hvite amerikanere**. Med den samme dødeligheten som for hvite amerikanere, ville 21 200 svarte amerikanere fortsatt vært i live.

DØDELIGHETS-RATE



*Kilde: [APM Research Lab](https://www.apmresearchlab.com/)



Konsekvensen av nedstenging og økonomisk nedgang på ulikheter i helse

De politiske tiltakene som treffes for å stoppe spredningen av viruset, slik som nedstenging, kan øke ulikhetene.

Nedstenginger oppleves ulikt. De kan ha umiddelbare virkninger på ulikheter i helse, gjennom:

Boligforhold: Trangboddhet, liten tilgang til utearealer eller grøntområder.

Arbeidsvilkår: Tap av arbeid og inntekt, manglende mulighet til å arbeide hjemmefra, noe som fører til høyere eksponering for viruset.

Fysisk helse: Redusert tilgang til helsetjenester for andre tilstander enn COVID-19

Forverret **psykisk helse**, samt økt risiko for å oppleve **kjønnsbasert vold**.

De mer langsiktige og største virkningene på ulikheter i helse vil bli skapt av politiske og økonomiske utviklingstrender.

Plutselige økonomiske endringer (slik som kommunismens sammenbrudd tidlig på 90-tallet og den globale finanskrisen i 2008) fører til økning i sykkelighet, psykisk uhelse, selvmord og dødsfall fra alkohol- og rusmisbruk. Disse helsevirkningene er ikke jevnt fordelt – under krisen i 2008 hadde områder med mer utbredt arbeidsløshet i Storbritannia større økning i selvmordsraten, og de som bodde i de fattigste områdene opplevde den største økningen i psykiske lidelser og selvskading. Arbeidsløshet (med velkjente helsevirkninger i form av sykkelighet og dødelighet) rammer i uforholdsmessig høyere grad personer som har lav utdanning eller som står overfor et mindre gunstig lokalt arbeidsmarked.

Helsevirkningene av den økonomiske krisen som følge av COVID-19 vil kunne bli like ujevnt fordelt – og dermed forverre eksisterende ulikheter i helse.

Hva kan gjøres?

Covid-19 vil kunne føre til en global økonomisk nedgang. Helsevirkningene av en slik nedgang varierer ut fra hvilken offentlig politikk den møtes med.

Land som Storbritannia, Hellas, Italia og Spania, som innførte innstramminger (betydelige nedskjæringer i helse- og sosialbudsjettene) etter finanskrisen i 2008, opplevde mer negative virkninger på befolkningens helse enn for eksempel Tyskland, Island og Sverige, som valgte å opprettholde det offentlige utgiftsnivået og det sosiale sikkerhetsnettet.

En global nedgang vil kunne øke ulikhetene i helse, spesielt dersom en helseskadelig nedskjæringspolitikk blir gjennomført.

Det er avgjørende at de rette politiske tiltakene blir truffet, slik at covid-19-pandemien ikke øker ulikhetene i helse for fremtidige generasjoner.

Slike tiltak vil omfatte:

- utvidede sosiale beskyttelsesordninger
- utvidede offentlige tjenester
- bærekraftige og inkluderende strategier for vekst.



Folkehelsemiljøet må ikke bare vinne «krigen», men også «freden».

Denne publikasjonen er støttet gjennom et tilskudd fra Norges Forskningsråd (prosjektnummer 288638) til Center for Global Health Inequalities Research (CHAIN) ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

Den er basert på en artikkel av Clare Bambra, Professor of Public Health ved Newcastle University og forsker ved CHAIN: Bambra C, Riordan R, Ford J, et al. The COVID-19 pandemic and health inequalities, J Epidemiol Community Health Først publisert på nett 13. juni 2020. doi: 10.1136/jech-2020-214401. Alle referansene kan finnes i denne artikkelen. Faktaarket er laget av CHAINs partner EuroHealthNet, European Partnership for Improving Health, Equity and Wellbeing. CHAIN er et forskningssenter ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) som overvåker helseulikheter i verden, forklarer dem, og gir kunnskap om hvordan slike forskjeller kan reduseres med tilpassede virkemidler i hvert land. Senteret startet som et samarbeid mellom NTNU, Folkehelseinstituttet (FHI), Global Burden of Disease (GBD) studien, WHO (IARC) og UNICEF med mål om å bedre folkehelsen i alle verdensdeler ved å redusere sosial ulikhet. I dag samarbeider CHAIN med en rekke akademiske institusjoner, myndigheter, tenketanker og NGOer over hele verden.

EuroHealthNet er et partnerskap av organisasjoner, etater og offentlige organer som arbeider med folkehelse, sykdomsforebygging, helsefremmende arbeid og bekjempelse av ulikhet. EuroHealthNet har som oppgave å forbedre og styrke helsetilstanden i alle europeiske land gjennom arbeid med sosiale helsedeterminanter og redusere ulikheter i helse. Du kan lese mer om vårt arbeid på vår nettside eurohealthnet.eu eller ved å følge oss på Twitter, Facebook eller YouTube.