

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2020;182:V205022

Kronisk syge og udsatte gruppers situation under COVID-19-pandemien

Marie Nørredam & Thomas Benfield

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) er en akut luftvejsinfektion, som kan udvikle sig til respirationssvigt og død. Nogle kroniske sygdomme er forbundet med en øget risiko for at blive alvorligt syg af COVID-19. Udenlandske rapporter viser, at det især er forhøjet blodtryk, diabetes, overvægt og flere samtidige kroniske sygdomme, som hyppigt er til stede blandt hospitalsindlagte med COVID-19 [1, 2]. Samme tendens gør sig gældende i Danmark (personlig observation). Kronisk obstruktiv lungesygdom, diabetes, og hjerte-kar-sygdom synes yderligere at være forbundet med en større risiko for alvorlig og kompliceret COVID-19 [1, 2]. Kroniske sygdomme efterlader få muligheder for intervention under en pandemi, ganske enkelt fordi det er umuligt på så kort tid at korrigere mange års effekt af dårlig kost, rygning, alkohol og manglende motion (KRAM). Vi må i stedet sikre, at alle patienter med kroniske sygdomme behandles efter højeste medicinske standard, så deres kroniske sygdom er velreguleret, at lægemidler til at behandle kroniske sygdomme er tilgængelige, og at der er adgang til lægehjælp – både i almen praksis og på hospitalerne under en pandemi. Andre sygdomme som f.eks. astma ser i udenlandske opgørelser ud til at være underrepræsenteret blandt patienterne med COVID-19 [3]. De kommende måneder vil vise os mere om sammenhængene, så vi kan blive dygtigere til at takle forværringer af kroniske sygdomme, som er forårsaget af COVID-19, og bedre forstå, hvordan kronisk sygdom forværrer forløbet af COVID-19.

Kroniske sygdomme har en social slagside, da de er forbundet med en u hensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til KRAM-faktorer, som hyppigt hænger sammen med lavere socioøkonomisk status. Samtidig påvirker socioøkonomisk status den formelle adgang til sundhedsvæsenet både i lande med og uden brugerbetaling af sundhedsydelser. Migranter og etniske minoriteter er generelt overrepræsenterede blandt folk med lavere social status og er derfor mere sårbare over for sygdomme med social slagside. I tillæg er nogle migranter og etniske minoriteter særligt sårbare i forhold til diabetes og hjerte-kar-sygdom på grund af deres genetiske baggrund samt en øget risiko for metabolisk syndrom via de epigenetiske transformationer, som migrationsprocesser indebærer [4]. Herudover har migranter flere kroniske sygdomme på grund af en »double burden of disease«, hvor eksempelvis diabetes er associeret med sygdomme som

tuberkulose og posttraumatisk stressforstyrrelse erhvervet før eller under migration. Et dansk studie viste, at forekomsten af diabetes var 2,5 gange højere blandt indvandrere end blandt etniske danskere [5]. Resultaterne er underbygget af talrige europæiske studier, der viser en højere forekomst af diabetes blandt indvandrere og etniske minoriteter end hos baggrundsbefolkningen. Ligeledes ses en højere forekomst af overvægt, forhøjet blodtryk og anden hjerte-kar-sygdom. På den måde kommer COVID-19 til både at eksponere og øge eksisterende social og etnisk ulighed i sundhed i befolkningen i Danmark og verden over. Selv om data indtil videre er sparsomme, ses det, at 70% af COVID-19-dødsfaldene i Chicago skete blandt afroamerikanere, selvom afroamerikanere kun udgør 29% af befolkningen [6]. Samtidigt viser tal fra England, at en tredjedel af dem, som behandles i intensiv regi, er fra etniske minoriteter, selvom de kun udgør 13% af befolkningen [7]. Endnu eksisterer der ikke lignende data for Danmark, men de personlige erfaringer er foruroligende. De kræver yderligere data, og hvis de bekræftes, understreger det behovet for at forstærke den forebyggende indsats i forhold til udsatte sociale og etniske grupper i befolkningen samt for personer med kroniske sygdomme i almindelighed.

KORRESPONDANCE: Thomas Benfield, Infektionsmedicinsk Afdeling, Hvidovre Hospital. E-mail: tlb@dadlnet.dk eller Marie Nørredam, Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed (MESU), Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. E-mail: mano@sund.ku.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. CDC COVID-19 Response Team. Preliminary estimates of the prevalence of selected underlying health conditions among patients with Coronavirus Disease 2019 – United States, February 12-March 28, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:382-6.
2. Guan WJ, Liang WH, Zhao Y et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with Covid-19 in China: a nationwide analysis. *Eur Respir J* 26. mar 2020. pii:2000547 (e-pub ahead of print).
3. Halpin DMG, Faner R, Sibila O et al. Do chronic respiratory diseases or their treatment affect the risk of SARS-CoV-2 infection? *Lancet Respir Med* 3. apr 2020. pii: S2213-2600(20)30167-3 (e-pub ahead of print).
4. Andersen GS, Kamper-Jørgensen Z, Carsten B et al. Diabetes among migrants in Denmark: incidence, mortality, and prevalence based on a longitudinal register study of the entire population. *Diabetes Res Clin Prac* 2016;122:9-16.
5. Agyemang C, de-Graft Aikins A, Bhopal R. Ethnicity and cardiovascular health research: pushing the boundaries by including comparison populations in the countries of origin. *Ethn Health* 2012;17:579-96.
6. <https://www.wbez.org/stories/in-chicago-70-of-covid-19-deaths-are-black/dd3f295f-445e-4e38-b37f-a1503782b507> (8. apr 2020).
7. Intensive Care National Audit & Research Centre (ICNARC). ICNARC report on COVID-19 in critical care April 4, 2020 <https://www.icnarc.org/Our-Audit/Audits/Cmp/Reports>.