
Innvandrere og koronasmitte

LEDER

ARILD AAMBØ

arild.aambo@fhi.no

Arild Aambø er lege, tidligere spesialist i allmennmedisin og siden 2018 seniorrådgiver ved Folkehelseinstituttet. Han har arbeidet med innvandrerhelse i ulike sammenhenger siden 1980-årene.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Er ulikheter i smittetrykk mellom innvandrere og den øvrige befolkningen nok et eksempel på et generelt mønster?

Rettferdig fordeling av helse er en politisk målsetting. Det er derfor foruroligende når noen grupper i befolkningen systematisk fremstår som mer syke eller sårbare enn andre. Dette gjelder blant annet innvandrere.

Innvandrere er ikke sykere enn andre. Tvert imot viser flere studier at nyankomne migranter er friskere enn både befolkningen de migrerer fra og befolkningen i landet de kommer til (1). Etter noen tiår i mottakerlandet er helsen likevel på nivå med de innfødtes eller dårligere (2). Mange faktorer bidrar til dette. I løpet av de siste tiårene er man blitt mer oppmerksom på den allostatiske belastningen, dvs. det samlede, kroniske stresset, som migrasjon medfører, blant annet språkproblemer, kulturelle forventninger og belastningen ved opplevd diskriminering.

«I løpet av de siste tiårene er man blitt mer oppmerksom på det samlede, kroniske stresset som migrasjon medfører»

For covid-19 viser rapporter fra Folkehelseinstituttet at smittetrykk og sykdomsbyrde blant innvandrere er høyt, for enkelte grupper svært høyt. Innvandrere er overrepresentert både når det gjelder påvist smitte og antall sykehusinnleggelser (3, 4). Alder, kjønn, bostedskommune og yrke kan i liten grad forklare disse forskjellene. Sosioøkonomiske faktorer, som lav utdanning, lav inntekt og en løs tilknytning til arbeidslivet, påvirker smitte og sykkelighet, sannsynligvis også ved covid-19 (5).

I hvilken grad slike faktorer virker inn ved covid-19, vet vi foreløpig lite om. Det er derfor betimelig at Tidsskriftet nå publiserer en studie som med utgangspunkt i variasjonen i smitte mellom ulike bydeler i Oslo søker å belyse nettopp slike

sammenhenger (6). Både innvandrerandel, sosioøkonomisk status og husstandstetthet i bydeler var assosiert med høyere smitterater når faktorene ble analysert hver for seg, men i justerte analyser var kun innvandrerandelen i den enkelte bydel statistisk signifikant.

Søgaard og Kan antyder at kulturell/etnisk bakgrunn i seg selv kan være en faktor i smittespredning (6). En annen, ny studie fra Folkehelseinstituttet viser imidlertid at innvandrere generelt sett både er mer positive til og har høyere selvrappert etterlevelse av råd om sosial distansering og hygiene enn befolkningen for øvrig (7). Språkbarrierer, behovet for tilrettelagt informasjon og helsekompetanse kan likevel være viktige faktorer. Folkehelseinstituttets studie er neppe representativ for alle deler av innvandrerbefolkningen, ettersom dette var en nettbasert spørreundersøkelse med krav til både BankID-innlogging og relativt gode språkferdigheter i norsk.

I Norge har enkelte innvandrergrupper spesielt høy forekomst av sykdommer som er assosiert med et alvorlig forløp av covid-19, slik som fedme, diabetes og hjerte- og karsykdom (8). Det er likevel stor usikkerhet omkring hva som har forårsaket det høye smittetrykket blant innvandrere. Søgaard og Kan har benyttet aggregerte gjennomsnittstall i sine analyser, og det er, som forfatterne også antyder, begrenset hvilke konklusjoner man kan trekke på et slikt grunnlag (6). Ved Folkehelseinstituttet har man så langt ikke hatt tilgang til individdata om relevante sosioøkonomiske forskjeller. Det kan være at man ved bedre metodikk vil kunne påvise at slike sammenhenger likevel er til stede, og at disse, selv om de hver for seg er små, til sammen kan utgjøre et betydelig risikomoment. Det vil i så fall være i tråd med forskningen omkring allostatisk belastning. Men slik forskning er ressurskrevende, både menneskelig og økonomisk.

Det kan også være grunn til å rette blikket mot andre forhold. En undersøkelse fra England viste at selv om bare 21 % av helse- og sosialarbeiderne i det offentlige helsevesenet var av asiatisk herkomst eller hadde mørk hudfarge, stod disse gruppene for 63 % av dødsfallene som følge av covid-19 (9). En mulig faktor som forfatterne trekker frem for å forklare funnene, er at innvandrere pga. fysisk, kjemisk og psykososialt stress, herunder opplevd diskriminering, eldes tidligere, hvilket også er et resultat av allostatisk overbelastning.

«Til tross for usikkerheten rundt årsaksmekanismer – eller kanskje nettopp på grunn av denne – er det viktig at helsearbeidere, administratorer og politikere er oppmerksom på de helseforskjellene som er påvist»

Til tross for usikkerheten rundt årsaksmekanismer – eller kanskje nettopp på grunn av denne – er det viktig at helsearbeidere, administratorer og politikere er oppmerksom på de helseforskjellene som er påvist, og at man ikke fordeler skyld, men heller forsøker å forstå hva som står på spill i hvert enkelt tilfelle. Dessuten er det et klart behov for å se nærmere på hvordan strukturelle forhold kan virke diskriminerende og bidra til ulikheter i helse.

LITTERATUR

1. Syse A, Strand BH, Naess Ø et al. Differences in all-cause mortality: a comparison between immigrants and the host population in Norway 1990–20. *Demogr Res* 2016; 34: 615–56. [CrossRef]
2. Diaz E, Kumar BN, Gimeno-Feliu LA et al. Multimorbidity among registered immigrants in Norway: the role of reason for migration and length of stay. *Trop Med Int Health* 2015; 20: 1805–14. [PubMed][CrossRef]
3. Indseth T, Godøy A, Kjøllesdal M et al. Covid-19 etter fødeland fra mars 2020 til februar 2021. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021. <https://www.fhi.no/publ/2021/covid-19-etter-fodeland-fra-mars-2020-til-februar-2021/> Lest 19.3.2021.
4. Indseth T, Grøslund M, Arnesen T et al. COVID-19 among immigrants in Norway, notified infections, related hospitalizations and associated mortality: A register-based study. *Scand J Public Health* 2021; 49: 48–56. [PubMed][CrossRef]
5. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet* 2018; 392: 2606–54. [PubMed][CrossRef]
6. Søegaard EGH, Kan Z. Koronasmitte i Oslos bydeler. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.20.1022. [CrossRef]
7. Nilsen TS, Johansen R, Aarø LE et al. Holdninger til vaksine, og etterlevelse av råd om sosial distansering og hygiene blant innvandrere i forbindelse med koronapandemien. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021. <https://www.fhi.no/publ/2021/holdninger-til-vaksine-og-etterlevelse-av-rad-om-sosial-distansering-og-hyg/> Lest 19.3.2021.
8. Kjøllesdal M. red. Helse blant innvandrere i Norge. Levekårsundersøkelse blant innvandrere 2016. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2019. <https://www.fhi.no/publ/2019/helse-blant-innvandrere-i-norge-levekarsundersokelse-blant-innvandrere-2016/> Lest 19.3.2021.
9. Razai MS, Kankam HKN, Majeed A et al. Mitigating ethnic disparities in covid-19 and beyond. *BMJ* 2021; 372: m4921. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 25. mars 2021. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0218

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.