

RAPPORT

2021

COVID-19

Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer

Thor Indseth (red.)

Utgitt av	Folkehelseinstituttet
Tittel	Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer
Ansvarlig	Camilla Stoltenberg, direktør
Redaktør	Thor Indseth
Forfattere	Thor Indseth, Atle Fretheim, Rojan Tordhol Ezzati, Abdi Gele, Jan-Paul Brekke, Ingeborg Hess Elgersma, Anna Godøy, Lema Hussaini, Naima Said Sheikh, Gunner Rø, Trude Arnesen, Mona Bjørbæk, Hodon Duahle, Solveig Engebretsen, Helena Eide, Julie Fevåg, Martin Flatø, Mohammed Gawad, Maja Weemes Grøtting, Kjersti Hernæs, Marte Kjøllesdal, Prabhjot Kour, Anja Bråthen Kristoffersen, Angela Labberton, Anja Schou Lindman, Fredrik Methi, Charlott Nordström, Samera Qureshi, Ragnhild Storstein Spilker, Bjørn Heine Strand, Selam Andegiogis Tsige, Kristin Hestmann Vinjerui, Line Vold og Kjetil Telle
Oppdragsgiver	Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet (etter regjeringsskifte høsten 2021).
ISBN	978-82-8406-261-7
Utgivelsesdato	1. desember 2021
Publikasjonstype	Rapport
Sitering	Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Innholdsfortegnelse

Forord

Kapittel 1: Sammendrag og læringspunkter

Av Thor Indseth, Jan-Paul Brekke, Abdi Gele, Rojan Tordhol Ezzati, Ingeborg Hess Elgersma, Marte Kjøllesdal, Line Vold, Atle Fretheim, Folkehelseinstituttet

Kapittel 2: Covid-19: Påvist smitte, innleggelse, død, testing og reiseaktivitet blant innvandrere i Norge, perioden fra februar 2020 til mai 2021

Av Ingeborg Hess Elgersma, Thor Indseth, Bjørn Heine Strand, Kjetil Telle, Kjersti Hernæs, Trude Arnesen, Folkehelseinstituttet

Kapittel 3: Mulige forklaringer på overrepresentasjon i påvist smitte og innleggelse

Av Thor Indseth, Kjetil Telle, Angela Labberton, Marte Kjøllesdal, Rojan Tordhol Ezzati, Abdi Gele, Naima Said Sheikh, Fredrik Methi, Jennifer R. Harris og Trude Arnesen, Folkehelseinstituttet

Kapittel 4: Kunnskapsutviklingen om covid-19 smitte, innleggelse, død og vaksinasjon blant innvandrere i Norge

Av Thor Indseth og Anja Schou Lindman, Folkehelseinstituttet

Kapittel 5: Erfaringer fra felt: utvalgte kommuner

Av Lema Hussaini, Mona Bjørnbæk, Atle Fretheim og Thor Indseth, Folkehelseinstituttet

Kapittel 6: Erfaringer fra felt: Oslo kommune og utvalgte bydeler

Av Rojan Tordhol Ezzati og Lema Hussaini, Folkehelseinstituttet

Kapittel 7: Erfaringer fra felt: smittesporer

Av Rojan Tordhol Ezzati, Folkehelseinstituttet

Kapittel 8: Årsaker til forskjeller i korona-smitte i tre innvandremiljøer

Av Jan-Paul Brekke, Institutt for samfunnsforskning

Kapittel 9: Erfaringer fra felt: perspektiver fra personer med innvandrerbakgrunn

Av Naima Said Sheikh, Ragnhild Storstein Spilker, Charlott Nordström, Hodon Duahle, Selam Andegiogis Tsige, Prabhjot Kour, Samera Qureshi, Mohammed Gawad, Abdi Gele, Folkehelseinstituttet

Kapittel 10: Virkningene av tiltak rettet mot innvandrere

Av Atle Fretheim, Ingeborg Hess Elgersma, Kristin Hestmann Vinjerui, Martin Flatø, og Thor Indseth, Folkehelseinstituttet

Kapittel 11: Implementering og effekter av lokale tiltak: forskjeller etter fødeland

Av Anna Godøy, Maja Weemes Grøtting og Kjersti Hernæs, Folkehelseinstituttet

Kapittel 12: Innreisetiltak og innreise etter landbakgrunn

Av Ingeborg Hess Elgersma, Kjetil Telle, Helena Eide, Julie Fevåg, Thor Indseth og Anja Bråthen Kristoffersen, Folkehelseinstituttet

Kapittel 13: Hvor stor forskjell må forklares? Matematisk modellering av effekten av ulikheter i smitterate og import hos ulike befolkningsgrupper

Av Gunnar Rø, Folkehelseinstituttet og Solveig Engebretsen, Norsk Regnesentral

Forord

Pandemien har rammet innvandrerbefolkningene i Norge hardt. I denne rapporten redegjør vi for hva vi vet om testing, smitte, sykehusinnleggelse og død som følge av pandemien, om hvordan smittevernsarbeidet og tiltak har blitt utformet og opplevd av målgruppene og om effekter av noen tiltak. Arbeidet med denne rapporten er finansiert av Kunnskapsdepartementet¹, FHI og ISF. En foreløpig versjon av rapporten ble publisert i juni 2021. Store deler av innholdet er det samme, men sluttrapporten inneholder noen flere og mer gjennomarbeidede analyser.

Arbeidet som ligger bak de to rapportene startet i januar 2021. På det tidspunktet var det umulig å vite hvordan pandemien ville utvikle seg videre. Kunnskapsdepartementet og Folkehelseinstituttet (FHI) ble derfor enige om å bygge opp et analyseteam som kunne bidra til å øke kunnskap om overrepresentasjonen av smitte og alvorlig sykdom i innvandrerbefolkningene, og dermed bidra til å redusere denne.

Pandemihåndteringen har en hastegrad som gjør at dette kunnskaps- og utredningsarbeidet skiller seg fra annet slikt arbeid. Det var avgjørende at eventuelle lærdommer og anbefalinger ble iverksatt så snart kunnskapen forelå, og at man ikke ventet på ferdigstilling av rapport. Resultatene og analysene fra dette arbeidet har derfor vært formidlet både internt og eksternt gjennom hele perioden prosjektet har pågått. Formidling er gjort muntlig ved presentasjoner og møtevirksomhet og skriftlig gjennom brev, notater og rapporter. Flere av studiene som presenteres i denne rapporten ansees å ha bredere og internasjonal relevans og har derfor blitt eller planlegges publisert i vitenskapelige tidsskrifter.

FHI har utover i pandemien fått tilgang til stadig bedre registerdata som har vært benyttet i flere av analysene. Men registeranalyser alene har ikke vært tilstrekkelig til å gi et raskt og fyldig bilde av problemkomplekset. Vi har benyttet kvalitative intervjuer for å belyse hvordan eksisterende tiltak treffer målgruppene, hvordan målgruppene oppfatter tiltakene og for å kunne vurdere behovet for eller muligheten for nye tiltak.

Deler av dette arbeidet ville vært utført av FHI uavhengig av finansieringen fra Kunnskapsdepartementet, men de ekstra ressursene som ble tilført har gjort det mulig å fremskynde arbeidet betraktelig, ved å for eksempel inngå samarbeid med Institutt for Samfunnsforskning (ISF), og å ansette nye forskere, analytikere og forskningsassistenter. Dette har bidratt til økt kunnskap om smittesituasjonen og om forklaringer på overrepresentasjonen, noe som har påvirket både tiltaksutformingen og det offentlige ordskiftet.

Rapporten er skrevet som en antologi, der hver tekst skal kunne leses og stå for seg selv. Forfatterne i hver tekst, samt redaktør av rapporten, er ansvarlige for det som kommer frem i teksten. Arbeidet har overordnet vært ledet av *Thor Indseth*. Delen som omhandler kvantitativ evaluering av tiltak har vært ledet av *Atle Fretheim*, og arbeidet med den kvalitative delen har fra FHI vært ledet av *Abdi Gele (innvandrerbefolkningene)* og *Rojan Tordhol Ezzati (kommune og smitterspore)*. *Jan-Paul Brekke* har ledet arbeidet fra ISFs side.

Mange kan takkes, men vi ønsker å rette en særskilt oppmerksomhet til Gutorm Høgåsen og Anja Schou Lindman for ekstraordinært arbeid med etablering og drift av FHIs beredskapsregister, BeredtC19, som mange av analysene er basert på.

Kjetil Telle, desember 2021
Områdedirektør (fung.), Område for helsetjenester

¹ Oppdragsgiver var integreringsavdelingen i Kunnskapsdepartementet (KD). Etter regjeringsskifte 2021 ble integreringsfeltet flyttet til Arbeids og sosialdepartementet (ASD). Denne rapporten er derfor overlevert ASD

Kapittel 1

Sammendrag og læringspunkter

Av Thor Indseth, Jan-Paul Brekke, Abdi Gele, Rojan Tordhol Ezzati, Ingeborg Hess Elgersma, Marte Kjøllesdal, Line Vold, Atle Fretheim, Folkehelseinstituttet

Detta er en bearbejdet og oppdatert versjon av tekst som tidligere har vært publisert i delrapport 1

Innvandrere og deres etterkommere har vært tungt overrepresentert blant påviste smittetilfeller og sykehusinnleggelser under covid-19-pandemien. I denne rapporten vurderer vi mulige årsaker til overrepresentasjonen og virkninger av ulike tiltak. Lærepunktene er formulert etter en samlet vurdering av funnene som fremkommer i rapporten.

1. Oppdaterte og sammenkoblede registerdata er avgjørende for å kunne analysere situasjonen og målrette tiltak

Oppdatert oversikt og statistikk over hvem som rammes, er en forutsetning for målrettede tiltak og for å vurdere om tiltak treffer.

Å få rask oversikt over en pandemi krever gode registerdata og sammenkoblinger av registre. Særlig i en kaotisk situasjon kan det være vanskelig å vite hvilke data som vil vise seg å være nødvendige før analysene er utført.

Beredskapsregisteret for covid-19, Beredt C19, har gitt mulighet til å lage god og pålitelig statistikk om covid-19 etter fødeland. Data om fødeland og sosioøkonomiske forhold i kombinasjon med data for testresultater, innleggelser og medisinsk risiko, viste seg å være langt viktigere enn mange hadde antatt før pandemien. Dette gjelder også opplysninger om innreiseaktivitet. Disse helt nødvendige koblingene tok tid å få på plass – for noen sentrale komponenter helt fram til høsten 2020 og sen vinteren 2021.

Som beredskap for en eventuell fremtidig pandemi eller annen helsekrise, er det avgjørende at det finnes en god infrastruktur i form av tekniske og juridiske løsninger, kompetanse og personalressurser slik at man raskt kan få etablert gode datakilder og datakoblinger for viktige analyser. Dette mangler i Norge. Vi har ikke et permanent system for analyser av innvandreres helse og helsetjenestebruk, verken i form av registerkoblinger og helseundersøkelseskohorter der innvandrere er godt representert, eller for rask innhenting av kvalitative data.

Anbefaling 1: Etablere en permanent infrastruktur for sammenkobling av registerdata om helse, sosioøkonomiske forhold og landbakgrunn.

2. Å få med innvandreres perspektiver gjennom spørreundersøkelser, helseundersøkelser og kvalitative intervjuer er avgjørende for å kunne analysere behovene

Innvandrere og sosialt utsatte grupper er i for liten grad representert i spørreundersøkelser og helseundersøkelser. Spørreundersøkelser og helseundersøkelser utføres ofte på en måte som forutsetter gode norskerferdigheter og god digital kompetanse for å kunne delta. Utfordringer med rekruttering og språk gjelder også i kvalitative intervjuundersøkelser. Mulig skjev representasjon av innvandrere i spørreundersøkelser, helseundersøkelser og intervjuer kan ha gitt skjevhet i kunnskapsgrunlaget underveis i pandemien.

Selv om FHI og andre helsemyndigheter fikk nyttig kunnskap gjennom dialognettverk, hadde vi kunnet få langt mer og sikrere kunnskap tidligere dersom det hadde vært gode systemer som ga mer representative utvalg i spørreundersøkelser og intervjuer. Gode systemer for dette vil innebære rutiner for bruk av oversampling, oversettelser og alternativer for digital pålogging. I motsetning til registeranalyser kan slik forskning avdekket en rekke barrierer og behov som myndighetene og kommunene ikke var klar over i forkant av pandemien. Slik kunnskap er avgjørende for utforming av tiltak og kampanjer.

Anbefaling 2: Etablere permanente systemer for å sikre tilstrekkelig bredde i deltakelse i spørreundersøkelser og helseundersøkelser.

Anbefaling 3: Etablere et fagmiljø som gjennom gode systematiske, kvalitative metoder raskt og fortløpende kan innhente brukererfaringer fra felt allerede tidlig i en krise.

3. Kommunikasjon fra myndighetene må være enkel, tilpasset og målrettet

Et viktig prinsipp i kommunikasjon er at den må være målrettet og tilpasset med tanke på språkføring, kanalvalg og innhold. I tillegg er det helt sentralt at avsenderen av informasjonen har troverdighet hos målgruppen. Dette innebærer behov for til dels omfattende tilpasninger for å nå ut til alle.

Budskapet må bearbeides for å gjøre det tydeligere og forståelig for målgruppen. Oversettelser må være av høy kvalitet både når det gjelder språk og kontekstualisering. Budskapet må distribueres i de kanalene målgruppa bruker, som for en del innvandrere vil være andre enn de som brukes av majoritetsbefolkningen. For en del mottakere vil det være mer effektivt med muntlig enn skriftlig informasjon.

Helsepersonell, smittesporere og frivillige har hatt en sentral rolle som mellomledd i distribusjon av oversatt informasjon under pandemien. Å vite hvor man kan finne oversatt informasjon som er oppdaterte har vært en utfordring både for helsepersonell, frivillige og for sluttbrukerne. Kommuner og myndigheter har varierende kompetanse når det gjelder formidling av helseinformasjon til innvandrerbefolkningene. Det er ulikt hvordan kommune og stat har løst dette kompetansebehovet. Noen har hatt samarbeid med ressurspersoner eller frivillige, mens andre har benyttet egne ansatte med innvandrerbakgrunn eller involvert etater som normalt ikke jobber med krisehåndtering eller helseberedskap, for eksempel kommunens flyktningkoordinator.

Frivilligheten sitter på unik kunnskap om miljøene de springer ut fra og representerer en viktig ressurs for kommune og stat. Pandemien har ført til nye samarbeidsformer mellom frivillige organisasjoner og lokale myndigheter knyttet til innvandrerhelse. Dette samarbeidet kan med hell dokumenteres og utvikles videre. Samtidig må hovedansvaret for informasjon og gjennomføring av smittehindrende tiltak fortsatt ligge hos offentlige myndigheter. Ressurspersoner fra innvandrer miljøene og lokale frivillige organisasjoner vil kunne ha begrensninger knyttet til smittevernsfaglig kompetanse, kontinuitet og kapasitet over tid.

Tilrettelegging av informasjon, tilgjengeliggjøring av oversettelser, bruk av alternative kanalvalg og liknende er ressurs- og tidkrevende. Særlig kritisk blir dette i akutfasen av en pandemi. Dersom rutiner og kunnskap ikke er på plass i forkant, vil det nærmest være umulig å få gjort dette arbeidet raskt. Budskap som er kompliserte og vanskelige for alle, for eksempel detaljer rundt karantene og isolasjon, eller hvilke og hvor sterke symptomer en bør ha før en tester seg, blir ekstra utfordrende for personer med begrensede norskkunnskaper eller lav helsekompetanse.

Ut fra kartleggingene og erfaringene FHI har gjort seg underveis i pandemien, synes kunnskapsinfrastrukturen på dette området å ha blitt betydelig bedre. Likevel er det fortsatt mye som gjenstår. Det er viktig at kontaktene som nå er etablert gjennom ressurspersoner og organisasjoner vedlikeholdes og videreføres.

Resultatene fra de tilpassede tiltakene vi har testet, gir god grunn til optimisme. Et enkelt oversatt budskap i sosiale medier med oppfordring om å teste seg ved symptomer synes å ha hatt virkning. Slike tiltak er relativt billige, de synes å treffe målgruppene og er raske å utføre.

Anbefaling 4: Informasjon må tilpasses målgruppa, blant annet når det gjelder språk, kanalvalg og innhold. Grunnleggende informasjon må oversettes raskt og distribueres i de kanalene som når ut til den delen av innvandrerbefolkningene man ønsker å nå.

Anbefaling 5: Muntlig to-veis kommunikasjon vil i noen tilfeller være mest effektivt. Det gir mulighet til spørsmål og avklaringer. Både flerspråklig telefontjeneste, frivillige og helsepersonell med nødvendig språkkompetanse kan være med å dekke dette behovet.

Anbefaling 6: Stat og kommune bør ha gode systemer for bestilling og kvalitetssikring av oversettelsestjenester (skriftlig) og tolketjenester (muntlig).

Anbefaling 7: Stat og kommune bør snakke med representanter for målgruppene og innhente informasjon om hva målgruppene trenger, hvilke budskap som treffer best og hvordan de best kan nås.

Anbefaling 8: Kampanjer med enkelt budskap i sosiale medier bør utformes og distribueres så snart man vet hvilke grupper som er hardest rammet.

4. Å redusere terskelen for testing synes å ha stor betydning

I perioden fra pandemien rammet Norge og frem til senhøsten 2020 var andelen som testet seg lavere blant personer født utenfor Norge enn blant personer født i Norge.

I intervjuene vi har gjennomført for denne rapporten, fremgår det at barrierer av praktisk eller kunnskapsmessig art kan være betydelige, særlig for personer med lav språkkompetanse og digital kompetanse. Å bestille test via Bank-ID eller komme seg til teststasjoner langt unna, representerer en terskel som kan ha bidratt til at noen som burde ha testet seg, ikke har gjort det.

Særlig fra nyttår 2021 ble det igangsatt en rekke tiltak for å informere om og senke terskelen for testing. Et av de viktigste verktøyene i de store byene var etablering av flere teststasjoner lokalt, både mobile teststasjoner og drop-in teststasjoner, for å redusere praktiske og økonomiske barrierer.

Helsedirektoratet og FHIs oversatte kampanjer i sosiale medier for å øke testing, synes også å ha hatt positiv effekt. Mye tyder på at det også var et behov for de helt enkle budskapene og påminnelsene, som for eksempel informasjon om at testen er gratis.

Positive trender i andelen som tester seg, særlig fra januar 2021, tyder på at dette arbeidet bidro til at flere testet seg. En intervensjonsstudie utført på Stovner viste at det å senke terskelen til informasjon (dør-til-dør-aksjon), i kombinasjon med nærhet til drop-in teststasjon, sannsynligvis bidro til å få opp andelen som testet seg, både blant norskfødte og innvandrere.

Det ser ut som det har vært betydelige forskjeller i hvor mye som er gjort i ulike kommuner for å senke terskelen for testing, både når det gjelder tidspunkt og omfanget av tiltak som ble iverksatt.

Anbefaling 9: Senke praktiske og administrative barrierer til tjenester som man ønsker at befolkningen skal benytte seg av. Dette innebærer både geografisk nærhet til tjenestene og at det finnes gode alternativer for personer med lite digital kompetanse og/eller svake språkferdigheter.

Anbefaling 10: Det er avgjørende å få ut språklig tilrettelagt informasjon om når man bør teste seg og hvor man kan få tatt testene.

5. Erfaringer fra smittesporingen bør videreføres til helsetjenestene

Smittesporing har vært sentral i implementeringen av TISK, og kommuneoverleger, smittevernoverleger, bydelsoverleger, assisterende bydelsoverleger har fulgt smittesporingen og smittesporingsteamene tett. De utfordringene som arbeidet med smittesporingen har fremhevet i møte med innvandrerbefolkningene, er kilde til mye kunnskap som flere ledd i helsetjenestene kan dra nytte av. Blant innvandrere med dårlige norskkunnskaper har språkutfordringer gjort smittesporingen mer kompleks. Lite kjennskap til lokale forhold og innvandrerbefolkningene det gjelder kan også være en ulempe og bidra til forsinkelser. Disse utfordringene har betydning både for ressursfordeling og kompetansebehov.

Det synes å ha vært behov for bedre systemer for å fordele ressursene dit man kunne anta at de gjør størst nytte i forbindelse med utbrudd. Også innad i smittesporingsteam har god samhandling og godt samarbeid vært viktig. Det vært langvarig høyt arbeidspress flere steder og oppskalering av smittesporingen har vært nødvendig. Men å tilpasse kommunikasjonen til et raskt voksende team krever også ressurser, eksempelvis i form av opplæring og korreksjon av nybegynnerfeil. Mange smittesporingsteam har lært mye underveis og etter hvert utviklet gode retningslinjer og rutiner for å arbeidspresset, opplæring og samarbeid, men dette har naturlig nok tatt tid å få på plass.

Med grunnlag i disse erfaringene, er det verdt å undersøke om det er mulig å bygge bedre systemer for kompetanseheving og kunnskapsoverføring blant førstelinjetjenestene. Eksempelvis hadde smittesporerne i perioder savnet rutiner for tilbakemeldinger og oppfølging lokalt. De ønsket også flere muligheter til å tilegne seg kunnskap fra FHI og andre etater direkte, samt systematisk erfaringsutveksling på tvers av kommunegrensene.

Noen kommuner og bydeler har manglet systemer for bestilling av tolk, og noen steder har behovet for tolk i liten grad vært på agendaen før pandemien. Det synes å ha vært et underforbruk av tolk flere steder. Forbedring av rutiner og praksis for bestilling av kvalifisert tolk på kort varsel, og noe mer opplæring i hvorfor og hvordan man bestiller tolk, ser ut til å være nødvendig. I enkelte intervjuer fremkommer det at det ikke har blitt brukt tolk selv når dette har vært nødvendig, og at google translate har blitt benyttet eller at barn i familien har blitt brukt som oversettere istedenfor tolker. Dette kan ha ført til misforståelser og direkte feilinformasjon. Slik praksis legger i tillegg et for stort ansvar på barna. Vi kan ikke vite hvor stor betydning dette har hatt for smittesituasjonen, men vår samlede vurdering er at det er behov for bedre systemer for, og mer utstrakt bruk av, tolketjenester.

Anbefaling 11: Det bør foretas en systematisk innsamling av erfaringene fra smittesporingsteam rundt om i landet og utvikles opplæringsmoduler basert på dette arbeidet.

Anbefaling 12: Det bør utredes hvordan helsepersonell og beslutningstakere kan sikres økt kunnskap om innvandrerbefolkningene. Slik kunnskap er nødvendig for å kunne gi gode, trygge og effektive tjenester til hele befolkningen.

Anbefaling 13: Gode tolketjenester og mulighet for rask bestilling bør sees som en sentral komponent i beredskapen. Alle kommuner og bydeler bør ha gode systemer for bestilling av tolk på kort varsel, også utenom kontortid.

6. Tiltak relatert til utenlandsreiser synes å ha stor betydning

Innreisestatistikken som finnes er begrenset i tid og kvalitet, men for den korte perioden der vi har informasjon, kan det synes som om enkelte innvandrergupper har hatt noe hyppigere reiseaktivitet enn majoritetsbefolkningen. Mye av denne reiseaktiviteten har i tillegg vært til land der det er rimelig å anta at smittetrykket har vært høyt. Innreisetiltakene førte ikke til at all innreise til Norge ble stoppet, men den førte til at en høy andel av dem som reiste inn i Norge fra områder med høy smitte ble testet. Tiltakene synes dermed å ha hatt en effekt på hvor mange av smittetilfellene som ble oppdaget ved innreise.

Det er fortsatt uvisst hvor mye av reiseaktiviteten som skyldtes et høyere behov for nødvendige reiser (i tråd med det som var gjeldende råd) og hva som eventuelt skyldtes svakere etterlevelse av daværende råd, enten fordi rådene ikke ble forstått eller ikke ble fulgt. Vi har ikke grunnlag for å konkludere med at etterlevelsen har vært lavere blant innvandrerguppene. Likevel er det tydelig at mange med innvandrerbakgrunn har et annet reisemønster, både med tanke på opphold og destinasjon, enn det som er vanlig for ikke-innvandrere.

Innføringen av mange av innreiserestriksjonene ble etterfulgt av en nedgang i andelen nye positive smittetilfeller blant utenlandsfødte. Dette kan tyde på at den samlede effekten av tiltak innført for å begrense innreise fra enkelte land og forhindre videre smitte etter innreise, kan ha hatt en betydning for smitten i enkelte deler av innvandrerbefolkningene, men vi må påpeke at mange av tiltakene er innført samtidig som andre (ikke-reiserelaterte) tiltak.

Tiltak både for å få ned reiseaktivitet og for å begrense risikoen for at personer bringer smitten videre etter innreise til Norge, synes derfor å være viktige.

Anbefaling 14: Innføring av særskilte reiseråd og bestemmelser må kommuniseres godt til innvandrerbefolkningene. Beredskapsplaner bør innbefatte tiltak for målrettet informasjon til enkeltgrupper som er særlig utsatt på grunn av slekt- og vennsforbindelser i berørte land eller regioner.

Anbefaling 15: Dersom det innføres registrering ved grensepasseringer, bør opprinnelig avreisested registreres.

7. Det er behov for bredere samarbeid på tvers av offentlige etater for å nyttiggjøre seg nødvendig kompetanse og ressurser

Det har vært begrenset kunnskap i offentlige tjenester om hvordan migrasjonsrelaterte forhold påvirker folks respons og hvordan man best kan tilrettelegge tjenester og informasjon. Både kommuner og sentrale myndigheter har forsøkt å kompensere for dette gjennom samarbeid på tvers av sektorer, omdisponering av ansatte og involvering av ressurspersoner og frivillige organisasjoner. Det er også gitt betydelig støtte til frivillige organisasjoner for å utføre informasjonsarbeid. Dette innebærer noen dilemmaer knyttet til ansvarsfordeling, taushetsplikt og pasientrettigheter. Dette kommer også tydelig frem i enkelte av intervjuene, for eksempel ved å skulle dele konfidensiell informasjon (eks koder til Bank-ID).

Det synes å ha vært uklarheter i rolle- og ansvarsfordelingen mellom etater som står ansvarlige for helse, og de som har ansvar for integrering. I enkelte tilfeller har dette ført til at nødvendig tilpasning av informasjon kom for sent eller ikke ble utført.

Dette dilemmaet oppstår fordi ekspertisen er delt. Personell i stat og kommune som er godt kjent med utfordringer og behov knyttet til integrering, språk osv. har sjelden smittevernsfaglig eller helsefaglig kompetanse, og omvendt.

Anbefaling 16: Etablere faste, operative systemer for samhandling og god ansvarsfordeling mellom helse- og integreringssektorene i kommune og stat.

Anbefaling 17: Sikre økt helsefaglig kompetanse i integreringssektoren og økt migrasjons- og integreringsfaglig kompetanse i helsesektoren.

8. Svak integrering kan gi opphopning av sårbarheter

Svake norskferdigheter og svak tilknytning til norsk arbeids- og samfunnsliv gir sårbarhet i en pandemi. Det har vist seg vanskelig å kompensere for denne sårbarheten gjennom operative tiltak. Pandemien har vist at migrasjonsrelaterte forskjeller i helse skyldes en rekke forhold, og at tiltak for å utjevne helseforskjeller må utformes i mange ledd.

Det gjensidige samspillet mellom integrering og helse har blitt tydeligere. I fremtiden bør det bygges tiltak som ser disse sammenhengene på et overordnet samfunnsplan knyttet til norskopplæring, helsekompetanse og tilpasset kommunikasjon, men også innad i helsetjenesten i møtet mellom pasient og helsepersonell. Beredskap på dette området bør i tillegg til det operative tenkes som forebyggende. Dette innebærer på den ene siden å sørge for at færre har svake språkferdigheter, lav digital kompetanse og svak tilknytning til norsk arbeids- og samfunnsliv, og på den andre siden sikre tilstrekkelig kompetanse om migrasjonsrelaterte forhold i offentlig sektor, som nevnt i punktet over.

Anbefaling 18: Beredskapsaspektet bør tillegges vekt når det utformes tiltak på integreringsfeltet. Dette gjelder særlig betydningen av tilstrekkelige norskferdigheter, digitale ferdigheter, helsekompetanse og kjennskap til norske helsetjenester.

Anbefaling 19: Offentlig sektor trenger mer kunnskap om innvandrerbefolkningene.

9. Åpen og ærlig kommunikasjon er nødvendig

Enkeltpersoner er avhengige av god informasjon om smittesituasjonen både på nasjonalt og lokalt nivå for å kunne gjøre gode vurderinger for seg selv og sine nærmeste. Jo mer presis informasjonen er, jo bedre valg vil enkeltindividene kunne ta. Dette gjelder både informasjon om antatt smittested ved et utbrudd og om hvilke miljøer som er berørt.

Ofte vil det være noe overlapp mellom hvilket fødeland folk har og hvilket sosialt miljø de er en del av. I enkelte innvandrer miljøer er det vanlig å bo nært slektninger og venner. Presis informasjon om hvilke grupper som er berørt vil derfor være nyttig for enkeltindividene i miljøet når de skal vurdere egen smittevernrelatert atferd.

Noen av funnene i rapporten kan tyde på at enkelte kommuner og tidvis også staten har vært tilbakeholdne med å offentliggjøre opplysninger om hvilke grupper som er rammet. Det har også vært en vegring mot målretting av tiltak, for eksempel plassering av teststasjoner eller distribusjon av informasjon. Dilemmaet har stått mellom målrettede tiltak mot dem som er hardest rammet og frykt for stigmatisering av en minoritet.

Vegring mot å formidle presis informasjon fratar gruppene som er rammet, og enkeltmennesker i disse gruppene, muligheten til selv å ta velinformerte valg om individuell og kollektiv smittevernatferd. Her er det en viktig balansegang. En sterk negativ oppmerksomhet rettet mot ett bestemt miljø kan også føre til at enkelte trekker seg unna, noe som igjen kan medføre ekstra utfordringer for smittesporingsarbeidet. Det er derfor avgjørende at kommunikasjonen utad er balansert og formidlet på en måte som ikke bidrar til unødig stigmatisering. Å tidlig involvere berørte miljøer i kommunikasjonen er en mulig fremgangsmåte som kan begrense de mulige negative konsekvensene av en åpen og ærlig kommunikasjon, men å holde tilbake informasjonen er sjelden hensiktsmessig.

Anbefaling 20: Informasjon om hvilke befolkningsgrupper eller miljøer som rammes hardest i en pandemi, bør formidles til offentligheten. Stat og kommune bør ikke holde tilbake informasjon om miljøer som er hardt rammet.

Hvordan sitere dette kapittelet:

Indseth T, Brekke JP, Gele A, Ezzati, RT, Elgersma I, Vold L, Fretheim A (2021). Kapittel 1: Sammendrag og læringspunkter, i Indseth T red. (2021) Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Kapittel 2

Covid-19: Påvist smitte, innleggelser, død, testing og reiseaktivitet blant innvandrere i Norge, perioden fra februar 2020 til mai 2021

Av Ingeborg Hess Elgersma, Thor Indseth, Bjørn Heine Strand, Kjetil Telle, Kjersti Hernæs, Trude Arnesen, Folkehelseinstituttet

Dette er en bearbejdet og oppdatert versjon av tekst som tidligere har vært publisert i delrapport 1

Koronapandemien har i Norge rammet innvandrere hardere enn den øvrige befolkningen. Utenlandsfødte har oftere påvist smitte og blir oftere innlagt med covid-19. Det er stor variasjon mellom ulike grupper både i påvist smitte og innleggelser. Enkelte grupper er meget hardt rammet. Dette gjelder særlig innvandrere fra Pakistan, Somalia, Irak, Tyrkia og Afghanistan. Statistikken over døde og dem som har fått pustestøtte med respirator gir det samme bildet, men tallene for dette er såpass lave at det er vanskeligere å analysere forskjeller mellom innvandrere etter enkeltland. Personer fra Afrika og Asia skiller seg ut med forhøyet risiko for død og respiratorbruk, og dette gjelder særlig etter aldersjustering. For påvist smitte har også barn av innvandrere vært hardt rammet. Insidensratene blant norskfødte med innvandrerbakgrunn har vært om lag 4,5 gang høyere enn blant norskfødte uten innvandrerbakgrunn.

I denne rapporten har vi benyttet data fra SSB i kombinasjon med fødelandsvariabelen fra folkeregisteret for å klassifisere personer etter innvandrerbakgrunn. Personer med innvandrerbakgrunn inkluderer:

- Innvandrere: Personer som selv har innvandret til Norge og som er født i utlandet av utenlandsfødte foreldre
- Norskfødte med innvandrerforeldre: Personer som er født i Norge av to utenlandsfødte foreldre og som har fire utenlandsfødte besteforeldre

For 187 178 personer i utvalget er innvandrerkategori ukjent i SSB-dataene. Disse er klassifisert etter fødeland fra Folkeregisteret. Personer uten kjent fødeland og innvandrerkategori, verken fra SSB-data eller folkeregisterdata, er tatt ut av materialet. Dette utgjør 3416 personer.

Vi har valgt å se på perioden fra 21. februar 2020, da første tilfelle ble rapportert i Norge, til 30. juni 2021. Vi har utelatt sensommeren og høsten 2021 fordi vaksineutrullingene i dette tidspunktet hadde kommet så langt og forandret vilkårene så mye at denne perioden bør analyseres separat i lys av vaksinedekning.

For nærmere informasjon om øvrige datakilder, utvalg og metode, se Indseth et al. 2021c. For analyser av betydningen av sosioøkonomiske forhold og medisinsk risiko, se Indseth et al. 2021b. For spørreundersøkelsesmaterialet, se Nilsen 2021 et al. og Aarø et al. 2021.

Bekreftet covid-19

Bekreftet smittede blant innvandrere er, relativt til antall personer i denne gruppen, høyere enn for den øvrige befolkningen. Det er stor variasjon mellom ulike grupper (tabell 1). Flest tilfeller i absolutte tall var det blant personer uten innvandrerbakgrunn (70 638), innvandrere fra Polen (4297), Somalia (3514), Pakistan (2810), Irak (2558) og Syria (2402) (tabell 1).

Andelen bekreftet smittede blant innvandrere bosatt i Norge for hele 2020 og ut juni 2021 sett under ett, viser at noen grupper er hardere rammet enn andre, og at det er stor variasjon mellom ulike grupper.

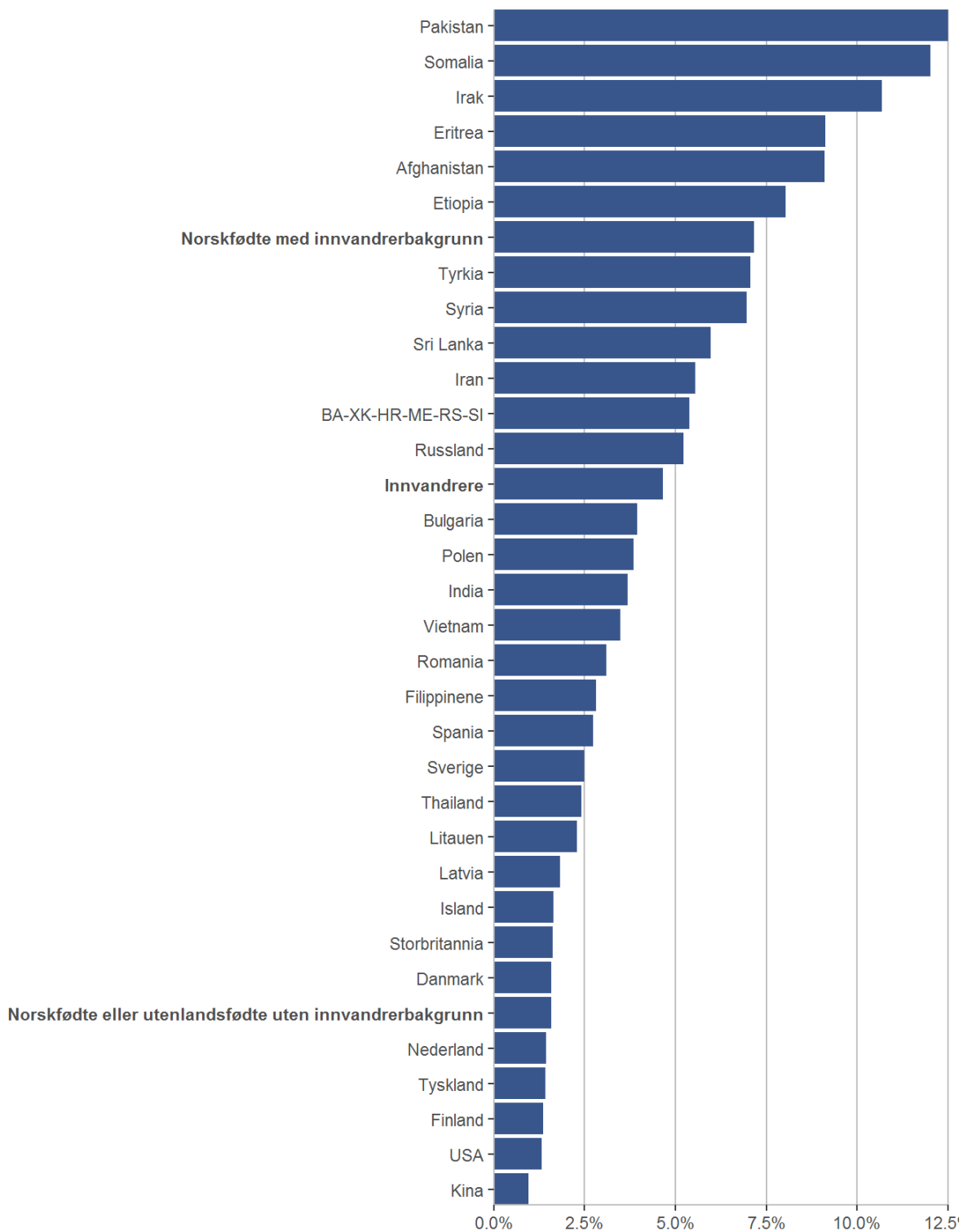
Prosentandelen med påvist smitte har vært høyest blant innvandrere fra Pakistan (12,5%), Somalia (12,0 %), Irak (10,7%), Eritrea (9,1 %), Afghanistan (9,1 %), Tyrkia (7,1 %) og Syria (7,0%) (tabell 1). Av fødelandene i utvalget har Kina, USA, Finland, Tyskland og Nederland lavere andel påviste tilfeller enn norskfødte eller utenlandsfødte uten innvandrerbakgrunn (1,6%).

Figur 2 viser utviklingen over tid i påvist smitte blant norskfødte eller utenlandsfødte uten innvandrerbakgrunn, norskfødte med innvandrerbakgrunn og innvandrere. Denne figuren viser at det særlig var bølge 2 og bølge 3 som rammet innvandrerbefolkningene hardt. Det er her verdt å minne om at tilgangen på tester var svært begrenset under første bølge.

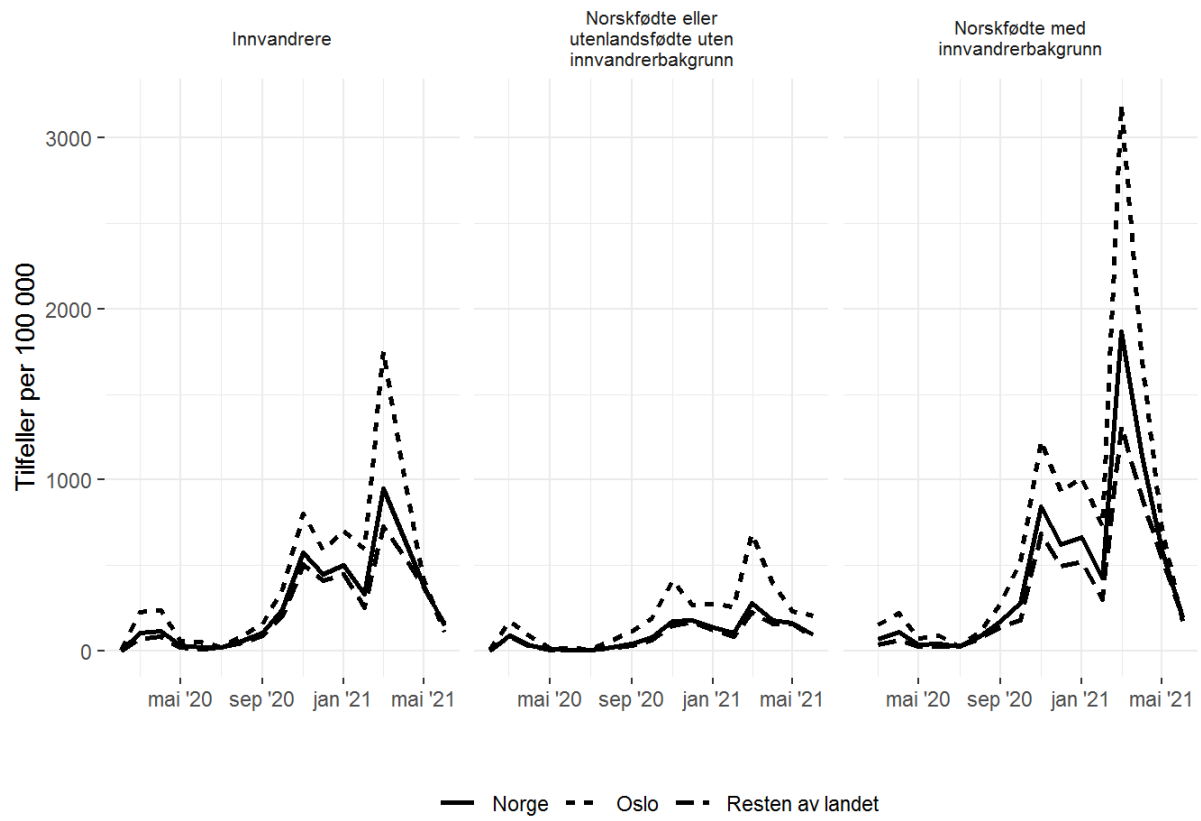
Tabell 1: Bekreftet smitte og innleggelser, antall og rater per 100 000, etter fødeland for innvandregrupper med mer enn 7500 innbyggere i Norge, for perioden 21.feb 2020-30.juni 2021

	Antall bekræftede tilfeller	Bekreftede tilfeller per 100 000	Bekreftede tilfeller %	Antall innlagte	Innlagte per 100 000	Innlagte %	N
Innvandrere	40 568	4 665	4,67	2 309	266	0,27	869 600
Norskfødte eller utenlandsfødte uten innvandrebakgrunn	70 638	1 576	1,58	3 083	69	0,07	4 483 149
Norskfødte med innvandrebakgrunn	13 502	7 165	7,17	140	74	0,07	188 434
<i>Afghanistan</i>	1 651	9 100	9,1	90	496	0,5	18 143
<i>BA-XK-HR-ME-RS-SI</i>	2 145	5 387	5,39	133	334	0,33	39 821
<i>Bulgaria</i>	316	3 948	3,95	-	-	-	8 004
<i>Danmark</i>	346	1 580	1,58	26	119	0,12	21 893
<i>Eritrea</i>	2 222	9 135	9,14	86	354	0,35	24 323
<i>Etiopia</i>	742	8 037	8,04	41	444	0,44	9 232
<i>Filippinene</i>	700	2 815	2,81	53	213	0,21	24 870
<i>Finland</i>	104	1 365	1,37	8	105	0,11	7 617
<i>India</i>	614	3 694	3,69	49	295	0,29	16 623
<i>Irak</i>	2 558	10 678	10,68	190	793	0,79	23 956
<i>Iran</i>	1 093	5 554	5,55	81	412	0,41	19 680
<i>Island</i>	129	1 652	1,65	<5	-	-	7 808
<i>Kina</i>	99	957	0,96	<5	68	0,07	10 344
<i>Latvia</i>	226	1 824	1,82	7	57	0,06	12 388
<i>Litauen</i>	1 029	2 302	2,3	17	38	0,04	44 707
<i>Nederland</i>	131	1 449	1,45	<5	-	-	9 041
<i>Pakistan</i>	2 810	12 501	12,5	311	1 384	1,38	22 479
<i>Polen</i>	4 297	3 857	3,86	81	73	0,07	111 400
<i>Romania</i>	526	3 094	3,09	19	112	0,11	17 000
<i>Russland</i>	1 003	5 227	5,23	61	318	0,32	19 189
<i>Somalia</i>	3 514	12 018	12,02	227	776	0,78	29 240
<i>Spania</i>	228	2 731	2,73	<5	-	-	8 349
<i>Sri Lanka</i>	564	5 970	5,97	41	434	0,43	9 448
<i>Storbritannia</i>	293	1 636	1,64	13	73	0,07	17 912
<i>Sverige</i>	1 018	2 497	2,5	22	54	0,05	40 766
<i>Syria</i>	2 402	6 973	6,97	122	354	0,35	34 446
<i>Thailand</i>	541	2 412	2,41	35	156	0,16	22 429
<i>Tyrkia</i>	1 004	7 063	7,06	89	626	0,63	14 214
<i>Tyskland</i>	400	1 427	1,43	23	82	0,08	28 039
<i>USA</i>	166	1 323	1,32	7	56	0,06	12 544
<i>Vietnam</i>	515	3 483	3,48	60	406	0,41	14 785

Figur 1: Bekreftet smitte per 100 000, etter fødeland for innvandrergupper med mer enn 7500 innbyggere i Norge, for perioden 21.feb 2020-30.juni 2021



Figur 2: Påvist smitte per 100 000 over tid, for perioden februar 2020- 30. juni 2021 for norskfødte eller utenlandsfødte uten innvandrerbakgrunn, norskfødte med innvandrerbakgrunn og innvandrere, i Norge samlet, Oslo og Norge utenom Oslo.



Innleggelser

I perioden 21. februar 2020 til 30. juni 2021 har det vært til sammen 5532 bosatte personer (med fødselsnummer), som har vært innlagt på sykehus med covid-19. Av disse er litt under halvparten (2309) innvandrere eller norskfødte med innvandrerbakgrunn (140). De resterende 3 083 er uten innvandrerbakgrunn (Tabell 1).

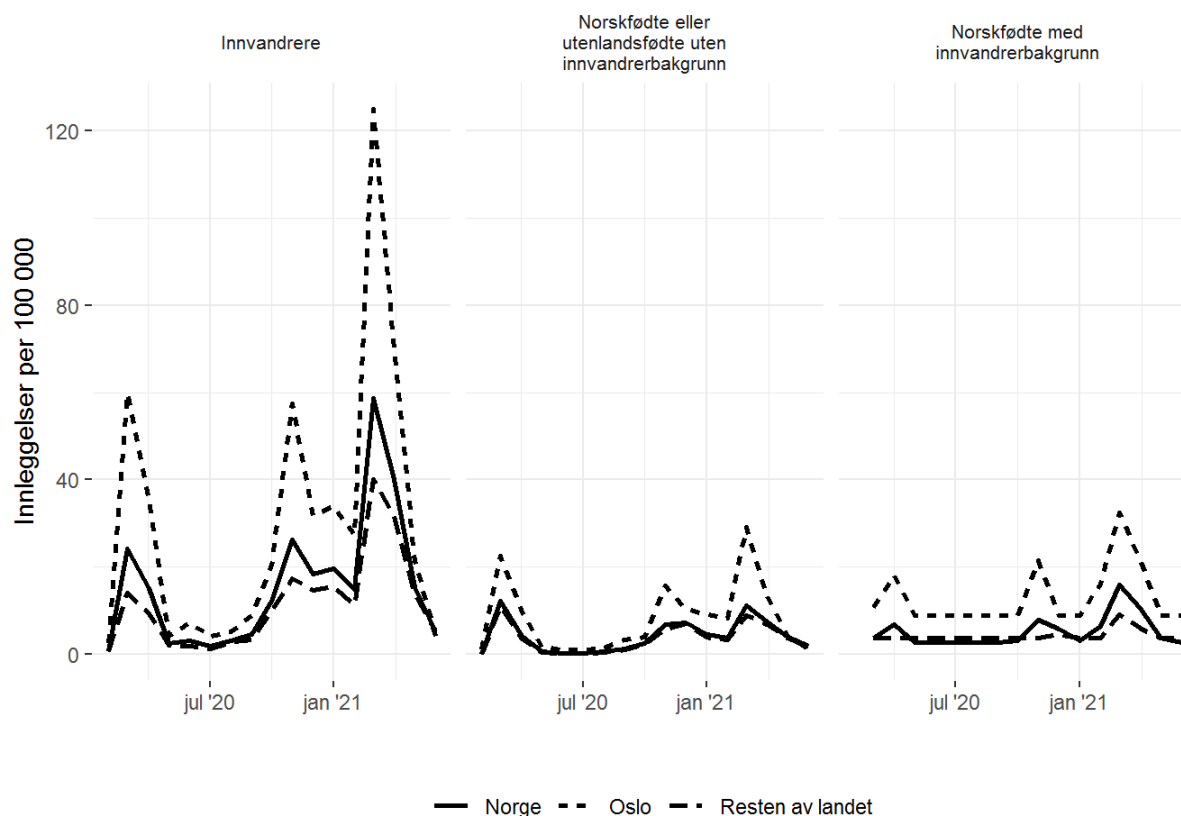
Blant alle innvandrere har 0,27% vært innlagt i denne perioden. For norskfødte eller utenlandsfødte uten innvandrerbakgrunn og for norskfødte med innvandrerbakgrunn har 0,07% vært innlagt. For innleggelser er det er betydelig variasjon mellom grupper (tabell 1).

Andelen av personer i gruppen som har vært innlagt med covid-19 har vært særlig høy blant personer med innvandrerbakgrunn fra Pakistan (1,38 %), Irak (0,79), Somalia (0,78 %), Tyrkia (0,63 %), Afghanistan (0,50 %), Etiopia (0,44 %), Sri Lanka (0,43 %), Iran (0,41 %) og Vietnam (0,41 %). Det er flere født i utlandet som har lavere andel innlagte enn for personer født i Norge. Dette gjelder USA, Litauen, Latvia, Sverige og Kina.

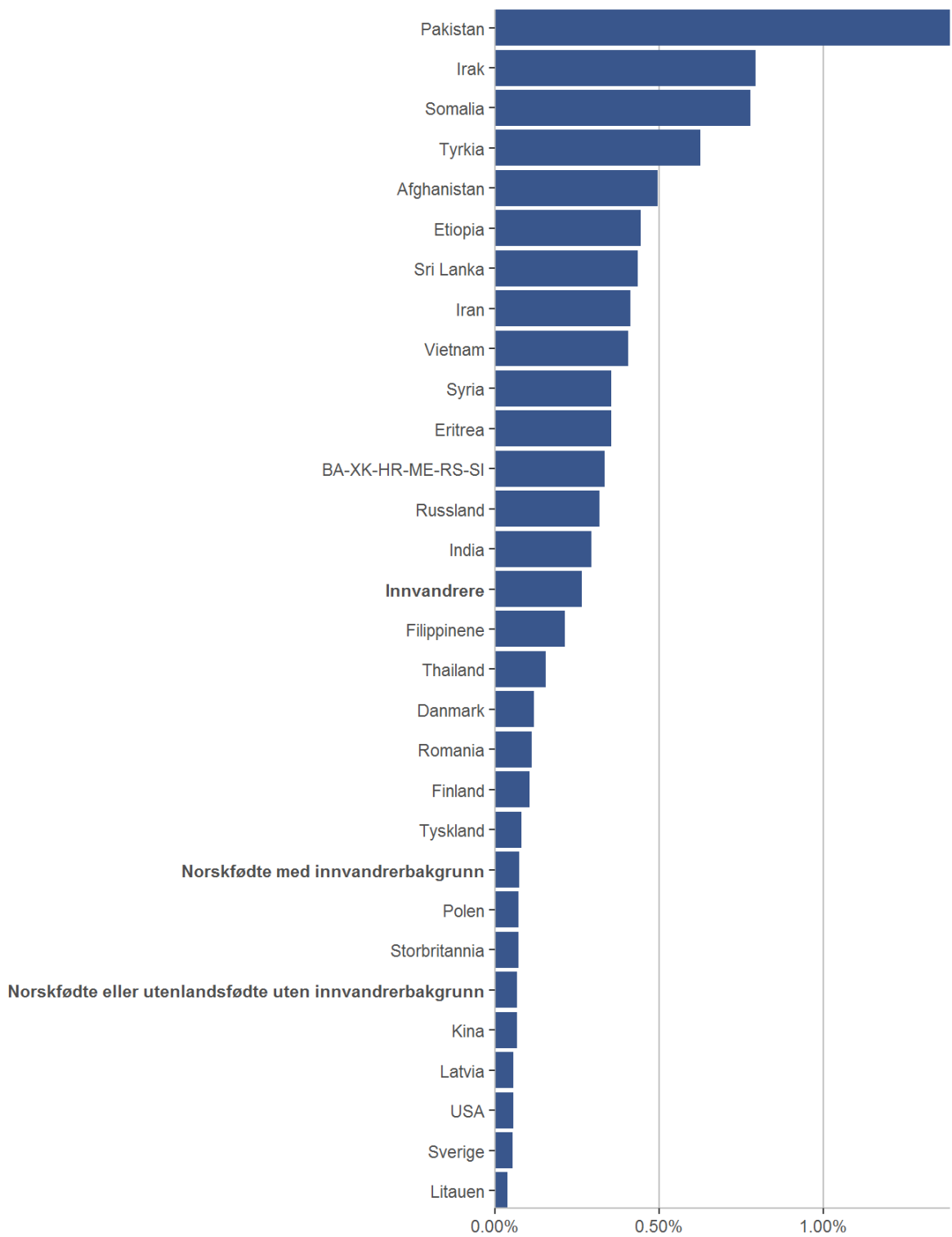
Figur 1 viser utviklingen over tid i innleggelser blant personer med og uten innvandrerbakgrunn. Denne viser høye innleggelsesandeler blant innvandrere, i alle bølgene.

En registerundersøkelse av gravide viste en noe forhøyet risiko for innleggelser, og at dette særlig gjaldt personer født utenfor Skandinavia (Magnus et al. 2021).

Figur 3: Innleggelser per 100 000 over tid 1. jan 2020- 30. juni 2021. Norskfødte eller utenlandsfødte uten innvandrerbakgrunn, norskfødte med innvandrerbakgrunn og innvandrere, i Norge samlet, Oslo og Norge utenom Oslo.



Figur 4: Innlagte per 100 000 etter fødeland for innvandregrupper med mer enn 5000 innbyggere i Norge, for perioden 21.feb 2020-30. juni 2021



Respirator og død

I et internasjonalt perspektiv er antallet døde og antallet som har fått pustestøtte (respirator) vært såpass lavt i Norge at de er lite egnet til å brukes for analyser knyttet til innvandrerbakgrunn og sosioøkonomi. Statistikken vi har gir likevel grunn til bekymring. Utenlandsfødte synes å være betydelig overrepresentert i statistikk over personer som har hatt behov for pustestøtte med respirator ([Indseth et al. 2021g](#), [Indseth et al. 2021c](#), [Telle et al. 2021](#)).

Tallene for døde er noe lavere blant innvandrere sett under ett sammenliknet med befolkningen for øvrig. Dersom vi deler innvandrere inn etter alder og hvilken verdensdel de er født i, ser vi en tydelig overrepresentasjon blant dem født i Afrika eller Asia (Tabell 2). Innvandrere fra Afrika har hatt seks ganger, og innvandrere fra Asia 3,6 ganger så mange dødsfall i gruppen 60 og eldre sammenliknet med ikke-innvandrere. Innvandrere synes også å ha økt risiko for død og respirator blant de innlagte (Telle et al. 2021).

Tabell 2: Covid-19 relatert død etter fødeland (verdensdel) mars 2020-mai 2021

Bakgrunn	Aldersgruppe	N	Antall døde	Antall døde per 100 000
Ikke-innvandrere	0-44	2 518 064	*	N/A
Ikke-innvandrere	45-60	897 104	23	3
Ikke-innvandrere	60 +	1 259 831	588	47
Bakgrunn fra Afrika	0-44	71 363	*	N/A
Bakgrunn fra Afrika	45-60	21 241	*	N/A
Bakgrunn fra Afrika	60 +	6 739	20	297
Bakgrunn fra Amerika eller Oseania	0-44	21 006	*	N/A
Bakgrunn fra Amerika eller Oseania	45-60	10 228	*	N/A
Bakgrunn fra Amerika eller Oseania	60 +	7 060	*	N/A
Bakgrunn fra Asia	0-44	147 794	*	N/A
Bakgrunn fra Asia	45-60	57 651	*	N/A
Bakgrunn fra Asia	60 +	26 521	45	170
Bakgrunn fra Europa	0-44	252 181	*	N/A
Bakgrunn fra Europa	45-60	109 619	*	N/A
Bakgrunn fra Europa	60 +	57 007	30	53

Note: * indikerer at det er færre enn 5 personer

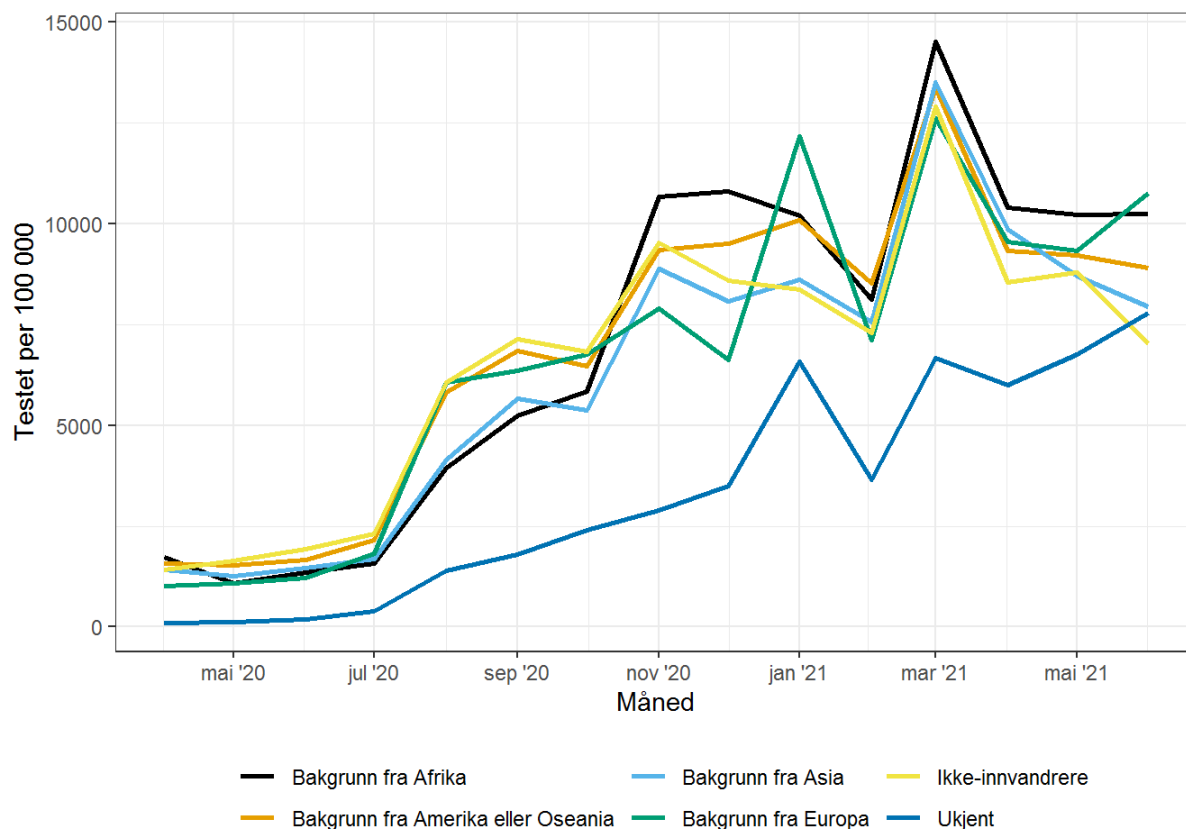
Testing

Om lag 51 % av befolkningen i Norge har testet seg minst en gang i perioden 1. april 2020 – 30. juni 2021. Andelen som hadde testet seg blant innvandrere var 50,4%, blant personer uten innvandrerbakgrunn var den 51,3 % og blant norskfødte med innvandrerbakgrunn var den 55,1 %.

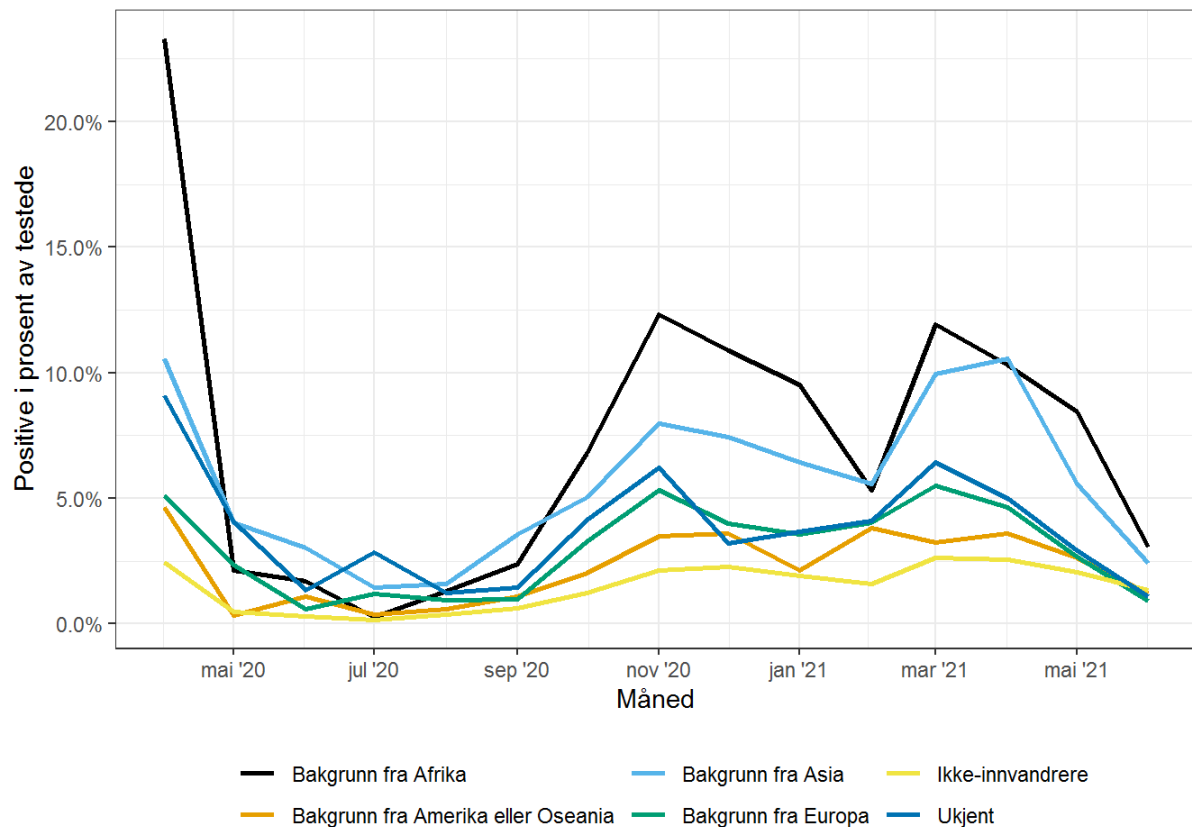
Det er en viss variasjon mellom grupper fra de ulike fødelandene. Det har vært en betydelig endring over tid. I perioden frem til senhøsten 2020 var det personer uten innvandrerbakgrunn som testet seg mest. Dette endret seg gradvis i løpet av november og desember 2020 (figur 5). Om vi deler opp befolkningen i fem kategorier ser vi at siden januar 2021 har ikke-innvandrere testet seg mer enn innvandrere. Norskfødte med utenlandsfødte foreldre har jevnt over ligget høyt på andelen som tester seg og andelen av de som tester seg som tester positivt (Indseth et al. 2021e).

Andelen blant de testede som har testet positivt har variert betydelig mellom grupper og over tid. I enkelte grupper har vi observert vedvarende høye andeler av testede som tester positivt også over tid, og der det kun i kortere perioder har vært lave andeler (se FHIs ukesrapporter). Dette er sammenfallende med de landene som har ligget høyt på statistikken over påvist smitte og innleggelses (figur 6). Høye andeler positive blant de testede er en indikasjon på at det er noe mindre testing enn det burde være, og det kan indikere noe høyere grad av uoppdaget smitte og smittekjeder som ikke blir brutt.

Figur 5: Prosentandelen som har testet seg minst en gang etter innvandrerbakgrunn, perioden 1. april 2020-30. juni 2021.



Figur 6: Prosentandelen av de som har testet seg som har testet positivt, etter innvandrerbakgrunn (verdensdel) per måned, perioden 1. april 2020-30. juni 2021.



Internasjonalt: Smitte, innleggelse og død blant innvandrere og etniske minoriteter

Å sammenlikne tall for smitte, innleggelser, respirator og død blant innvandrere og etniske minoriteter på tvers av land er svært utfordrende. Det er betydelige forskjeller på hvilke grupper som bor i hvilke land og hvor lenge de har bodd i landet. Forskjeller mellom landenes systemer for integrering, velferd og helse kan ha vesentlig betydning. Det er også betydelige forskjeller i hvordan informasjon om fødeland og eller etnisitet blir samlet inn og registrert. På toppen av dette kommer også at det under pandemien er store forskjeller i test- og tiltaksregimer. Tall og funn fra andre land lar seg derfor ikke enkelt overføre til Norge. Selv om vi ser betydelige forskjeller mellom land, er det et gjennomgående mønster at innvandrere og etniske minoriteter er overrepresentert. Overrepresentasjonen gjelder for en del grupper også etter justering for sosioøkonomiske forhold og medisinsk risiko (Lauvrak et al. 2020, Vist et al. 2021, Mathur et al. 2021).

Utenlandsreiser og smitte

Datagrunnlaget for smitte i forbindelse med utenlandsreiser er svært mangelfullt. Det fantes ikke data som kunne sammenstilles for å gi informasjon om fødeland, avreiseland og testing i forbindelse med innreise før innreiseregisteret kom på plass og data fra dette ble inkorporert i Beredt C-19. Dette skjedde i mars 2021.

FHI har derfor ikke data som gjør det mulig å analysere betydningen av innreise for perioden mars 2020-mars 2021. De dataene vi faktisk har (fra mars 2021 og utover) har også betydelige svakheter og mangler, noe som gjør det vanskelig å trekke tydelige konklusjoner. Mer detaljert redegjørelse for svakhetene i datagrunnlaget er beskrevet i Elgersma et al. 2021 som inngår i denne rapporten. Resultatene det henvises til nedenfor må derfor tolkes med betydelig grad av varsomhet.

Tabell 3 viser at for de første ukene vi har data fra, er det en høy andel av de innreisende som tester positivt i løpet av 10 dager etter innreise. Det er viktig å påpeke at denne testingen, i motsetning til øvrig testing, ikke er symptom- eller nærkontaktbasert og derfor er å anse som screening-testing.

Prosentandelen som tester positivt i første periode må derfor ansees å være svært høy, særlig blant innreisende fra Asia der over 5% av innreisende testet positivt. Til sammenlikning har tall fra andre screening-testinger i Norge ligget på om lag 0,2 prosent. Selv om andelen som har testet positivt etter innreise, er høy, er det viktig å påpeke at det ikke er snakk om veldig mange individer. Vi vet ikke om andelen smittede etter innreise var tilsvarende høy i perioden før uke 11 2021.

Det er et tydelig sammenfall mellom avreiseland og fødelandsbakgrunn for flere av avreiselandene der det har vært høye andeler som tester positivt etter 10 dager (Elgersma et al. 2021). Som vi ser i tabellen har det vært en tydelig nedgang i andelen som tester positivt etter ti dager.

Antall registrerte innreisende med F- eller D-nummer synes å ha vært ganske stabilt, men vi observerer en markant nedgang i innreiser fra enkelte land, blant annet Tyrkia og Pakistan (Elgersma et al. 2021). I Elgersma et al. 2021 fremgår det også at for perioden vi har data fra kan det synes som om det har vært noe hyppigere reiseaktivitet blant utenlandsfødte og at dette i særdeleshet gjelder reiseaktiviteten til høyendemiske eller antatt høyendemiske land.

Tabell 3: Antall påviste tilfeller innen 10 dager etter innreise etter avreiseregion, og prosentandel av registrerte innreisende med F- eller D-nummer som testet positivt i parentes. Uketallet angir kun omtrentlig datoperiode. I de første ukene var det enkelte mindre datoforskyvninger grunnet tekniske utfordringer. For eksakte datoer, se gjeldende ukesrapporter (FHIs ukesrapporter).

Avreiseregion	Uke 11	Uke 12	Uke 13	Uke 14	Uke 15	Uke 16	Uke 17	Uke 18	Uke 19	Uke 20
Europa	106 (1,3%)	88 (1,0%)	108 (1,2%)	107 (1,2%)	82 (1,0%)	59 (0,7%)	51 (0,6%)	46 (0,6%)	31 (0,4%)	34 (0,4%)
Asia	34 (5,3%)	44 (6,3%)	43 (5,5%)	37 (6,5%)	36 (6,8%)	21 (4,4%)	12 (2,9%)	9 (2,4%)	5 (1,7%)	10 (3,4%)
Afrika	9 (2,7%)	9 (3,2%)	13 (4,2%)	2 (1,2%)	6 (4,7%)	3 (2,3%)	3 (1,9%)	0	0	1 (0,3%)
Resten	<5	3 (1,0%)	6 (1,8%)	1 (0,5%)	3 (1,4%)	2 (0,9%)	5 (1,8%)	0	1 (0,3%)	2 (1,0%)

Hvordan sitere dette kapittelet:

Indseth T, Elgersma I, Strand BH, Telle K, Hernæs K, Arnesen T (2021). Kapittel 2: Covid-19: Påvist smitte, testing, innleggelse, død, og reiseaktivitet blant innvandrere i Norge, perioden fra februar 2020 til mai 2021, i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Kapittel 3

Mulige forklaringer på overrepresentasjon i påvist smitte og innleggelser

Av Thor Indseth, Kjetil Telle, Angela Labberton, Marte Kjøllesdal, Rojan Tordhol Ezzati, Abdi Gele, Naima Said Sheikh, Fredrik Methi, Jennifer R. Harris og Trude Arnesen, Folkehelseinstituttet

Dette er en bearbeidet og oppdatert versjon av tekst som tidligere har vært publisert i delrapport 1

I Norge har personer født utenfor Norge vært overrepresentert både med hensyn til påvist smitte og innleggelser (Indseth et al. 2021b, Elgersma et al. 2021a). Det har også vært betydelig høyere andel smittede blant norskfødte som har utenlandsfødte foreldre enn blant norskfødte med norskfødte foreldre. Dette er nærmere beskrevet og redegjort for i kapittel 2.

Forklaringene på hvorfor enkelte grupper er hardere rammet i form av smitte, innleggelse og død er sammensatte og komplekse. I det følgende vil vi ta opp, diskutere og vurdere kort de forholdene vi til nå har studert og mener kan være mulige delforklaringer. Dette vil ikke gi en fullstendig oversikt da det kan være flere forhold som vi hittil ikke har data for eller der dataene eller undersøkelsene vi har er usikre.

Vurderingene gjort i dette kapittelet bygger på de registeranalysene og spørreundersøkelser som er utarbeidet ved Folkehelseinstituttet (FHI) under pandemien og som tidligere har vært publisert i form av rapporter eller artikler, herunder diskusjoner i disse rapportene og artiklene som er basert på annen litteratur. Vurderingene bygger også på det som har fremkommet i de kvalitative intervjuene som denne rapporten bygger på, og som er nærmere beskrevet i Ezzati 2021, Sheikh et al. 2021, Brekke 2021a og Hussaini et al. 2021, registerstudiene beskrevet i Godøy et al. 2021 og Elgersma et al. 2021b, intervensjonsstudiene beskrevet i Fretheim et al. 2021 og matematisk modellering beskrevet i Rø og Engebretsen 2021.

Av mulige forklaringer har vi identifisert 14 fenomener og forhold som vi har valgt å gå nærmere inn på. Rekkefølgen er ikke uttrykk for noen prioritering av viktighet. Dette er betydningen av forskjeller i: 1. Sosiale miljøer, 2. Smittevernaterferd og etterlevelse av råd, 3. Internasjonale reiser, 4. Bostedskommune, 4. Alderssammensetning, 5. Medisinske risikogrupper 6. Sosioøkonomiske forhold, yrke, husholdningsinntekt og utdanning, 7. Familiestørrelse og trangboddhet, 8. Genetiske forhold, 9. Språkferdigheter, oversettelser og bruk av tolk, 10. Digital kompetanse, 11. Referanseramme, tilhørighet og mediebruk, 12. Forhold som kan komplisere forebyggende arbeid og medføre forsinkelser i TISK-strategien, 13. Akkumulert sårbarhet og 14. Tilfeldigheter.

Sosiale miljøer

Eksponering for virus er den eneste måten man kan bli smittet på. Å befinne seg i et sosialt eller fysisk miljø der det er smitte er derfor en nødvendig betingelse. Dersom ikke denne betingelsen er oppfylt, vil man ikke smittes, uansett atferd. Dette innebærer at personer i sosiale miljøer uten

sirkulerende smitte ikke vil eksponeres uansett atferd, mens personer i miljøer med mye sirkulerende smitte har større risiko for å eksponeres til tross for at de følger alle smittevernregler.

Hvilket sosialt miljø du er en del av har derfor stor betydning for smitterisiko. Under pandemien ble alle oppfordret til å begrense sine sosiale kontakter. Rådene varierte noe i omfang og varighet både geografisk og tidsmessig, men hovedbudskapet var å begrense kontakten til sine nærmeste.

Hvem som utgjør ens nærmeste vil variere, men for mange vil det være nær familie og slekt. Fordi nær familie og slekt ofte vil være personer med samme landbakgrunn som en selv, vil omgangskrets under en pandemi ofte følge landbakgrunn. Dette vil forsterkes i perioder med sterke restriksjonene på sosial omgang.

Sammensetningen av sosiale miljøer og forbindelsene mellom disse basert på felles landbakgrunn kan ha hatt stor betydning på overrepresentasjonen i enkelte grupper. Dersom andre forhold har ført til en viss forhøyet risiko i et miljø, vil denne forhøyede risikoen kunne forsterkes ved at miljøet primært har kontakt innad og lite utad. Smitten spres dermed innenfor gruppa, men ikke utenfor. For innvandrergupper med lite kontakt med personer utenfor egen gruppe, vil det bety mye smitte blant personer med samme landbakgrunn. Liknende mønstre har blitt observert i for eksempel lukkede bedehusmiljøer.

Det er viktig å påpeke at fordi covid-19 er en smittsom sykdom, så kan relativt små forskjeller i atferd gi betydelige forskjeller i smitterater. Vi har forsøkt å beregne mulig betydning av forskjeller i atferd gjennom modellering. Modellering fra FHI har sannsynliggjort at en begrenset forskjell på mellom 25-75 % i eksponering kan gi smitterater på opptil 10 ganger høyere smitte (altså 1000 % økning) dersom gruppene primært har kontakt med hverandre og har lite kontakt utad (Rø og Engebretsen 2021). Modellene er teoretiske og ment til å illustrere hvordan smittsomme sykdommer spres og beskriver ikke direkte situasjonen i Norge. Men de illustrerer at det ikke er nødvendig med store forskjeller i atferd for å forklare overrepresentasjonen i smitterater.

Forskjeller i smittevernatferd og etterlevelse av råd

Når vi vurderer forskjeller i smittevernatferd og etterlevelse som mulige årsaker til forskjeller i smitte, er det viktig å huske at én type adferd kan både ha beskyttende og risikøkende komponenter avhengig av situasjon og samspillet med andre risikofaktorer og beskyttende faktorer. At minoriteter begrenser sosial kontakt til personer i samme gruppe, som nevnt over, er et eksempel på dette. I utgangspunktet kan dette ha en sterk beskyttende effekt i forhold til å få smitte inn i gruppa, men dersom smitten først er kommet inn, vil en slik gruppeatferd snu fra å være beskyttende til å bli risikofremmende.

På samme måte kan visse grupper tradisjon for muntlig formidling av informasjon både ha en beskyttende effekt ved at viktig informasjon sprer seg lettere, og samtidig en risikøkende effekt ved at folk oppsøker hverandre hyppigere. Og en gruppenorm der smitte er sterkt stigmatisert, kan ha beskyttende effekt ved at de som slutter seg til disse normene tar sterkere forholdsregler og mindre risiko, samtidig som stigmatiseringen rundt smitte kan bidra til at personer lar være å teste seg eller lar være å informere nærkontakter om at de er smittet.

Etterlevelse av smittevernråd er derfor langt fra den eneste atferdsrelaterte faktoren som påvirker smitterisiko for en gruppe. Slik sett er det selvsagt ikke nødvendigvis en motsetning mellom høy grad av etterlevelse av smittevernråd i en gruppe og at det samtidig er atferdsmønstre som gir økt risiko for gruppa som helhet.

Høy grad av etterlevelse av smittevernråd, slik empirien fra blant annet spørreundersøkelsene indikerer (Aarø et al. 2021), betyr ikke det samme som at forskjeller i atferd på gruppenivå ikke kan bidra til å forklare forskjeller i smitte. Å kun se på forskjeller i intensjonsbetinget atferd (som for eksempel å vaske hendene eller utsette bryllupsplaner) vil derfor være en overforenkling når vi analyserer hvordan viruset sprer seg ulikt i ulike populasjoner. For eksempel vil forskjeller i kontakt på tvers av generasjoner kunne ha betydning for innleggelsesrater i en gruppe, selv om den sosiale kontakten er innenfor myndighetenes smittevernråd.

Vi vet at holdninger, motivasjon og praktiske forhold henger sammen. For eksempel kan utfordringer med digitale løsninger eller manglende Bank-ID påvirke motivasjonen for å teste seg eller ei i en gitt situasjon. Det samme gjelder aspekter ved tilbudets tilgjengelighet, slik som fysisk nærhet, mulighet for barnepass eller å finne ut av hvor teststasjonen er.

Spørreundersøkelser viser liten forskjell i selvrapportert smittevernsadferd (Aarø et al. 2021), men vårt intervjumateriale indikerer betydelig risiko for misforståelser, eller treghet i når nye råd blir oppfattet (Hussaini et al. 2021, Ezzati og Hussaini 2021, Ezzati 2021, Brekke 2021a og Sheikh et al. 2021).

Når vi analyserer registerdata for smitteutvikling før og etter innføring av lokale tiltak, kan det synes som om innvandrere og ikke-innvandrere har hatt omtrent samme nytte av tiltak innført på kommunalt nivå, med en tilsvarende nedgang i begge grupper (Godøy et al. 2021). Dette indikerer etterlevelse av lokale råd blant både innvandrere og ikke-innvandrere.

Vår samlede vurdering er at viljen til etterlevelse synes å ha vært høy, men det har vært systematiske forskjeller i forståelsen av råd og regler. Dette kan ha ført til svakere reell etterlevelse særlig blant personer med svak tilknytning til det norske samfunnet.

Internasjonale reiser

Det er rimelig å anta at innvandrere i gjennomsnitt har et noe større behov for å gjennomføre en nødvendig reise knyttet til for eksempel begravelser til et høyendemisk land (land med høyt smittetrykk) enn det den øvrige befolkningen har. Dette skyldes at det vil være vanligere for innvandrere å ha tett forbindelse til ett eller flere andre land gjennom slektskap og vennskap, men også jobb-, nærings- og eiendomsforbindelser. Statistikken vi har tilgang til for utenlandsreiser er svak og kun for perioden etter reisebegrensningene ble intensivert. Det er derfor vanskelig å vite hvor mye forskjellen i reiseaktivitet har betydd for forskjellen i smitte og innleggelser blant innvandrere i Norge.

En kompliserende faktor når vi skal vurdere betydningen av utenlandsreiser for smitte er at en del innvandrere, og særlig dem med flyktningbakgrunn, vil ha slektninger ikke bare i landet de utvandret fra, men også i andre land som slektninger har innvandret til. Høy grad av endogami (giftemål innad i egen etnisk gruppe) har gjort det vanligere å ha familie og svigerfamilie i andre land enn opprinnelseslandet og eget bostedsland. Dette bidrar til større grad av transnasjonale liv der slekt

og vennsforbindelser strekker seg over flere landegrensener. Det er rimelig å anta at antallet tette transnasjonale forbindelser (slekt- og vennsforbindelser over landegrensener) gir et større behov og motivasjon for utenlandsreiser blant innvandrere sammenliknet med ikke-innvandrere, også under en pandemi. Dersom disse reisene er til land med høyere smittetrykk og reisene i større grad innebærer kontakt med lokalbefolkningen, kan dette ha bidratt til høyere smitte i innvandrerbefolkningene sammenliknet med befolkningen for øvrig.

Statistikk over reiseaktivitet og andelen som har testet positivt etter innreise, samt de analysene FHI har gjort på dette, gir noe empirisk støtte til slike resonnementer (FHIs ukesrapporter og Elgersma et al. 2021b).

Bostedskommune

Hvilken kommune eller bydel man bor i har stor betydning for hvilket smitemiljø man eksponeres for. Dette kan ha en selvforsterkende effekt ved at det blir verre der det allerede er ille. At innvandrere bor i de områdene som har vært hardest rammet er derfor en av mange delforklaringer på hvorfor innvandrere har vært hardere rammet enn ikke-innvandrere. Overrepresentasjonen i påvist smitte blant innvandrere reduseres med om lag en femtedel når vi justerer for bostedskommune/bydel. For innleggelser er reduksjonen noe mindre (Indseth et al. 2021b). Hvor de ulike gruppene bor, må derfor ansees som en av de viktigste enkeltforklaringene på overrepresentasjonen av det vi hittil kjenner til. Likevel er det bare en beskjeden del som forklares av dette forholdet.

Alderssammensetning

Den viktigste risikofaktoren for å utvikle alvorlige komplikasjoner som følge av covid-19 er høy alder og underliggende sykdom (Himmels et al. 2021). Vi vet at innvandrerbefolkningene i Norge har en alderssammensetning som skiller dem sterkt fra befolkningen for øvrig. Det er store variasjoner mellom grupper, men sett under ett er innvandrerbefolkningen i Norge en ung befolkning, og det er svært få personer i de øverste alderssjiktene, dvs. 85+ (Indseth et al. 2020a). Vi skulle derfor forvente en betydelig underrepresentasjon i innleggelser og død blant innvandrere i Norge. Å beregne betydningen av alder er likevel ikke en helt rett-ram øvelse når vi tar hensyn til alderssammensetningen på gruppenivå. Smitterisikoen er høyere blant yngre (FHIs ukesrapporter). Det innebærer at eldre personer i en gruppe der det er mange unge og få eldre, kan være mer utsatt for smitte enn det eldre i andre grupper er. Slik sett kan den reelle risikoen for å bli innlagt med covid-relaterte komplikasjoner være større hos 70-åringer fra en gruppe som omfatter flere unge, enn for 80-åringer i en gruppe der det er få unge – rett og slett fordi 70-åringen i dette tilfellet er mer eksponert for smitte. Mer kontakt på tvers av generasjoner forsterker dette.

Medisinske risikogrupper

Det er flere medisinske forhold som kan gi økt risiko for utvikling av alvorlig covid-19, blant annet diabetes og kreft (Folkehelseinstituttet 2020). FHI har undersøkt i hvilken grad forskjeller i medisinske risikogrupper kan forklare observerte forskjeller i innleggelsesrater. Funnene viser at forskjeller i diagnostisert medisinsk risiko i svært liten grad kan forklare forskjellene i innleggelsesrater mellom innvandrere og andre nordmenn (Indseth et al. 2021b). Dette er ikke overraskende når vi vet at innvandrerbefolkningen sett under ett (og ikke justert for alder) har betydelig lavere forekomst av de medisinske tilstandene som gir økt risiko for alvorlig covid-19.

Sosioøkonomiske forhold

Sosioøkonomiske forhold har betydning for covid-19 smitte. Sosioøkonomiske forhold som gir økt risiko inkluderer lav husholdningsinntekt, lav utdanning, yrker som på ulike måter fører til mye kontakt med andre mennesker og trangbodhet. I befolkningen generelt er det vist en moderat tendens til overrepresentasjon av covid-19 blant personer med lav inntekt og lav utdanning (Kraft et al. 2021). Mange innvandrere lever under mindre gunstige sosioøkonomiske forhold enn befolkningen ellers. Målbare forskjeller i sosioøkonomiske forhold på individnivå forklarer likevel kun en beskjeden del av de forskjellene i påvist smitte som vi observerer mellom ulike innvandrergupper og personer født i Norge (12%). For innleggelses er betydningen enda mindre (3%) (Indseth et al. 2021b).

Analyser på gruppenivå peker i samme retning, nemlig at sosioøkonomiske forhold forklarer noe, men langt fra hele forskjellen (Kjøllesdal et al. 2021b). I analyser som spesifikt har sett på betydningen av yrke, synes det som om forskjeller i yrke ikke er en faktor som forklarer overrepresentasjon, og at yrke nok er av mindre betydning (Kjøllesdal et al. 2021a).

At sosioøkonomiske forhold har en viss betydning, men at det i liten grad forklarer forskjeller mellom innvandrergupper og mellom innvandrere og ikke innvandrere er også funnet fra Danmark (Statens serum institutt 2021).

Fra tidligere forskning vet vi at sosioøkonomisk posisjon kan påvirke helse gjennom en serie av mekanismer, for eksempel fordelaktige sosiale forbindelser, makt, prestisje, kunnskap og tilgang på ressurser (Phelan et al. 2010). At migrasjonsrelaterte faktorer synes å ha større betydning i vårt materiale kan bety at forhold relatert til migrasjon påvirker disse forholdene i større grad enn det sosioøkonomisk posisjon gjør. At migrasjonsrelaterte forhold kan ha stor betydning for helse er ikke et ukjent fenomen og er redegjort for i blant annet Bophal 2014, Aabø 2021 og Kumar & Diaz (red.) 2019.

I intervjumaterialet er det mange informanter som legger vekt på sosioøkonomiske forhold og at lav inntekt for eksempel kan ha ført til mindre bruk av munnbind eller et høyere press for å gå på jobb tross symptomer (Sheikh et al 2021).

Det kan tyde på at opplevelsen av disse forholdenes betydning kanskje har vært større enn det de i realiteten har vært. Intervjumaterialet viser nemlig at alternative strategier har blitt benyttet og at mange har funnet løsninger til tross for barrierene. Dette indikerer at mange i sosialt mer utsatte posisjoner har opplevd situasjoner der etterlevelse er svært utfordrende, men at de også har gjort en hel del for å kompensere for dette, og slik sett har etterlevd råd til tross for at dette har kostet dem mer (i form av innsats, viljestyrke og relativ økonomisk utgift).

Et forhold som ikke er studert, er betydningen av det irregulære- eller på grensen til irregulære arbeidsmarkedet. Det ligger i sakens natur at det finnes lite god statistikk på dette området. Det er likevel mye som tyder på at dette er utbredt, at det gjelder flere næringer og at innvandrere er ekstra utsatt (Hasås 2021). Vi vet ikke hvordan dette har påvirket smitteutbredelsen i Norge og i hvilken grad det eventuelt forklarer noe av overrepresentasjonen i enkelte grupper. Det er nærliggende å tenke at dette har betydning. Hvis man ikke er med i folketrygden vil man ikke få sykepenger i karantene eller isolasjonstid. Det vil da være betydelig økonomisk kostnad forbundet med å få påvist smitte, eller at ens nærkontakter får det. I vårt intervjumateriale fremkommer det beskrivelser som

viser hvordan forhold som preger det irregulære arbeidsmarkedet kan ha påvirket smittevernsadferd og smittesporing (Sheikh et al. 2021, Brekke 2021a).

Familiestørrelse og trangboddhet

En annen forklaringsfaktor som har blitt fremhevet er familiestørrelse og trangboddhet.

I Norge bor det i snitt flere personer i husholdninger med minst én utenlandsfødt (3.2) sammenlignet med husholdninger med kun norskfødte (2.8) (Methi et al. 2021). Under store deler av pandemien har folk tilbragt mer tid i hjemmene sine med påbud om hjemmekontor, hjemmeskole og nedstengning av kultur- og aktivitetstilbud. Ved smitte har de norske retningslinjene vært tydelige på at man skal isoleres i eget hjem og ha så lite kontakt som mulig med resten av husholdningen. Dette er naturligvis mer utfordrende i trangbodde husholdninger og husholdninger med mange personer.

Vi har tilnærmet oss denne problemstillingen med to undersøkelser. Den første var en analyse av påvist smitte og innleggelse etter fødeland justert etter dikotomien trangbodd versus ikke-trangbodd. I denne analysen synes trangboddhet å ha svært lite betydning som forklaring på overrepresentasjonen blant innvandrere (Indseth et. al. 2021b).

I den andre tilnærmingen undersøkte vi alle husholdninger med minst én person smittet i Norge, og finner at andelen av resten av husholdningen som ble smittet innen 14 dager etter at den første personen ble smittet, er betydelig høyere for husholdninger med utenlandsfødte (32%) sammenlignet med husholdninger med kun norskfødte (20%) (Methi et al. 2021).

For husholdninger med personer født i Syria (40%), Irak (39%), Tyrkia (39%) og Pakistan (39%) er andelen nesten det dobbelte av hva den er for husholdninger med kun norskfødte. Denne overrepresentasjonen faller lite etter at vi justerer for alder, kjønn, husholdningskarakteristikk (antall medlemmer og generasjonsbolig) og geografisk beliggenhet. Dette til tross for at 9.1% av pakistanske hushold er generasjonsboliger (det vil si, inkluderer personer over 60 år og under 20 år) i motsetning til kun 1.7% av husholdningene med kun norskfødte og 2.1% av alle husholdningene (Methi et al. 2021).

Med andre ord bekrefter dette at smitten brer seg mer i hjem med innvandrere, og at dette ikke kun kan tilskrives at det er flere medlemmer i husstanden, alder, kjønn, at innvandrere bor i mer smitteutsatte områder eller at de oftere bor i generasjonsboliger.

Hushold kan være sammensatt og organisert annerledes enn det som er registrert. Visse fenomener kan være mer utbredt i innvandremiljøer enn blant befolkningen for øvrig. Eksempler på dette kan være at slektninger utenfor kjernefamilien bor permanent eller semi-permanent i et hushold selv om de ikke er registrert der, eller at personer uten lovlig opphold bor sammen med sine slektninger. Våre registeranalyser fanger ikke opp betydningen av slike forhold.

Vår vurdering er derfor at antallet som bor i et hushold og trangboddhet kun har vært en moderat faktor som forklaring på forskjellene mellom innvandrere og ikke-innvandrere.

I Intervjuundersøkelsene våre er boform, boligstørrelse og familiestørrelse et tema mange tar opp. Det kan synes som om betydningen av antall personer i et hushold og trangboddhet tillegges mer betydning for å forklare forskjellen enn det tallene viser. Dette gjelder særlig blant representanter fra

innvandrerbefolkningene der mange vektlegger slike forhold sterkt når de vurderer ulike årsaker (Sheikh et al 2021).

Det er i denne sammenheng viktig å påpeke at trangboddhet synes å ha en betydning for smitte, men den forklarer altså ikke forskjellen, dette kan best illustreres ved at for eksempel norskfødte som bor trangt har lang mindre smitte enn utenlandsfødte som ikke bor trangt, selv om trangbodde er overrepresentert i alle grupper (Indseth et a. 2021b).

Genetiske forhold

Vi vet at genetiske faktorer påvirker individets mottakelighet for infeksjoner og sykdomsprogresjon (Chapman & Hill, 2012), og dette er også tilfelle for covid-19. Forskning per i dag har identifisert genetiske varianter eller genetiske regioner som er assosiert med mottakelighet og alvorlighetsgrad av covid-19 (Di Maria et al., 2020; Downes et al., 2021; Elhabyan et al., 2020; Ellinghaus et al., 2020; Fricke-Galindo & Falfán-Valencia, 2021; Initiative & Ganna, 2021; Pairo-Castineira et al., 2021; Shelton et al., 2021; Zhao et al., 2020). Blant disse er først og fremst gener som medierer immunresponsen og inflammatoriske prosesser, gener som påvirker hvor lett viruset kan binde seg til ACE2-reseptoren for å trenge inn i vertscellene, og gener som påvirker blodtype. Dersom forekomsten av disse genene varierer mellom ulike befolkningsgrupper, kan dette bidra til å forklare hvorfor etniske forskjeller vedvarer selv etter at kjente sosiale og atferdsmessige risikofaktorer er tatt i betraktning. En stor utfordring er imidlertid at de biologiske dataene som benyttes for denne forskningen, så langt ikke har en bred nok sammensetning til å gjøre gode analyser av hvordan genetiske forhold innvirker ulikt i ulike befolkningsgrupper.

Et av de mest robuste funnene fra genetiske studier på covid-19 assosierer en region på kromosom 3 med økt risiko for alvorlig sykdom (Ellinghaus et al., 2020; Initiative & Ganna, 2021; Pairo-Castineira et al., 2021; Shelton et al., 2021). Dette er en genrik region som inneholder en klynge av tett koblede gener, noe som betyr at de vanligvis arves sammen i en DNA-blokk kalt en haplotype. Hver kopi av denne haplotypen fordobler omtrent risikoen for at bæreren av den haplotypen vil trenge intensivbehandling hvis den får covid-19 (Ellinghaus et al., 2020; Pairo-Castineira et al., 2021; Zeberg & Pääbo, 2020). Frekvensen av den haplotypen varierer betydelig mellom populasjoner. 50 % av befolkningen i Sør-Asia bærer denne haplotypen, og til sammenlikning har bare 16 % av befolkningen i Europa den samme. Den er nesten fraværende i østasiatiske og afrikanske populasjoner (Zeberg & Pääbo, 2020). Til tross for at denne haplotypen nesten ikke finnes blant de med afrikansk opphav, er covid-19-dødeligheten blant personer med bakgrunn fra Afrika høy. Dette viser at påvirkningen fra spesifikke genetiske risikofaktorer vil variere fra populasjon til populasjon. En annen studie har også funnet en annen haplotype på kromosom 12 med beskyttende assosiasjon. Denne finner man blant om lag halvparten av befolkningen i Eurasia og Nord- og Sør-Amerika (Zeberg & Pääbo, 2021).

For å kunne beregne betydningen av genetiske faktorer er det viktig at forskningen ikke bare finner assosiasjoner, men at en også kan sannsynliggjøre kausaleffekter. Ny teknologi har gjort det mulig å identifisere et gen på kromosom 3 som påvirker responssystemet i lungene. Dette kan være en mulig mekanisme for en kausal sammenheng, som vil kunne forklare at bærerne av risikohaplotypen har en dobbelt så høy risiko for respirasjonssvikt fra covid-19 (Downes et al., 2021).

I en annen studie har forskere analysert data fra fem dominerende populasjoner som representerer den generelle befolkningen i Storbritannia for å studere om etniske forskjeller i genetiske varianter av ACE2-genet er assosiert med SARS-CoV-2-infeksjonsforskjeller (Vadgama et al., 2021). De

fokuserte på ACE2-reseptoren fordi det er den viktigste inngangsporten viruset bruker for å komme seg inn i vertscellene. Blant dem som var positive for covid-19, hadde de med østasiatisk og afrikansk bakgrunn omtrent 50 % større sannsynlighet for å bli innlagt på sykehus enn europeere, med de største forskjellene i sykehusinnleggelsesrater mellom østasiater (46,8 %) og sørasiater (16,2 %). Studien indikerer etniske forskjeller i ACE2-genvarianter som gjennom litt ulike biologiske mekanismer kan øke mottakelighet for covid-19. Disse resultatene er i samsvar med resultatene fra andre studier som også rapporterte en større hyppighet av genvarianter som øker nivåene av ACE2 blant østasiatiske populasjoner (Cao et al., 2020; Ortiz-Fernández & Sawalha, 2020).

Datagrunnlaget er fortsatt for tynt, og studier for heterogene, til å fullt ut forstå i hvilken grad genetiske forskjeller står for overrisiko av covid-19-smitte og alvorlighetsgrad blant noen befolkningsgrupper. Likevel er det mye som tyder på at visse genetiske faktorer er relatert til covid-19- utfall, og at slike faktorer må vurderes både når vi skal analysere sykdomsrisiko og alvorlighetsgrad på befolkningsnivå og på individnivå.

De genetiske funnene utelukker ikke viktigheten av sosiale og miljømessige faktorer for å forklare etniske forskjeller i covid-19-utfall, men understreker heller viktigheten av å studere genetiske påvirkninger i samspill med andre faktorer. Globalt pågår det arbeid (Di Maria et al., 2020; Initiative & Ganna, 2021) for å øke bredden i populasjoner som inngår i genetiske studier for å belyse spesifikke assosiasjoner. Dette vil også muliggjøre langt bedre studier av interaksjoner mellom sosiale og genetiske faktorer, og hjelpe oss med å utvikle bedre og mer målrettede tiltak. Slik innsats for å bredde ut tilfanget av genetiske data er avgjørende for å forstå kildene til den store variasjonen vi observerer på tvers av individer og på tvers av populasjoner som respons på SARS-Cov-2-viruset.

Språkferdigheter, oversettelser og bruk av tolk

Det er liten tvil om at språkferdigheter er en omfattende og betydelig utfordring blant mange innvandrere i Norge. I levekårsundersøkelsen fra SSB vurderte om lag halvparten av informantene egne norskferdigheter som gode. Variasjonen mellom ulike grupper var stor, og kun 30 prosent av innvandrerne fra Polen vurderte egne norskferdigheter som gode. Når vi skal vurdere språkbarrierenes betydning for tilegnelse av informasjon om smittevernregler og råd, er det også relevant å se på andelen som oppgir svært gode norskferdigheter fordi rådene i mange tilfeller er svært kompliserte. Kun 22 prosent, altså under en fjerdedel i SSB-materialet, oppga svært gode norskferdigheter. Dette til tross for at ingen med under 2 års botid er med i materialet og ved at store grupper med kort botid (for eksempel innvandre fra Litauen) ikke er med i materialet.

Undersøkelser har vist at det er en sterk korrelasjon mellom svake norskferdigheter og dårlig egenrapportert helse (Kjøllesdal et al. 2021c) og at manglende bruk av profesjonell tolk innebærer risiko (Karlner et al. 2007). I det følgende gjør vi et skille mellom oversettelser (skriftlig) og tolk (muntlig) i tråd med praksis i bransjen der det skilles mellom oversettelser og oversettelsesfirmaer og tolker og tolkebyråer.

I intervjumaterialet med både innvandrere, ledere i kommunen og smittesporere blir språk trukket frem som en vesentlig barriere for tilegnelse av informasjon om forebyggende smittevern, for informasjon og bestilling av test og for forståelsen av karantene og isolasjonsbestemmelser (Sheikh et al. 2021, Ezzati og Hussaini 2021 og Ezzati 2021). Blant de som er intervjuet fremgår det også at kvaliteten på oversettelser ikke alltid var god og at den derfor fremsto som mindre pålitelig, samt at tekstene ofte var for lange (Sheikh et al. 2021). Bruk av automatisk oversettelse på kommunale

nettsider innebærer betydelig risiko for feiloversettelser. For eksempel er det ikke uvanlig at nektelser eller verb forsvinner.

I intervjuene med ansatte i kommunene fremkommer det at systemene for bestilling av tolk har blitt opplevd som såpass kompliserte at terskelen for bruk av tolk har vært høy mange steder, slik at mange har kommunisert uten tolk så langt det lar seg gjøre (Hussaini et al 2021, Ezzati og Hussaini 2021)). Slik praksis vil både kunne lede til betydelig forsinkelse fordi det kan ta tid å ta beslutningen om at tolk virkelig er nødvendig og fordi det kan ta tid før en tolk er tilgjengelig fra den beslutningen er blitt tatt. Å la være å bruke tolk gir en betydelig økt risiko for misforståelser, som også kan føre til forsinkelser. Begge kan bidra til forsinkelsene i TISK som beskrevet nedenfor eller dårlig reell overholdelse av regler for karantene og isolasjon.

Mangelen på bruk av tolk, bruk av barn som tolk og bruk av google translate kan ha ført til en rekke tilfeller av misforståelser eller feil beskjeder. Som nevnt over vil for eksempel negasjoner noen ganger forsvinne når man bruker google translate. Det kan derfor forekomme at personer med påvist smitte for eksempel har fått beskjed "gå ut!", der det var ment å si "ikke gå ut!".

Barn i ung alder har ikke den modenheten som trengs for å kunne fungere istedenfor tolk. De vil i mange tilfeller mangle tilstrekkelig begrepsapparat og de vil kunne ha motivasjoner som gjør at de bevisst oversetter feil. Det siste kan særlig være aktuelt med tanke på isolasjon og karantenebestemmelser som jo vil gå sterkt ut over barns livsutfoldelse og vil være i direkte konflikt med deres ønsker og behov.

Underforbruk av tolk i offentlig sektor er også godt dokumentert fra før pandemien (NOU 2014:8). Erfaringene fra pandemien understreker viktigheten av gode systemer for bestilling av tolke- og oversettelsestjenester både i beredskapsplaner og i helsesektoren, slik det også har vært anbefalt tidligere (NOU 2014:8). Ny tolkelov trer i kraft 1.1.2022. Forbud mot bruk av barn som tolk ble innført 2016. Målet må være å senke terskelen for bruk av tolk blant de som er i førstelinjen i helsetjenestene, også når man er i en situasjon som haster.

Det er ikke mulig for oss å måle omfanget av misforståelser eller feilbeskjeder som følge av at det i mange tilfeller ikke har blitt benyttet kompetent tolk i smittesporingsarbeidet. Ut fra intervjuene med både ledere i kommune, smittesporere og representanter fra innvandrerbefolkningene, er vår samlede vurdering at dette har vært et omfattende problem. Vårt inntrykk er, derimot, at bruken av smittesporere med flerspråklig bakgrunn, med forbehold om god opplæring i kommunikasjon, har vært et godt verktøy som har blitt tatt i bruk. Det har også vært erfaringen i flere smittesporingsteam, spesielt i Oslo, som etter hvert har hatt kompetanse i mange språk innad i teamet.

Digital kompetanse

Vår kunnskap om innvandrerbefolkningenes digitale kompetanse er begrenset. I en undersøkelse om helsekompetanse blant innvandrere, der det også ble spurt om digital helsekompetanse, fremkom det at nesten 30 prosent av innvandrerne i undersøkelsen aldri hadde søkt etter helseinformasjon digitalt, mot 12 prosent i befolkningen generelt. Blant de som hadde søkt var det stort spenn i andelen som opplevde dette som svært vanskelig, dette gjaldt også befolkningen for øvrig. Det var noe vanligere i innvandrerutvalget å svare at de hadde utfordringer med digitale løsninger. Det samme gjaldt bruk av digitale helsetjenester spesifikt (Le et al. 2021).

En undersøkelse fra 2009 viser en betydelig forskjell blant de gruppene som er med i undersøkelsen, og at lav digital kompetanse var utbredt blant innvandrerne i undersøkelsen. For eksempel svarte bare 49 prosent av innvandrere fra Pakistan at de kunne bruke søkemotorer, og bare 29 prosent at de kunne "Taste inn opplysninger til det offentlige" (Guthu et al. 2010).

Digital kompetanse nevnes også som en barriere i intervjuene gjennomført med representanter fra innvandrerbefolkningene, smittesporerne og kommunene (Sheikh et al. 2021, Ezzati 2021, Ezzati og Hussaini 2021, Hussaini et al. 2021).

Vår vurdering er at lav digital kompetanse har vært til hinder både for å tilegne seg oppdatert kunnskap om smittevernråd, tilegne seg grunnleggende kunnskaper om pandemien og for å bestille test eller legekonsultasjon. Hvor stor betydningen lav digital kompetanse har hatt vet vi ikke.

Referanseramme, tilhørighet og mediebruk

Norske myndigheter, medier og sentrale opinionsdannere har, med få unntak, presentert et omforent bilde av pandemien, kort oppsummert som: pandemien er alvorlig, omfattende tiltak er nødvendig, lytt til myndighetenes råd. Det har også vært en omforent oppfatning om at sosial distansering, utbredt testing og målrettet smittesporing, karantene og isolasjon er grunnfjellet i pandemihåndteringen, og at etterlevelse av dette er helt avgjørende. Eventuelle uenigheter har i hovedsak handlet om avveininger og vurdering av spesifikke tiltak. For personer som i all hovedsak konsumerer norske nyheter vil dette grunnsynet på pandemien ha blitt formidlet i massiv form og over lang tid. Det vil være noe helt annet for personer som i liten grad konsumerer norske nyheter og som følger nyheter fra andre land tettere. Det er rimelig å anta at dette har påvirket grunnsynet på pandemien.

Gjennom pandemiperioden har tiltaksnivå og intensitet av rådene vært justert avhengig av vurderinger av alvorlighetsgrad. Ny kunnskap om virusets egenskaper, hvordan tiltak virker, nye virusvariant og vaksinasjonsgrad har påvirket hvilket totalvurderingene av hvilke tiltak som til enhver tid anses som nødvendige. Å følge med og holde seg oppdatert og orientert om situasjonen og nye råd har vært utfordrende for alle. Nettopp derfor har bredden i kommunikasjonsformer og kommunikasjonskanaler vært viktig for å prøve å nå flest mulig innbyggere, slik dette fremkommer i intervjuene med kommunene og smittesporerne (Ezzati 2021, Ezzati og Hussaini 2021, Hussaini et al. 2021).

Et forhold som kommer frem i intervjumaterialet med innvandrere er at tilhørighet til, og orientering mot, opprinnelseslandet kan ha hatt betydning for synet på pandemien og for hvordan råd og regler tolkes og etterleves. I mange land har det vært strengere regler og hardere represalier for brudd enn det det har vært i Norge. Dette kan ha skapt et misforhold mellom hvor alvorlig råd er ment å tolkes i Norge versus hvor alvorlig de tolkes blant personer med en annen referanseramme for hvordan myndigheter opptrer i kriser (Sheikh et al. 2021). Hvor stor betydning dette har og hvor utbredt fenomenet er vet vi ikke, men det er rimelig å anta at medievaner henger sammen med graden av integrering i det norske samfunnet.

Vi har ikke god kunnskap om innvandreres mediebruk. Rambøll har på oppdrag fra Medietilsynet utført en spørreundersøkelse om innvandreres mediebruk under pandemien, 60 personer ble spurt, høyt utdannede var tungt overrepresentert i utvalget. Undersøkelsen viser høy grad av tillit til norske medier, at nettmedier ble brukt langt mer enn TV og papirmedier og at innvandrerne i undersøkelsen i overveiende grad fulgte både norske og utenlandske medier parallelt. Det fremkom også at om lag

halvparten av respondentene hadde utfordringer på grunn av språk. Få informanter og betydelig skjevhet i utvalget gjøre disse resultatene usikre. (Rambøll 2021).

I våre intervjuer med personer med innvandrerbakgrunn kommer det frem at enkelte har en sterk orientering mot fødelandet og at synet på pandemien delvis formes gjennom nyheter derfra (Sheikh et al. 2021). Vi vet ikke hvor mye dette kan forklare forskjellene i smitte og innleggelse. Orientering mot opprinnelseslandet henger også sammen med andre integreringsfaktorer som tilknytning til arbeidsmarkedet og språkferdigheter. Det bør imidlertid bemerkes at nyere forskning om migrasjon og transnasjonalisme tilsier at det ikke kan settes likhetstegn mellom svak integrering og sterke transnasjonale forbindelser; mange innvandrere har for eksempel både svake forbindelser til Norge og til sitt opprinnelsesland (Carling og Pettersen 2015). Betydningen av samspillet mellom helse, transnasjonale forbindelser og integrering bør undersøkes nærmere.

Mulige forsinkelser i testing, isolering, smittesporing og karantene (TISK)

God kjennskap til og kunnskap om befolkningene man tjener, gjør offentlige instanser bedre i stand til å yte gode og effektive tjenester. I en pandemi vil dette settes på prøve. For å oppnå en effektiv pandemihåndtering er det essensielt å vite hvilke budskap som appellerer og treffer ulike deler av befolkningen og hva som ansees som legitime tiltak. Dette gjelder både på et overordnet statlig plan nasjonalt, på et kommunalt plan lokalt og på operativt plan der tjenestene er i direkte kontakt med befolkningen.

Svakere kjennskap til innvandrer- og minoritetsmiljøer blant offentlig ansatte, i alle ledd, kan ha ført til en situasjon der pandemiresponsen var mindre effektiv overfor enkelte grupper. For eksempel vil den grunnleggende kjennskapen til norsk russetradisjon som de fleste i Norge sitter med, være en fordel for både faginstanser som skal utforme tiltak og smittesporere som skal smittespore. Mangelen på tilsvarende kunnskap om tradisjoner, feiringer eller normsett innen minoritetsmiljøer kan gjøre både forebyggende tiltak og smittesporing i forbindelse med et utbrudd, mindre effektiv. Bildet er likevel ikke entydig, og i enkelte kommuner og bydeler har det vært jobbet nært med disse miljøene også før pandemien, noe disse kommunene og bydelene har dratt nytte av for raskt å kunne lage opplegg for tilpasninger av informasjon.

Det er rimelig å anta at svakere kjennskap til innvandrere og minoriteters tradisjoner, normer og praksiser kan ha ført til at forebyggende arbeid og smittesporingsarbeid har vært noe mindre effektivt overfor enkelte grupper. Personer med covid-19 er mest smittsomme i 1-2 dager før symptomstart (presymptomatisk periode) og i de første dagene etter symptomstart (FHI 2021). En relativ beskjeden forsinkelse i TISK-kjeden vil derfor kunne ha stor betydning for videre spredning.

Hvor stor betydning dette har hatt for pandemiutviklingen og for overrepresentasjonen vi ser i ulike innvandrergrupper er, ut fra det vi har kunnskap om nå, ikke mulig å beregne. I intervjuer med smittesporere kommer det frem at de opplever gradvis å ha ervervet seg kunnskap og praksiser som gjør smittesporingen mer effektiv (Ezzati 2021). I disse intervjuene fremkommer det også at språkutfordringene har vært en omfattende utfordring i smittesporingsarbeidet, og at gode rutiner for bestilling av kvalifisert tolk tok tid å få etablert enkelte steder (Ezzati 2021).

I en undersøkelse av innvandreres helsekompetanse (ikke covid-relatert) fremkom det at innvandrerne i utvalget hadde, sammenliknet med befolkningen for øvrig, større utfordringer i å kommunisere med helsepersonell. Innvandrerne i utvalget hadde også større utfordringer med å finne informasjon om behandling og sykdom og generelt lavere digitale ferdigheter (Le et. al 2021). Det er også funnet at lav helsekompetanse er utbredt blant somaliere i Norge (Gele et al. 2016).

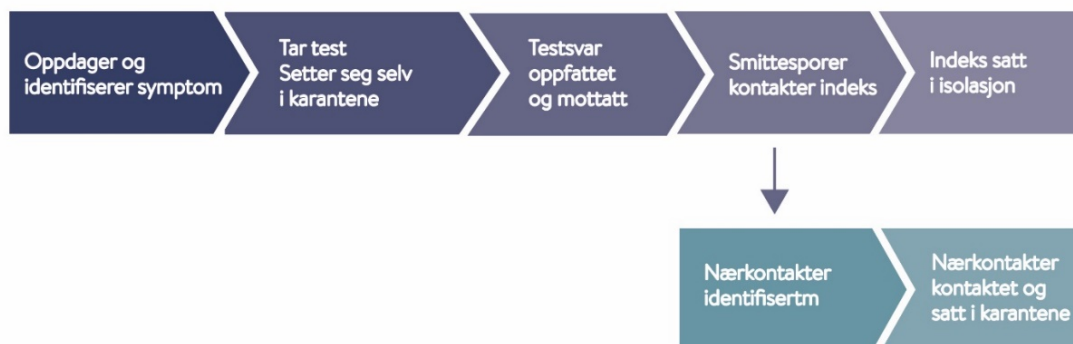
I det kvalitative intervjumaterialet i denne rapporten fremkommer det en rekke beskrivelser av fenomen og situasjoner som kan lede til forsinkelser i TISK-arbeidet (Sheikh et. al 2021, Ezzati og Hussaini 2021, Hussaini et. al 2021 og Brekke 2021a). For hvert ledd i den såkalte TISK-strategien er det en rekke forhold som kan medføre forsinkelser (figur 1). Selv små forsinkelser i hvert ledd kan til sammen bli betydelig. Dette kan ha ført til at TISK-arbeidet ikke har vært like effektivt overfor alle miljøer. Lavere helsekompetanse, språkkompetanse blant en del innvandrere og begrenset kjennskap til miljøene blant smittesporere og helsepersonell kan føre til flere misforståelser og forsinkelser i arbeidet med oppsporing av nærkontakter for karantene og testing. Dette kan igjen medføre noe forsinkelse i arbeidet med å bryte smittekjedene.

I registerdataanalysene ser vi en liten forskyvning i testmønster mellom personer i husholdninger med kun norskfødte kontra husholdninger med minst én utenlandsfødt. Andelen testede innen syv dager etter første person testet positivt er lavere i innvandrerhusholdninger enn husholdninger med kun norskfødte (Methi et al. 2021). Dette styrker også hypotesen om at forsinkelser i TISK kan ha bidratt til at smitten brer seg raskere, noe som igjen kan forklare noe av overrepresentasjonen i enkelte grupper. Fordi smitten sprer seg eksponentielt, kan selv beskjedne forsinkelser i TISK-arbeidet få store konsekvenser.

Figur 1: Forhold som kan forårsake forsinkelser i TISK

Forsinkelser i TISK

Hvert ledd innebærer risiko for forsinkelse eller frafall. Kan skje uavhengig av «vilje» eller «holdninger».



- **Oppdager og identifiserer symptom:** Forutsetter: tilstrekkelig kunnskap om covid, språk, digitale ferdigheter, helse-kompetanse
- **Tar test. Setter seg selv i karantene:** Forutsetter: tilstrekkelig kunnskap om testregimet, digitale ferdigheter, språk. Barrierer: praktisk, økonomi, frykt
- **Testsvar oppfattet og mottatt:** Forutsetter: digital kompetanse, språk og helsekompetanse
- **Smittesporer kontakter indeks:** Forutsetter: rett kontaktinformasjon, språkmatch
- **Indeks satt i isolasjon:** Forutsetter: språkmatch + «helsekompetanse-match»
- **Nærkontakter identifisert:** Forutsetter: «språkmatch», tillit (taushetsplikt)
- **Nærkontakter kontaktet og satt i karantene:** Forutsetter: rett kontaktinformasjon språkmatch + «helsekompetanse-match»

Akkumulert sårbarhet

Innvandrerbakgrunn gir sterkt utslag i våre analyser. Sammen med sosioøkonomisk posisjon vil innvandrerbakgrunn øke muligheten for en opphopning av sårbarheter som gir økt risiko ved at de kan virke gjensidig forsterkende eller fordi faktorer som kan kompensere for risikoen mangler. Sårbarhetene kan være knyttet til språk, helsekompetanse, kjennskap til norsk samfunnsliv og kulturelle koder, digitale ferdigheter, sosioøkonomisk posisjon, utenforskap, økonomisk handlingsrom, sikkerhet på arbeidsmarkedet m.m.

Vår vurdering er at opphopningen av disse sårbarhetene er en vesentlig forklaring på de sterke utslagene vi ser i statistikken. Sårbarheter kan forsterkes når de opptrer sammen, eller kompenseres for når de ikke opptrer sammen. For eksempel vil svake digitale ferdigheter forholdsvis lett kunne kompenseres for dersom man har gode språkferdigheter og vice versa. Videre kan mangelen på bil være en overkommelig barriere mot testing for en person som kun har ansvar for seg selv, men kan bli en uoverkommelig barriere for en person som er alene med tre små barn. Tilsvarende vil betydningen av lav inntekt være langt sterkere dersom dette kommer i kombinasjon med svak jobbsikkerhet, få oppsparte rettigheter, lav likviditet og svake språkferdigheter som gir færre muligheter på arbeidsmarkedet. Slike akkumulerte sårbarheter er det vanskelig å få kartlagt betydningen av gjennom de dataene vi har tilgjengelig.

Individer som er sårbare på flere områder er i mange tilfeller del av sosiale miljøer der disse sårbarhetene er utbredt. Derfor vil kombinasjonen av individuell og kollektiv sårbarhet gi en gjensidig forsterkende effekt som resulterer i særskilt risiko. Kombinasjonen av individuell og kollektiv sårbarhet kan virke forsterkende på flere måter. Er man del av et sosialt miljø der mange har økt risiko for smittsomme sykdommer, vil det gi en gjensidig forsterkende risiko for smitte. Om det sosiale miljøet man er en del av ikke kompenseres for de sårbarhetene individet har, vil også dette forsterke risiko for smitte og sykdom. Et eksempel på dette vil være i hvilken grad informasjonsstrømmen fra myndighetene når individene i tide og blir oppfattet korrekt. Dersom en selv i liten grad følger norske nyheter og i tillegg har en språkkompetanse og helsekompetanse som gjør at det er vanskelig å oppfatte det som blir sagt, vil dette kun ha moderat negativ betydning dersom mange rundt en følger med og forstår. Motsatt vil både individet og miljøet ha en høy risiko for smitte dersom ingen i nærmeste omgangskrets oppfatter informasjon og råd fra myndighetene.

Tilfeldigheter spiller også en rolle

Overrepresentasjon i statistikk vil også kunne ha et element av tilfeldighet. Vi er sikre på at forskjellene i grove trekk ikke er tilfeldige, gitt tydelige mønstre som har holdt seg over tid. Likevel kan tilfeldigheter ha hatt betydning for forskjellen mellom ulike grupper av innvandrere. Vi antar at tilfeldigheter spiller en såpass stor rolle at det er uhensiktsmessig å lete etter årsaker til forskjellene grupper som i statistikken ligger nært hverandre. Modellering med utgangspunkt i innvandrergrupper i Norge har sannsynliggjort at tilfeldigheter kan gi ganske store effekter. En gruppe kan ha opp mot dobbelt så mye smitte som en annen selv når alle risikoer og adferdsmønstre er like (Rø et al. 2021). Med andre ord antar vi at forskjellene mellom de gruppene som ligger nær hverandre på statistikken (for eksempel Somalia og Pakistan) like gjerne kan skyldes tilfeldigheter.

Hvordan sitere dette kapittelet:

Indseth T, Telle K, Labberton A, Kjøllesdal M, Ezzati RT, Gele A, Sheikh N, Methi F, Harris JR, Arnesen T (2021). Kapittel 3: Mulige forklaringer på overrepresentasjon i påvist smitte og innleggelse i Indseth T red. (2021) Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Kapittel 4

Kunnskapsutviklingen om covid-19 smitte, innleggelse, død og vaksinasjon blant innvandrere i Norge

Av Thor Indseth og Anja Schou Lindman, Folkehelseinstituttet

Dette er en bearbejdet og oppdatert versjon av tekst som tidligere har vært publisert i delrapport 1

I motsetning til de fleste andre land har vi i Norge nå mulighet til å lage god og pålitelig statistikk om covid-19 etter fødeland. Helt i starten av pandemien ble slik statistikk hentet fra FHIs Meldings-system for smittsomme sykdommer (MSIS), hvor fødeland registreres. Slik fikk Norge en unik mulighet til allerede tidlig i pandemien å si noe grovmasket om påvist covid-smitte etter fødeland.

Etter at FHI i april 2020, i samarbeid med Helsedirektoratet og Norsk Intensiv og pandemiregister, opprettet et beredskapsregister for covid-19, Beredt C19, ble det mulig å koble opplysninger fra MSIS med sykehusinnleggelser på individnivå, og dermed få statistikk om innleggelser og respiratorbruk etter fødeland. Da opplysninger fra Folkeregisteret ble innlemmet i Beredt C19 i oktober 2020, ble det også mulig å se på andelen i ulike befolkningsgrupper som var smittet, innlagt og døde.

Vår forståelse av problemfeltet utviklet seg gradvis gjennom pandemien og var i stor grad betinget av hvilke tilganger FHI hadde til ulike data i Beredt C19, og det faktum at større tallgrunnlag etter hvert som pandemien utviklet seg, ga muligheter for bedre og sikrere analyser.

Underveis i pandemien var det ikke gitt hvilke data og analyser som skulle vise seg å gi den viktigste informasjonen, og slik sett prioriteres for innlemmelse i BeredtC-19. Nye kunnskapsbehov oppstod raskt og endret seg underveis. For eksempel hadde data om negativ laboratorietest i perioder ingen særskilt høy prioritet, men viste seg senere å gi svært viktig informasjon om forskjeller i testrater. I det følgende redegjøres det for utviklingen av kunnskapsgrunnlaget etter hvert som flere og flere datakilder ble inkludert i Beredt C19. For en oversikt over alle kilder, henvises det til nettsiden på www.fhi.no.

Allerede tidlig i pandemien var FHI bekymret for overrepresentasjon blant enkelte innvandrergupper. Fra siste del av mars 2020 observerte FHI en overrepresentasjon av påvist smittede i MSIS, samtidig som det kom nyheter fra Sverige som viste at en stor andel av dødsfallene i Stockholm var blant somalisk-fødte ([SVT 2020](#)).

FHI valgte å publisere statistikk som viste påvist smitte etter fødeland første gang i [Dagsrapport 1.4.2020](#). Statistikken inngikk kort tid etterpå som fast figur i ukesrapportene. På det tidspunktet var tallene fortsatt såpass små at det, til tross for overrepresentasjon, var vanskelig å vite om dette skyltes rene tilfeldigheter eller faktiske og stabile mønstre som det var viktig å forsøke å iverksette

tiltak mot. På grunn av mangel på testkapasitet var testregimet i pandemiens første fase meget skjevt. Det var derfor usikkert om overrepresentasjonen skyldtes skjevheter i testing eller om det var en reell forskjell i smitte. Det var også knyttet usikkerhet til disse tallene fordi FHI ennå ikke hadde en pålitelig nevner for å beregne andeler basert på fødeland.

FHI publiserte i juni 2020 en gjennomgang av internasjonal forskning på feltet. Antallet studier var begrenset, men de pekte i retning av en betydelig overrepresentasjon i påvist smitte, innleggelse og død blant etniske minoriteter ([Lauvrak et al. 2020](#)). Analyser av forholdet mellom påvist smitte og innleggelser og økt risiko for behov for pustestøtte med respirator i august 2020, gjorde at FHI mistenkte at smitten blant innvandrere kunne være noe høyere enn tallene for påvist smitte antydte. Disse resultatene ble brukt som kunnskapsgrunnlag internt i FHI, men også sendt til Helse- og omsorgsdepartementet, og senere publisert i bearbejdet versjon januar 2021 ([Indseth et al. 2021f](#) og [Telle et al. 2021](#)).

Statistikk som kunne gi informasjon om betydningen av sosioøkonomiske forhold kom på plass gjennom at data fra NAVs Aa-register om yrke og arbeidsted ble inkludert i Beredt C19 i august 2020. De første analysene av betydningen av yrke og fødeland ble publisert 5. november 2020 og viste at yrke nok hadde liten forklaringskraft ([Risikovurdering uke 45](#)). Fra senhøsten 2020 jobbet derfor FHI ut fra hypotesen om at sosioøkonomiske forhold kun hadde en moderat betydning.

I Beredt C19 ble informasjon om covid-19 testaktivitet (PCR tester) fra MSIS laboratoriedatabasen inkludert i november 2020. Ettersom statistikk om fødeland krever kobling mellom flere datakilder, både for innlagte og for de som var testet, kom resultatene på plass gradvis. Den første statistikken for innleggelser etter fødeland, ved kobling mellom MSIS og Norsk pasientregister, ble publisert i ukesrapport i uke 18 ([Ukesrapport uke 18](#)). Etter hvert, ved kobling til Folkeregisteret, fikk man en pålitelig nevner, og kunne vise andel innlagte (oktober 2020) og testede etter fødeland (november 2020). Statistikken viste da at overrepresentasjonen ikke bare var reell, men den var sannsynligvis høyere enn tallene for påvist smitte fra MSIS alene antydte. Dette fordi innvandrere i mindre grad var blitt testet enn andre nordmenn og fordi andelen av de testede som var positive var høy. Etter hvert som tallgrunlaget ble bedre, har resultatene blitt inkludert i ukerapportene fra FHI.

Kombinasjonen av lave testrater, høye positivitetsrater og høye innleggelsesrater gjorde at FHI, særlig fra oktober-november 2020, var bekymret for at det kunne være mer uregistrert smitte i deler av innvandrerbefolkningene ([Indseth et al. 2020b](#)). En rapport fra Danmark som kom i oktober 2020 pekte i samme retningen. Denne rapporten pekte også i retning av at forskjeller i sosioøkonomiske forhold hadde moderat betydning for å forklare forskjellene mellom innvandrere og ikke-innvandrere i Danmark ([Statens seruminstitutt 2020](#)). Omtrent på samme tid (oktober 2020) kom det også en artikkel fra Sverige som så på sammenhengen mellom sosioøkonomiske forhold, fødeland og covid-19 relaterte dødsfall. Den pekte i samme retning, nemlig at «Being an immigrant from a low- or middle-income country predicts higher risk of death from COVID-19» (Drefahl et al 2020)

De nye tallene fra Norge, Danmark og Sverige, erfaringene fra FHI smittesporings samarbeid med kommunene og innspill fra ressurspersoner og frivillige organisasjoner gjennom FHIs dialogmøter gjorde at FHI rundt oktober-november 2020 ble særskilt bekymret for lave testrater i innvandrerbefolkningen. FHI mente derfor at det burde satses mer på å øke testratene blant innvandrere og gikk sammen med Helsedirektoratet inn for en særlig satsning på dette, blant annet

gjennom kampanjer i sosiale medier og ved oppfordring til kommunene om å gjøre testing mer tilgjengelig (for eksempel gjennom testbusser, drop-in, lengre åpningstider etc).

Analyser av og anbefalinger basert på det som var tilgjengelig av statistikk høsten, ble også publisert i rapport fra Regjeringens ekspertgruppe 4. desember 2020 ([Kunnskapsdepartementet 2020](#)). Fordi arbeidet ble gjort parallelt og fordi man ikke ønsket å vente på rapporten, ble enkelte av tiltakene foreslått av ekspertgruppen igangsatt før publisering.

Rater for andel testede og andel blant testede som testet positivt etter fødeland inngikk som fast tabell i ukesrapportene fra og med uke 53 ([Ukesrapport uke 53](#)). Utover 2021 viste tallene for andelen som testet seg en ønsket utvikling for de fleste grupper, men andelen av de som testet seg som testet positivt forble vedvarende høy i mange innvandrergupper.

I løpet av desember 2020 ble det publisert egne analyser for Oslo som viste at overrepresentasjonene innad i Oslo var tilsvarende den man fant nasjonalt ([Indseth et al. 2020a](#)), og i februar 2021 ble det publisert egne analyser for Bergen som viste de samme tendensene der ([Indseth et al. 2021a](#)). Egen statistikk etter fødeland for bydeler i Oslo og for de største kommunene, viste at overrepresentasjonen i påvist smitte og innleggelse (i grove trekk) som man fant nasjonalt, også gjaldt lokalt ([Notat 22. januar 2021](#) og [Notat 17. mars 2021](#)).

I januar ble det også publisert analyser for død og respirator etter fødeland ([Indseth et al. 2021f](#), [Telle et al. 2021](#)), og statistikk for påvist smitte og testing for norskfødte med utenlandsfødte foreldre, som viste betydelig overrepresentasjon i påvist smitte ([Indseth et al. 2021e](#)). Nye oppdaterte tall for påvist smitte, innleggelse og testing etter fødeland ble publisert i slutten av mars 2021. Disse tallene viste at overrepresentasjonen var alvorlig både for påviste tilfeller og innleggelse, men at det hadde vært en positiv utvikling med tanke på andelen som hadde testet seg minst en gang ([Indseth et al. 2021c](#)).

I siste del av mars 2021 fikk FHI for første gang tilgang til data for grensepasseringer fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) sitt innreiseregister (IRRS), og ved kobling i Beredt C19 kunne det oppgis statistikk på innreise etter fødeland. Analyser av disse ble første gang publisert i et notat til HOD 23. mars ([Vedlegg til oppdrag 402](#)). De første tallene var små og det var derfor knyttet betydelig usikkerhet til dem. Tallene viste at det var svært høye andeler av innreisende som testet positivt, særlig innreisende fra land i Asia og Afrika lå høyt. Statistikk over innreise inngikk som fast figur i ukesrapportene fra og med uke 13 2021.

I mars 2021 fikk FHI tilgang til individdata for inntekt, utdanning og trangboddhet fra SSB som kunne kobles med andre datakilder i Beredt C19. Det ble også gjort analyser av betydningen av medisinsk risikogrupper. Resultatene ble publisert i rapport 15. april 2021. Rapporten viste at forskjeller i sosioøkonomiske forhold (yrke, inntekt, utdanning og trangboddhet) og forskjeller i medisinsk risiko mellom ulike innvandrergupper, bare kan forklare en del av overrepresentasjonen i påvist smitte og en enda mindre del av overrepresentasjonen i innleggelse ([Indseth et al. 2021b](#)). Funnene styrkes også av egne analyser av betydningen av utsatte yrker og fødeland som viste liten betydning av yrke ([Kjøllesdal et al. 2021b](#)) og sosioøkonomiske forhold på gruppenivå som viste samme tendensen ([Kjøllesdal et al. 2021a](#)). FHI publiserte i april 2021 en ny kunnskapsoppsummering av internasjonal forskning som stadfestet at det også utenfor Norge var en overrepresentasjon blant etniske minoriteter og innvandrere ([Vist et al. 2021](#)).

Ved hjelp av spørreundersøkelser kartla FHI selvrapportert etterlevelse av råd om sosial distansering og hygiene. Resultatene fra de ulike undersøkelsene ble publisert i egen rapport 15. mars 2021. Spørreundersøkelsen viste betydelig oppslutning om smittevernråd og høy grad av etterlevelse også blant innvandrerne som deltok i undersøkelsen ([Nilsen et al. 2021](#)). En mer detaljert analyse av det samme spørreundersøkelsesmaterialet viste visse forskjeller i enkeltspørsmål, for eksempel knyttet til håndhilsning, men at selvrapportert etterlevelse samlet sett synes å være like god eller bedre for innvandrerne enn for ikke-innvandrerne ([Aarø et al. 2021](#)). En svakhet ved disse studiene har vært at de krever både gode norskkunnskaper og digitale ferdigheter for å kunne delta. Vi vet ikke om resultatene hadde vært annerledes dersom et mer representativt utvalg av innvandrere hadde blitt spurt. Det har vært en utfordring gjennom pandemien at FHI og andre instanser ikke har hatt gode systemer for å sikre representativitet av innvandrere i spørreundersøkelser og helseundersøkelser.

Informasjon om vaksinedekning er viktig for å påse at beskyttelsen er god i alle grupper av befolkningen. Hvem som er vaksinert, er registrert i Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK). Opplysninger fra SYSVAK ble innlemmet i Beredt C19 i desember 2020. De første undersøkelsene av vaksinedekning etter fødeland ble publisert i notat ([FHI 2021c](#)) og inngikk som fast del av ukesrapporten fra og med [uke 19](#).

Med finansiering fra Kunnskapsdepartementet gjennomførte FHI i 2021 flere prosjekter for å øke kunnskapsgrunnlaget. Arbeidet fra denne satsningen har både blitt publisert som artikler i vitenskapelige tidsskrifter og oppsummert i rapportform som delrapport 1 ([Indseth red. 2021](#)) og som mye av kunnskapsgrunnlaget for den regjeringsoppnevnte ekspertgruppens anbefalinger ([Kunnskapsdepartementet 2021](#)).

I dette inngikk blant annet to prosjekter for evaluering av tiltak i samarbeid med Bydel Stovner og evaluering av kampanjer i sosiale medier i samarbeid med Helsedirektoratet (nærmere beskrevet i [Fretheim et al. 2021a](#)) og registerstudier av betydningen av tiltak og innreise beskrevet i henholdsvis [Godøy et al. 2021](#) og [Elgersma et al. 2021](#). Som del av det samme oppdraget ble det også vinteren 2021 gjennomført kvalitative intervjuer med representanter fra kommunene, smittesporere og fra ulike innvandrergrupper. Vi redegjør nærmere for funn herfra i denne rapportens bidrag av [Hussaini et al.](#), [Gele et al.](#), [Brekke og Ezzati et al.](#) Som del av kunnskapsprogrammet for evaluering av tiltak ved FHI gjennomførte Opinion intervjuer med personer med innvandrerbakgrunn på oppdrag fra FHI, disse inngår i grunnmaterialet i [Gele et al.](#).

Den viktigste lærdommen fra denne delen av pandemiresponsen har vært hvor avgjørende det er å få relevante datakilder på plass så raskt som mulig, mulighet for å koble dem på individnivå og ha et analyseteam med rett kompetanse både for å kunne gjøre gode analyser raskt, men også for å kunne stille de relevante spørsmålene. Dette krever en infrastruktur der det er et tett og godt samarbeid mellom forskere og praktikere innen smittevern, og i denne sammenheng mellom forsker på migrasjonshelse og forskere og analytikere med kompetanse til å håndtere og koble store komplekse datakilder.

Flere analyser der dataene i Beredt C19 er på vei. Blant annet er det viktig å forstå mer av vaksinedekningen i ulike grupper av befolkningen. I oktober 2021 ble tall for vaksinedekning blant helsepersonelle etter fødeland publisert ([Kraft et al. 2021](#)) og publikasjon om vaksinedekning etter fødeland og sosioøkonomiske forhold er underveis.

Dessverre har vi fremdeles kun lyktes med å få smittesporingsdata fra et fåtall kommuner inn i Beredt C19. Med slike data, koblet til andre opplysninger i Beredt C19, hadde vi kunnet få bedre nasjonal oversikt over smittesporingsarbeidet i kommunene, og vi ville kunnet utføre analyser som satte oss i stand til å lære fra kommuner som lyktes med smittesporingsarbeidet.

Viktigheten av gode data for pandemihåndteringen kan nesten ikke overdrives. Dette er også påpekt i andre land: “Without these data, we are unable to identify disparities in Covid-19 testing, care, and outcomes.” (Wilkins et al. 2021).

Hvordan sitere dette kapitlet:

Indseth T, Lindman A (2021). Kapittel 4: Kunnskapsutviklingen om covid-19 smitte, innleggelse, død og vaksinasjon blant innvandrere i Norge, i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Kapittel 5

Erfaringer fra felt: utvalgte kommuner

Av Lema Hussaini, Mona Bjørbæk, Atle Fretheim og Thor Indseth, Folkehelseinstituttet

Dette er en bearbejdet og oppdatert versjon av tekst som tidligere har vært publisert i delrapport 1

Koronaepidemien i Norge har rammet personer født utenfor Norge hardere enn den øvrige befolkningen, både når det gjelder bekreftet smitte og relaterte innleggelseser (Indseth et al., 2021b). Kommunale myndigheter har satt i gang mange tiltak rettet mot innvandrere for å få flere til å teste seg og sikre etterlevelse av smittevernregler. Før våren 2021 ble det imidlertid ikke foretatt noen systematisk kunnskapsinnhenting av hvilke tiltak som var iverksatt, når disse ble iverksatt og av hvem, og hvordan kommunene syntes tiltakene hadde fungert.

I dette kapittelet gjennomgår vi hvordan et utvalg av store kommuner med høy andel innvandrere har organisert arbeidet rettet mot innvandrerbefolkningen, hvilke tiltak som har vært iverksatt og hvilke erfaringer ansatte sentralt i kommunen har gjort seg.

Metode

Vi gjennomførte semi-strukturerte, kvalitative intervjuer med ansatte i et utvalg norske kommuner i to perioder: 25.03.21 - 27.05.21 og 23.09.21 - 11.10.21. De 20 norske kommunene med flest innvandrere (bortsett fra Oslo) ble kontaktet via e-post med forespørsel om intervju. Forespørselen inneholdt en kort beskrivelse av formålet med studien. Vi sendte henvendelsen direkte til kommuneoverlegen(e), i tillegg til den generelle kommuneadressen, og ba mottakerne selv vurdere hvem som var best egnet til å møte oss for å informere om kommunens arbeid med økt testing og bedre smittevern blant innvandrere.

15 intervjuer ble utført digitalt via Teams og var av hensyn til høyt tidspress blant informantene berammet til 45 minutter per intervju. Denne tidsrammen var til tider for knapp til at vi klarte å innhente detaljert informasjon alle de ulike tiltakene som kommunen hadde iverksatt. Det kan også hende at noen kommuner tolket spørsmålene på en måte som gjorde at de ikke nødvendigvis rapporterte alle tiltakene som var iverksatt. Dessuten fikk vi ikke spurt alle kommunene om tiltak de har iverksatt for å tilby vaksiner til sårbare grupper. Dels fordi det primære formålet var å kartlegge tiltak rettet mot økt testing, men også fordi vaksineutrullingene fortsatt var i tidlig fase da vi startet intervjuprosessen.

Intervjuene ble gjennomført av en intervjuer og en referent fra FHI, der 1-3 informanter fra kommunen deltok. Alle intervjuene var basert på en intervjuguide bestående av 9-11 veiledende spørsmål.

Informantene var i ulik grad direkte involvert i beredskapsarbeidet, og det er usikkert i hvilken grad de har oversikt over alt som har blitt gjort av tiltak i kommunen. Hukommelsesskjevhet er heller ikke uvanlig i retrospekt. Særlig utfordrende er det når intervjuene handler om arbeidet som er gjort

under en pågående pandemi før informantene har rukket å ta et steg tilbake og reflektere over sitt arbeid i kommunene.

Å benytte informanter som selv er så tett på situasjonen og, må vi anta, sterkt involvert, vil antakelig prege oppfatningene og rapporteringen av resultatene. Dette kan både medføre at informantene er overdrevent skeptiske eller kritiske til tiltak de selv har vært imot, eller overdrevent positive til tiltak de ivret for, men som viste seg å være mindre effektive. Det er også rimelig å anta at mange er preget av et mer eller mindre bevisst ønske om å sette egen kommunes innsats i et godt lys. Det motsatte kan også forekomme. Våre funn må derfor tolkes med varsomhet.

Utvalg

Av 20 kommuner var det, per 19.oktober 2021, 15 som besvarte henvendelsen og deltok i studien. I den første intervjuperioden var det 13 kommuner som deltok, og i september og oktober gjennomførte vi ytterligere to intervjuer med samme intervjuguide².

Det har variert mellom kommunene hvem vi ble satt i kontakt med. Informantene hadde ulike stillinger i kommunen og ulike roller i koronaarbeidet (se tabell 1). Utvalget gjenspeiler dels at kommunene har organisert koronaarbeidet rettet mot innvandrere ulikt, og også at dette er en tid med høyt arbeidspress som gjorde at eksempelvis kommuneoverleger ved enkelte anledninger ikke hadde mulighet til å stille til intervju. Oslo kommune er utelatt her, da vi har valgt å beskrive Oslo i et eget kapittel (se kap. 6) (Ezzati og Hussaini, 2021). Årsaken er en særskilt høy grad av kompleksitet rundt problemstillingene vi ønsket å belyse, som skyldes ansvarsforholdet mellom Oslos bydeler og kommunen, vedvarende høyt smittetrykk og høy innvandrerandel.

Det er rimelig å anta at det er en skjevhet i vårt utvalg sammenliknet med kommuner i Norge generelt, ved at kommuner med høy innvandringsbefolkning antakelig har iverksatt flere tiltak ovenfor innvandrerbefolkningene. Utvalget og erfaringene herfra gir nok et bilde av mer aktivitet på dette området enn det som har vært vanlig i mindre norske kommuner og/eller kommuner med færre innvandrere.

Fordi informantene har uttalt seg i kraft av sin stilling og rolle i kommunene, og ikke som privatperson, omtales kommunen noen ganger som subjekt.

² Rojan Tordhol Ezzati har vært referent i de to tilleggsintervjuene.

Tabell 1: Stilling og rolle til informantene fra de 15 kommunene som deltok i studien.

Stilling	Antall informanter	Rolle i arbeidet mot økt testing/smittevern blant innvandrere
Kommuneoverlege	1	Hatt ansvar for smittevern , aktiv i smittesporing og arbeidet rettet mot innvandrere
Seksjonssjef	1	Har jobbet med inkludering og mangfold
Rådgiver	1	Hatt ansvar for koordinering av kommunikasjon og forum for frivilligheten
Smittevernoverlege; Fagsjef; Seniorrådgiver	3	Hatt ansvar for smittevern , smittesporing , informasjonsarbeid , oppbygning av testsenter og koronatelefon ; integreringsspørsmål og korona ; innvandrere og flyktninger
Rådgiver	1	Hatt ansvar for all kommunikasjon mot flerkulturelle miljøer
Leder; Avdelingsleder	2	Har koordinert frivillighet og hatt ansvar for informasjon om smittevern
Koordinator	1	Har etablert lokalt samarbeid og møter mellom innvandrersorganisasjoner og kommunen
Teamleder; Leder	2	Har jobbet systematisk med innvandrernettsverk om samarbeid og dialog
Fagleder	1	Hatt koordineringsansvar for oppfølging av flyktninger og smittevern
Kommuneoverlege; Seksjonsleder	2	Hatt aktiv rolle i smittesporingen ; sjef for teststasjon og smittesporingsteam
Koordinator; Kommunikasjonssjef; Kommuneoverlege	3	Ledet folkehelsearbeid og behov for tiltak ; målrettet kommunikasjon og samarbeid med nettsverk ; ansvar for smittevern
Leder; Koordinator	2	Har arbeidet med smittevern og isolasjon blant minoritetsbefolkning
Avdelingsleder; Enhetsleder	2	Har etablert kommunal avdeling for smitteteam og teststasjon ; samarbeider med nettsverk om informasjon og kommunikasjon
Rådgiver	1	Har jobbet spesifikt med mangfold og inkludering
Kommuneoverlege	1	Har sittet i kriseledelsen og deltatt i smittesporing og testing

Funn fra intervjuene

Funnene er inndelt i seks hovedtemaer, som i hovedsak følger organiseringen i intervjuguiden: 1. systemer for testing, 2. nettsverk og dialogmøter med representanter for ulike innvandrergupper, 3. bruk av tolketjenester, 4. oversettelse og distribuering av informasjonsmateriell, 5. kampanjer, og 6. aktiv involvering av ansatte med innvandrerbakgrunn.

Systemer for testing

Hovedsakelig tilbød de fleste kommuner to former for testtimebestilling:

Nettbasert timebestilling ved Bank-ID innlogging. Det nettbaserte tilbudet var hovedsakelig på norsk, men noen kommuner har også hatt det på engelsk. En kommune hadde forsøkt å få til denne løsningen på flere språk, men tekniske utfordringer hindret dette. Flere informanter antok at det å logge inn og bestille testtime er vanskelig for dem som ikke behersker norsk eller eventuelt engelsk godt.

Telefonbestilling. Flere kommuner hadde tilbud om koronatelefon på flere språk. En kommune fortalte at koronatelefon på flere språk ble startet og drevet av en frivillig organisasjon (som samarbeidet med kommunen). Flere kommuner understrekte at minoritetsbefolkningen generelt prater og forstår norsk. Hvis ikke, har de som regel et annet familiemedlem eller en nabo som bistår i kommunikasjonen. En kommune hadde imidlertid klare retningslinjer om at barn ikke skulle benyttes som mellomledd og tolk, og oppgav at de alltid benyttet tolk hvis det var utfordringer med å kommunisere direkte med pasienten (se mer om bruk av tolketjeneste under).

Noen kommuner har særlig oppfordret til å bestille time over telefon, for å ha mulighet til å stille flere spørsmål og eventuelt vurdere om det er behov for å tilby hjemmetesting, eller informere om drop-in tilbud.

I tillegg til de ordinære teststasjonene med timebestilling, har enkelte kommuner også innført systemer som gjør det mulig å teste seg uten timebestilling, såkalte "drop-in"-teststasjoner.

Ni av 15 kommuner vi snakket med har tilbudt drop-in testing, men tiltaket har ikke nødvendigvis vært spesifikt rettet mot innvandrere eller sårbare grupper. Flere kommuner oppgir å ha blitt veldig store etter kommunesammenslåingene i 2020, og enkelte har opprettet drop-in stasjoner som et tillegg til ordinær teststasjon med begrunnelse i at reiseveien ikke skal bli så lang.

Tre kommuner forteller at de ikke har faste drop-in stasjoner, men mobile teststasjoner som opprettes ved behov, eksempelvis for å teste hele skoler, klasser og russ ved utbrudd.

Flere kommuner oppgir å ha opprettet drop-in stasjon i innvandrertette områder med den hensikt å få flere med minoritetsbakgrunn til å teste seg. Teststasjonene til dette formålet har både vært stasjonære med faste åpningstider og mobile i form av testbiler som delvis holder til i faste områder og delvis flytter rundt ved behov. I enkelte kommuner var drop-in stasjonene knyttet til kommunens Voksenopplæring.

Åpningstidene for drop-in stasjonene varierte fra flere timer hver dag og til noen timer, noen dager i uken. I flere kommuner varierte åpningstidene med smittetrykket i kommunen.

Informasjon om drop-in tilbudet ble formidlet gjennom flere kanaler. Kommunene har etablerte nettverk med representanter for innvandremiljøer (se mer om nettverk og dialogmøter under), og i de kommunene der innvandrerbefolkningen har vært særlig målgruppe for drop-in, har nettverket vært brukt aktivt til å formidle ordningen.

I to av kommunene som har knyttet drop-in tilbudet til Voksenopplæringen, ble hovedsakelig plakater og de ansatte i Voksenopplæringen benyttet til å formidle informasjon om tilbud og åpningstider. Disse kommunene har ikke hatt informasjon om ordningen på sine nettsider. En av kommunene i utvalget kombinerte mobil drop-in testing med dør-til-dør-kampanjer (gjennom helseambassadører) for å informere og rekruttere til tilbudet. De har heller ikke hatt informasjon om tilbudet på kommunens nettside. Øvrige kommuner informerte om tiltaket på sine nettsider, i tillegg til at de i varierende grad benyttet sosiale medier, plakater og aktivt samarbeid med lokalaviser.

Flere kommuner besluttet å ta i bruk drop-in test i forbindelse med andre smittebølge høsten 2020. Det høye smittepresset gjorde at det for enkelte kommuner tok noen uker fra beslutning til tilbudet

var på plass. I denne perioden forekom det flere utbrudd blant innvandrere, og flere steder oppgir informantene at det var tegn til større vegring mot å teste seg i deler av denne befolkningen.

Enkelte informanter viste til at det var en utfordring at det i begynnelsen ikke ble sagt offentlig at innvandrere var særlig rammet av pandemien. Dermed var det vanskelig å sette inn konkrete tiltak rettet mot denne delen av befolkningen. De opplevde at dette først kunne diskuteres og håndteres da offentlige tall og rapporter fra FHI dokumenterte at innvandrere var særlig rammet. Høsten 2020 hadde kommunene mer informasjon og bedre data om hvem som ble smittet og hvem som testet seg. Det var også da flere kommuner satte i gang planleggingen av målrettede tiltak, som for eksempel å senke barrierer for testing og opprette kontakt med representanter for innvandrersorganisasjoner.

Det var også noen kommuner som fortalte at behovet for et drop-in tilbud hadde kommet fra brukerne selv, via nettverket i kommunen eller fra innvandrere som ringte for å bestille time.

Flere informanter sa at kommunen har vært veldig bevisste på å unngå stigmatisering av befolkningsgrupper i arbeidet med å øke testingen. En informant forklarte at kommunen delvis av den grunn ikke har ønsket å plassere drop-in stasjon i særlig innvandrertette områder. En annen kommune hadde drop-in i form av mobil testbil, og var opptatt av å informere om at bilen også oppholdt seg i andre områder for å unngå negativt fokus på innvandrere.

De fleste kommunene fortalte at de har jobbet målrettet i samarbeid med representanter for innvandrer miljøer, for å motvirke at det å teste seg er tabubelagt. De har vært bekymret for at det vil være problematisk å stå synlig i kø utenfor en drop-in stasjon, blant annet. Flere kommuner har derfor laget videoer med representanter for innvandrer miljøer, trossamfunn og/eller -organisasjoner som snakker om viktigheten av å teste seg. Kommunenes oppfatning var at disse tiltakene har gitt gode resultater.

De kommunene som ikke hadde iverksatt tilbud om drop-in, hadde gjort et bevisst valg om å konsentrere ressursene til teststasjon med timebestilling, i stedet for å spre testkapasiteten utover. En kommune fortalte at de oppskalerte teststasjonen (med timebestilling) til helger og helligdager i stedet for å ha drop-in. Timebestillingen fungerte godt for å unngå opphopning på teststasjonen.

Flere fortalte at smittetallene i kommunen har vært så lave at det ikke har vært et behov for drop-in. De har hatt tilstrekkelig testkapasitet. En annen kommune kunne imidlertid fortelle at de var i ferd med å etablere et drop-in tilbud, men det ble avlyst fordi teststasjonen ikke hadde kapasitet nok til å utvide tilbudet om testing. Det har blitt påpekt at det å opprette drop-in tilbud kan være ressurskrevende og utfordrende å kommunisere om.

Dessuten hadde både kommunene med og uten drop-in-tilbud andre løsninger for å senke barrierer mot testing:

- Tilbud av test i hjemmet: i enkelte tilfeller har smittesporingsteam eller de som betjener kommunens koronatelefon tilbudt hjemmetesting. Dette er ikke et åpent tilbud, men en løsning ved behov. I Oslo ble denne tjenesten tilbudt av Hjemmelegene (se kap. 6) (Ezzati og Hussaini, 2021). En kommune hadde ikke testbestilling på nett, kun timebestilling på telefon for å kunne fange opp om det var behov for å bli testet i hjemmet.

- Masetesting ved større utbrudd: ved smitte i en klasse blir for eksempel hele klassen testet, eller alle som har vært til stede på en religiøs samling. Dette har også blitt tilbudt til firmaer med flere smittede. En kommune kunne fortelle at smittesporingsteam automatisk setter opp time til nærkontakter.
- Drive-through testing
- Teststasjon lokalisert sentralt og tilgjengelig for offentlig transport
- Samarbeid mellom frivillige og kommunene for å hjelpe personer med transport til testsentre
- Oppsøkende med testing, for eksempel der det bor mange med innvandrerbakgrunn eller ved Voksenopplæringen

Nettverk og dialogmøter med representanter for ulike innvandrergrupper

Informantene ble spurt om kommunene har hatt møter med utvalgte representanter og om de aktivt har trukket inn råd og veiledning fra ressurspersoner, eksempelvis representanter for innvandrerorganisasjoner.

De fleste kommunene har hatt et kontaktnettverk som de i ulik grad har samarbeidet med under koronapandemien. En kommune nevnte at de har hatt en pragmatisk tilnærming til bruken av representanter for innvandrergrupper. I flere intervjuer ble det gitt uttrykk for at det har vært dialog i alle retninger. Flere informanter trakk også frem ulike tiltak som har blitt iverksatt som følge av råd og veiledning fra ressurspersoner (blant annet organisering av hjelp med transport).

Nettverkene som kommunene har samarbeidet med har bestått av representanter fra landsdekkende frivillige organisasjoner, innvandrerorganisasjoner, ambassadørprosjekter med helsearbeidere som har innvandrerbakgrunn, trossamfunn, religiøse miljøer og nettverk, menigheter, lag og foreninger, frivillige organisasjoner og paraplyorganisasjoner. I tillegg har Voksenopplæringen, flyktning-tjenesten, migrasjonsteam og dialogfora tatt del i koronaarbeidet i flere kommuner.

Enkelte kommuner har etablert nye nettverk. Andre kommuner har bygget videre på eksisterende nettverk og kontakt med miljøer. Kommunene mener dette samarbeidet har vært til stor nytte under pandemien. Det ble trukket frem i et intervju at det har vært stor forskjell på samarbeidet mellom gruppene som kommunen hadde nettverk med fra før av, og de gruppene der det ikke var tilsvarende nettverk. De etablerte nettverkene har vært lettere å komme i kontakt med enn å komme i kontakt med for eksempel arbeidsinnvandrere, deriblant de polske- og litauiske miljøene.

Samtlige kommuner har hatt jevnlige møter med sine nettverk under pandemien. Det har variert når møtekontakten startet opp. For noen kommuner startet det allerede i mars 2020, mens andre kommuner som har etablert nye nettverk startet dialogen i løpet av sommeren (mai-juni), høsten eller vinteren 2020. En informant fortalte at et større samarbeid med tidligere nettverk og frivillige organisasjoner startet i påsken 2020. I et annet intervju kom det frem at et liknende samarbeid ble etablert i februar 2021, som en direkte konsekvens av at smitten økte. Møter med representanter fra nettverkene har i all hovedsak foregått digitalt og gjennom telefon. Enkelte kommuner har også tilbudt fysiske møter, der det lot seg gjøre. Hyppigheten på de digitale og fysiske møtene har variert, og flere kommuner har hatt allmøter i forbindelse med store utbrudd. Noen kommuner har samarbeidet med representanter for å viderefremme informasjon om koronatiltak og nye retningslinjer, mens andre har hatt kontakt knyttet til utbrudd, kampanjer og veiledning. I alle

kommunene som ble intervjuet har representanter hatt en sentral rolle i å formidle informasjon om korona på ulike språk.

I tillegg til møter med representanter fra blant annet ulike innvandrergupper har mange nøkkelpersoner (også kalt ressurspersoner) tatt del i arbeidet med korona i kommunene. I noen tilfeller har de samarbeidet aktivt med kommunene for å gi råd og veiledning, men også for å delta i arbeidet med å distribuere informasjonsmateriell og smittevernutstyr. Andre kommuner har hatt en *ad hoc* tilnærming til å trekke inn råd og veiledning fra ressurspersoner. Generelt oppga informantene at samarbeidet har vært nyttig for å spre informasjon knyttet til forebygging av smitte som retningslinjer for smittevern og testing, og informasjon i forbindelse med religiøse høytider.

En del tilbakemeldinger fra nettverkene til kommunene har dreid seg om oversettelse av informasjon og nye retningslinjer. Flere har erfart at det ikke har vært tilstrekkelig å oversette materiell direkte fra norsk. Derav nevnte enkelte kommuner at det har vært nødvendig å inkludere ressurspersoner i oversettelsesarbeidet som vanligvis utføres av tolketjenesten. Kulturell kontekst har vært mangelfull i budskapet og tydelighet har blitt etterspurt. Blant annet har det blitt trukket frem hvordan retningslinjene rundt bruk av munnbind har fremstått. En tilbakemelding som ble gitt fra et av nettverkene var at dersom retningslinjer var viktige, så burde det vært påbudt å følge de, ikke bare anbefalt. Bruk av munnbind er ett eksempel.

Ifølge kommunene ga ressurspersonene også innspill om hvilken informasjon innvandrergupper følger med på. Ett tema har vært hvorvidt innvandrere følger med på informasjon om korona fra sine fødeland. Andre tilbakemeldinger, som oppleves nyttige, har vært rettet mot behov i den enkelte kommunen. Eksempelvis, om det er nødvendig med koronatelefon som bemannes av flerspråklige ansatte, hva som bør gjøres knyttet til smitteutbrudd og overholdelse av smittevernregler, hvordan informasjon bør formidles raskest mulig om mutasjoner av viruset og videre arbeid med motstand rundt testing og vaksinerings.

Bruk av tolketjenester

Samtlige kommuner har hatt etablerte ordninger for tolketjenester før pandemien brøt ut, enten som kommunal tjeneste eller i form av avtale med privat tolkefirma. I forbindelse med pandemien har tolk blitt brukt ved bestilling av test, til formidling av testsvar, ved smittesporing og oversettelse av informasjon. Hvor ofte kommunene brukte tolk i dette arbeidet varierte. I et intervju kom det frem at tolketjenester har vært benyttet hele tiden, spesielt i forhold til utbrudd. I et annet intervju ble det nevnt at det ikke har vært noe prekært behov for det. Alle var tydelige på at de involverte tolk når det er nødvendig.

Ikke alle opplevde det som uproblematisk å bruke tolk i koronaarbeidet. Det ble trukket frem av flere vi snakket med at tolketjenester er tidkrevende og dyrt. Det er ikke alltid tolken får svar når de ringer innbyggeren opp igjen i forbindelse med smittesporing, men tolketjenesten koster penger da også. Enkelte kommuner opplevde bruk av tolketjeneste som så tungrodd og tidkrevende at situasjonen måtte være veldig vanskelig for at tjenesten skulle tas i bruk. En kommune fortalte at for å unngå store forsinkelser i smittesporingsarbeidet løste de det om mulig heller ved å informere så godt som det lar seg gjøre over telefon, eventuelt via familiemedlemmer som snakker norsk, og kombinerte det med å også sende oversatt informasjon på e-post og informere om at de kan ringe koronatelefonen for å snakke med noen på sitt eget språk om de har spørsmål.

I en kommune var imidlertid koronaarbeid en prioritet for den kommunale tolketjenesten, og dette gjorde at det gjerne tok mindre tid å bestille tolk enn til vanlig. I en annen kommune har det vært fokus på å informere alle som har et offentlig informasjonsansvar om at kommunen kjøper tolketjenester som kan brukes til tolk og oversettelse, og at bruk av tolk ikke skal vike for økonomiske begrensninger.

De fleste kommuner har også betalt for oversettelse av informasjonsmateriell. En utfordring i denne sammenheng var at oversatt informasjonsmateriell gjerne måtte bearbeides før det kunne distribueres ut. Det måtte forkortes, forenkles og tilpasses språklig og kulturelt. Mange av kommunene fikk oversatt informasjon via nettverkene (enten ved at de bearbeidet materiell fra tolketjenesten eller oversatte selv).

Oversettelse og distribuering av informasjonsmateriell

Kommunene har iverksatt flere tiltak for å oversette informasjon knyttet til korona, i tillegg til bruk av tolketjenester. Arbeidet med å distribuere informasjon om koronapandemien startet allerede i mars-april 2020. En kommune presiserte at arbeidet startet så tidlig som i februar 2020. Det har variert når, hvordan og hvor ofte kommunene har oversatt og distribuert informasjonsmateriell.

Flere kommuner så tidlig at det var behov for å få oversatt informasjonen. Selv om det allerede fra 13. mars fantes oversatt informasjon fra sentrale myndigheter, var ikke dette nødvendigvis kjent i kommunene. Det som fantes, var heller ikke alltid det kommunene hadde behov for. I et intervju fremkom det at det var frustrerende at regjeringen ga mye informasjon på norsk da det var mange med ulik språkforståelse som lurte på hva som skjedde.

I intervjuene ble det påpekt at forståelsen av hvem som var smittet og ble syke var annerledes i begynnelsen av pandemien, og at det ble mer søkelys på «nasjonalitetsgrupper» først fra høsten 2020 og utover vinteren 2021.

Alle kommunene har tatt i bruk egne nettsider for å dele informasjon. I tillegg har informasjon blitt delt gjennom egne kommunale apper og lokalaviser. Flere kommuner nevnte at de hadde linket til FHI og Helsedirektoratet (Hdir) sine nettsider med oversatt informasjon.

En informant nevnte at de har vært opptatt av de aktuelle miljøene og ressurspersonene er kjent med hvor de kan finne oversatt informasjon. For eksempel ble det i løpet av våren 2021 arrangert digitale møter i forbindelse med vaksinerings etter forespørsel fra ressurspersoner. Da ble det vist og forklart hvordan man kan navigere seg frem til relevant og oversatt informasjon på FHI og Hdir sine nettsider.

De fleste kommunene fortalte at de i tillegg til distribusjon av det som er oversatt fra nasjonalt hold, også har oversatt eget informasjonsmateriell. Dette gjelder både oversettelse av kommunespesifikk informasjon og forkortede og forenklete versjoner av nasjonale myndigheters råd. I en kommune ble informasjon fra nasjonale myndigheter oversatt i mars 2020, mens et mer omfattende oversettelsesarbeid av lokale retningslinjer ble gjort i oktober 2020. En annen kommune fortalte at arbeidet startet «tidlig», men at det var først etter desember 2020 at informasjon ble oversatt til de fem største språkene. I et intervju ble det fortalt at kommunen har betalt for utvalgte språk i en automatisk oversettelsestjeneste som er tilgjengelig på deres hjemmeside. Oversettelsestjenesten ble ikke kjøpt inn i lys av pandemien, men har vært tilgjengelig på kommunens nettside i flere år. Tjenesten har vært testet ut for noen av språkene, med språkkompetansen tilgjengelig blant egne

ansatte. Denne tjenesten har for øvrig vært tilgjengelig i tillegg til oversatt materiale fra nasjonale myndigheter.

Kommunene vi snakket med brukte i all hovedsak etablerte nettverk og e-postlister får å nå ut med oversatt og tilpasset informasjon. Det kom frem i ett intervju at informasjon fra det offentlige kan oppfattes på ulike måter og at det har vært viktig å samarbeide med ulike innvandrersorganisasjoner som kan bringe informasjon videre på en ikke-stigmatiserende måte.

Informasjonsmateriell har blitt delt videre gjennom «snøballmetoden», det vil si de som mottar informasjonen blir bedt om å dele den videre. Kommunene har sendt ut informasjon til ressurspersoner når det har vært endringer og det har blitt oversatt, blant annet om testing, men også etter smitteutbrudd. Eksempelvis ble det sendt ut e-post om virusvarianter og rask testing i mars 2021 etter flere smitteutbrudd i månedene før. Nettverkene har brukt ulike kanaler for å spre informasjon i sine miljøer og organisasjoner, det kan være e-post eller sosiale medier som Facebook og Whatsapp. Kommunene har også samarbeidet med representanter for å distribuere trykket materiell gjennom aksjoner i sentrale lokaler, moskeer, kirker, dør-til-dør aksjoner og på arbeidsplasser.

En gjennomgående metode har vært å ta i bruk videoer, hvor representanter fra ulike miljøer og organisasjoner har oversatt informasjon til forskjellige språk. I tillegg har kjente påvirkere i sosiale medier vært med i noen videoer. I flere kommuner startet arbeidet med å lage videoer i mars-april 2020. Det har også blitt laget videoer i forbindelse med gjenåpning av skoler i løpet av høsten 2020, blant annet. Videoene har blitt publisert gjennom populære kanaler på sosiale medier, blant annet Youtube og Facebook. For eksempel nevnte en kommune at de hadde laget 26 videoer med hjelp fra nettverkene sine. Kommunene har samarbeidet med representanter og frivillige for å oversette informasjon til opptil 30-40 språk. Distribusjon av informasjon og informasjonsmateriale gjennom egne nettverk av representanter for innvandrergupper har vært den mest utbredte måten kommunene kommuniserte med innvandrere på.

Kampanjer

I tillegg til å distribuere informasjonsmateriell har flere kommuner iverksatt kampanjer sammen med frivillige organisasjoner og religiøse miljøer. Kampanjene har vært nevnt som en del av arbeidet med å distribuere smittevernutstyr og informasjon til befolkningen i forbindelse med blant annet smitteutbrudd.

Informantene trakk frem ulike eksempler på distribusjon av informasjon, som også har vært omtalt som kampanje-rettet tiltak:

- SMS til utenlandske telefonnumre som befant seg i Norge, blant annet på polsk
- Utdeling av informasjonsskriv i forbindelse med testing
- Utdeling av brosjyrer og informasjonsskriv gjennom dør-til-dør kampanjer, i barnehager og skoler og i forbindelse med utbrudd, karantene og isolasjon
- Brosjyrer tilgjengelig på forskjellige språk ved ulike møteplasser, i nettverk og religiøse samfunn
- Utdeling av plakater nært innvandrertette arbeidsplasser med oppfordringen: «bruk munnbind»
- Postkasseaksjon i områder med høy tetthet av innvandrere

Flere kommuner har også organisert dør-til-dør kampanjer for å dele ut munnbind. I en av kommunene ble det distribuert munnbind til kommunale boliger og utenfor moskeer i november 2020. Munnbind har også blitt utdelt utenfor kjøpesentre og på stands. Dør-til-dør har gitt suksess i miljøene, ifølge flere informanter, men det har vært usikkert om dette kan måles.

Andre initiativer mellom kommunene og deres nettverk som har blitt beskrevet som kampanjer har vært produksjon av videoer og informasjon i forbindelse med høytider og ferier (blant annet påsken, vinterferien, feiring av newroz/nouruz og id/eid, og jul- og nyttårsfeiring), bruk av avisannonser og innslag på lokale og internasjonale radiokanaler.

En av kommunene nevnte at de hadde vært varsomme med å sette i gang kommunale kampanjer for å unngå eksponering av sårbare grupper. En annen kommune tok initiativ til å henvende seg til forsamlinger og oppsøke møteplasser for å gi informasjon, i stedet for dør-til-dør kampanjer. Hvorvidt kommunene har initiert kampanjer har variert, til dels fordi informantene hadde ulik forståelse av hva som anses som en kampanje. For eksempel nevnte en av informantene at det «på en måte har vært kampanjearbeid hele veien».

Aktiv involvering av ansatte med innvandrerbakgrunn

Alle kommunene trakk frem eksempler på at ansatte med innvandrerbakgrunn har blitt engasjert/omdisponert til koronaarbeid, men omfang og område varierte. Det har kommet frem i flere intervjuer at det har vært lurt å ha helsearbeidere med flerspråklig bakgrunn. Særlig i smittesporingsarbeidet fremhevet flere kommuner at det har vært et søkelys på språkkunnskaper, men også i testarbeidet. I en kommune hadde språkkunnskaper vært godt representert blant ansatte som har jobbet med korona, men også før mars 2020. Det har variert når ansatte har blitt involvert i koronaarbeidet, for eksempel nevnte en informant at kommunen har «aktivisert» dette utover i pandemien.

Flere kommuner hadde kommuneansatte med innvandrerbakgrunn i sine nettverk som de brukte for å nå ut med informasjon. Helsearbeidere har bidratt i informasjonsvideoer for eksempel, både i forbindelse med testing og vaksinerings. Delvis har dette kommet i stand fordi representanter i innvandrernettverkene har etterspurt det, og delvis etter initiativ fra kommunene selv, for eksempel fra ansatte innen enheter som jobber med inkludering og mangfold, kommunikasjonsavdelinger eller smittesporing (les mer om sistnevnte i kap. 7 om smittesporerene (Ezzati, 2021)).

Det har også blitt påpekt i et intervju at det ikke har vært nok ansatte med flerspråklig bakgrunn og at dette er en utfordring som jobbes med. En annen informant presiserte at kommunen gjenspeiler deres sammensatte samfunn og at det ikke har vært et bevisst arbeid å ansette basert på bestemt etnisk bakgrunn. Det har for øvrig blitt nevnt av flere informanter at kommunene ikke har systematisk benyttet seg av helsepersonell med annen etnisk bakgrunn.

Diskusjon og oppsummering

Nettverkene med representanter for innvandrergrupper oppleves av kommunene å ha vært veldig viktige for informasjonsarbeidet, både når det gjelder oversettelser, format og formuleringer og ikke minst for å spre informasjon videre.

I noen kommuner har kommuneansatte som jobber med inkludering og mangfold vært involvert i beredskapsarbeidet og samarbeidet med helseetaten fra starten av. Det har vært tett samarbeid på tvers av enheter. I andre kommuner var ansatte med ansvar for frivillighet/inkludering nettopp blitt involvert i dette arbeidet da vi snakket med dem. Flere fortalte at de ble involvert i koronaarbeidet mer eller mindre tilfeldig. Enkelte startet med å iverksette tiltak rettet mot innvandrere på eget initiativ, fordi de så at det var behov for mer tilrettelagt informasjon, men uten at dette var noen bestilling fra ledelsen. For andre var dette en naturlig forlengelse av deres daglige arbeid med kommunikasjon med innvandremiljøer.

Ut fra hva kommunene rapporterer synes det som om mer kunne vært gjort for å senke praktiske barrierer til testing. Opprettelse av drop-in teststasjoner, testbiler og liknende kunne vært gjort tidligere og i større grad. Videre kunne lokasjonen av disse vært langt mer rettet mot områder og miljøer der smittetrykket har vært størst. Tilbudet i enkelte kommuner kunne også vært gjort bedre kjent. I tillegg kan det stilles spørsmål ved hvor effektivt det er at teststasjonen flyttes rundt og åpningstider varierer. Samtidig fikk vi tilbakemelding om at det kan være utfordrende og frustrerende at det er opp til den enkelte kommune å finne ut hva slags testtilbud de skal ha. Det har i liten grad vært sentrale føringer fra nasjonalt hold for hvordan dette skal løses, eller om det bør settes inn særskilte tiltak ved høy smitte i enkelte befolkningsgrupper.

Vegring mot å teste seg blant enkelte grupper har vist seg å være utfordrende å håndtere for flere kommuner. Det tyder også på at det har vært noe vegring fra kommuner sin side mot å vurdere ekstra innsats i enkelte miljøer, som for eksempel drop-in testing. Det viser seg at hensyn til det som kan oppleves som stigmatiserende og «negativt fokus» på innvandrergrupper/innvandrertette områder til tider har veid tyngre enn å sikre målrettede og nødvendige tiltak mot høy smitte og vegring mot å teste seg. Her har samarbeidet med nettverkene vist seg å være hensiktsmessig, f.eks. når det gjelder å formidle informasjon på en ikke-stigmatiserende måte.

Kommunene har i liten grad sendt informasjon direkte til innvandrergrupper – dette har i hovedsak skjedd via nettverkene. Flere kommuner trakk imidlertid frem at en utfordring knyttet til dette er at kommunene ikke har kontroll på hvordan informasjonen mottas og hvor bredt den når. Det er et dilemma. Ressurspersoner og frivillige sitter på kompetanse og distribusjonsnettverk som kommunene trenger, men har ikke nødvendigvis den kompetansen om helse og smittevern som kan være nødvendig for å avgjøre hvilket budskap som til enhver tid bør prioriteres.

Sett bort ifra at sentrale myndigheter tilgjengeliggjorde oversatt informasjon i mars 2020, er det uvisst i hvor stor grad dette har vært kjent og tilstrekkelig i kommunene. Det vi likevel vet er at lokale behov og forskjeller i høy grad har drevet kommunene til å lage, oversette og distribuere informasjonsmateriell. Dette kan for eksempel gjelde noe såpass enkelt, men viktig, som lokal kontaktinformasjon. I tillegg vet vi at informasjon som har blitt oversatt har kommet fra ulike kilder, alt fra tolketjenester og samarbeid med nettverk til automatiserte oversettelsestjenester. Det virker imidlertid som at det bør undersøkes nærmere i hvilken grad informasjonsmateriell blir kvalitetssikret, ettersom fremgangsmåten i oversettelsesarbeidet har variert mellom kommunene.

Videre kan det synes som om terskelen for bestilling av tolk har vært høy mange steder. Å la være å bruke tolk når det egentlig er behov for det, eller å bruke familiemedlemmer som tolk, kan innebære en betydelig risiko for misforståelser (Karliner et al., 2007), med de følger det kan få for videre

smitte. At tolk også synes å ha tatt tid å få bestilt er vesentlig med tanke på risiko for forsinkelser i TISK-arbeidet.

Informantene trakk imidlertid frem at pandemien har bidratt til veldig gode møteplasser, et fellesskap og god dialog mellom kommuner og innvandremiljøer som vil kunne være til stor nytte også etter pandemien.

Det vil være interessant og nyttig for videre kartlegging å også se nærmere på arbeidet kommunene har gjort i forbindelse med vaksinetilbud og sårbare grupper.

Takk til:

Vi vil takke alle informantene fra kommunene som har deltatt i studien for nyttig og verdifull informasjon og innsikt.

Hvordan sitere dette kapittelet:

Hussaini L, Bjørnbæk M, Fretheim A, Indseth T (2021). Kapittel 5: Erfaringer fra felt: utvalgte kommuner i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Kapittel 6

Erfaringer fra felt: Oslo kommune og utvalgte bydeler

Av Rojan Tordhol Ezzati og Lema Hussaini, Folkehelseinstituttet

Oslo kommune har hatt et høyt smittetrykk og er en av kommunene med høyest innvandrerandel i Norge. Videre har Oslo en administrasjon som gjør at den skiller seg fra de fleste andre kommuner, ved at den har en sentral kommuneadministrasjon med en politisk ledelse, samt bydeler med egen administrasjon og politisk ledelse. Flere av kommunens etater og byrådsavdelinger har vært tungt involvert i koronaarbeidet. Samtidig har bydelene selv hatt hovedansvaret for mye av implementeringen i praksis.

Erfaringer fra Oslo knyttet til tiltak overfor innvandrere er dokumentert tidligere, for eksempel i kommunens egen gjennomgang (Oslo kommune, 2021e) og en studie gjennomført av NIBR (Skogheim et al., 2021). Likevel har det operative arbeidet som Oslo kommune har stått i vært så omfattende, at det ennå gjenstår å innhente mye kunnskap og erfaringer som kan tas med som læringspunkter videre. I denne studien går vi inn i tematikken med utgangspunkt i kvalitative intervjuer med ansatte på ledernivå i Oslo kommune sentralt og i utvalgte bydeler.

Det førende spørsmålet i intervjuene og i analysen har vært: *Hvordan har faglige ledere i Oslo kommune sentralt og i utvalgte bydeler prioritert og tilpasset tiltak overfor innvandrere?*

Spørsmålet gjenspeiler at kommunen har lagt betydelige ressurser i målrettede tiltak, med grunnlag i kontinuerlig evaluering av situasjonsbestemte behov. Grunnet overrepresentasjonen i smitte og innleggelse blant innvandrere, har en god del av dette arbeidet vært rettet mot innvandrere.

Som i andre kommuner, har det operative arbeidet vært sentrert rundt testing, isolasjon, smittesporing og karantene (omtalt som "TISK-strategien") og, etter hvert, vaksinasjon. Etter at tester ble utviklet og laboratoriekapasiteten oppskalert, har TISK vært en sentral del i bekjempelsen av koronapandemien i Norge, der strategien har vært å unngå nye store utbrudd ved å spore opp og teste nærkontakter som kan være smittet.

I dette kapitlet diskuterer vi tre hovedtemaer fra intervjuene i Oslo kommune: 1) samarbeid og arbeidsflyt, 2) TISK, da hovedsakelig organisering av testing og 3) språk og kommunikasjon, før vi avslutter med en kort oppsummering.

Metode og data

Vi har gjennomført til sammen 13 intervjuer med ansatte i Oslo kommune. Syv av intervjuene var med ansatte i byrådsavdelinger og etater som har vært sentrale i epidemihåndteringen i Oslo (heretter "Oslo kommune sentralt"), der de har jobbet med for eksempel kommunikasjon eller faglig

rådgivning. De seks andre intervjuene var med bydelsoverlege eller assisterende bydelsoverlege i hver sin bydel. Fire av disse bydelene har hatt et vedvarende høyt smittetrykk og to har hatt varierende smittetrykk. Selv med det vi her beskriver som “varierende smittetrykk”, har det jevnt over vært et relativt høyt smittetrykk i Oslo sammenliknet med de fleste andre norske kommuner. Bydelene er ikke navngitt av anonymitetshensyn.

Intervjuene ble gjennomført digitalt over Teams, der en av kapitelforfatterne var intervjuer og en var referent. Vi gjennomførte individuelle intervjuer, bortsett fra ett tilfelle der to ansatte som hadde hatt overlappende og utfyllende arbeid ønsket å bli intervjuet sammen. Dette og et annet intervju varte i 60 minutter, det korteste intervjuet varte i 35 minutter, mens de fleste intervjuene varte i 45–50 minutter. Intervjuene ble gjennomført mellom 8. september og 20. oktober 2021. Det vil si at noen av intervjuene ble gjennomført etter den nasjonale gjenåpningen 25. september 2021. På den ene siden, innebærer dette at vi fikk informasjon om tiltak mens informantene ennå hadde mye av forløpet friskt i minne. På den andre siden, og som flere av informantene selv bemerket, hadde de og deres team ennå ikke fått muligheten til å ta et steg tilbake og evaluere arbeidet i den intense perioden som hadde vært.

Vi kontaktet bydelsoverleger direkte per e-post med forespørsel om intervju med ham/henne eller alternativt med assisterende bydelsoverlege. Vi kontaktet også ansatte i Oslo kommune direkte per e-post, med utgangspunkt i FHIs kontaktinformasjon. Ved to tilfeller ble ikke vår forespørsel, eller påminnelse etter en ukes tid, besvart. At nesten alle vi kontaktet, til tross for travle kalendre, fant tid til et intervju tolker vi som et signal på utbredt interesse for å evaluere og systematisere erfaringer fra pandemien. Flere som vi kontaktet understreket at de ikke satt på den fulle oversikten over alt som er blitt gjort i kommunen. De hadde god oversikt over det de selv hadde gjort, men var godt klar over at mange flere har vært involvert i dette komplekse arbeidet. Derfor ville de forsikre seg om at vi intervjuet bredt nok i kommunen. Vi sørget for å sende forespørsel til personer, etater eller byrådsavdelinger som de identifiserte dersom disse ikke allerede var inkludert i vår intervjuplan.

Intervjuene var semi-strukturerte, men det varierte hvor åpne eller strukturerte de var i praksis. Denne variasjonen gjenspeiler delvis at noen av informantene har jobbet bredt med tiltakshåndteringen, mens andre har jobbet mer tematisk avgrenset, for eksempel med smittesporing i bydelen eller med kommunikasjon.

Intervjuguiden tok utgangspunkt i tiltak i forbindelse med smittehåndteringen i Oslo. Spørsmålene handlet om drop-in testing, timebestilling for testing, tolketjenester, formidling av informasjon og distribusjon av informasjonsmateriell, bruk av ressurspersoner, samt nettverk og dialogmøter³. Vi jobber ut ifra at de mest sentrale tiltakene er dekket, men kan ikke utelukke at det har vært viktig aktivitet som vi ikke er gjort kjent med.

I analysearbeidet har vi brukt NVivo-programvaren for kvalitativ metode. En kodebok ble utviklet gjennom arbeidet med disse 13 intervjuene og intervjuene med smittesporere i Kapittel 7. Intervjuene ble deretter kodet i NVivo. Det kodede materialet danner grunnlaget for analysen i dette kapittelet.

³ Vi spurte også om vaksinasjon, som vi kommer tilbake til i fremtidige publikasjoner.

Med utgangspunkt i kodingen, begynner vi med “Samarbeid og arbeidsflyt”, der vi drøfter organiseringen av samarbeidet i kommunen om hvilke og hvordan tiltak er blitt prioritert, innført og justert. Denne første delen gir en ramme for de to neste delene i kapittelet: “TISK”, der vi hovedsakelig skriver om testing, og “Språk og kommunikasjon”. Det bør bemerkes at vi i sitatene i kapittelet har vi beholdt den muntlige formen som gjengir informantenes måte å ordlegge seg på i intervjuene, noe som innebærer at sitatene mest sannsynlig har en annen form enn de ville ha hatt i et skriftlig format.

Samarbeid og arbeidsflyt

Kommunen sentralt og bydelene har måttet kontinuerlig omstille seg i vurderingen av hvordan man skal nå hele befolkningen. Den omfattende og operative organiseringen av pandemihåndteringen har måttet bygges opp under tidspress og med betydelige logistiske og administrative utfordringer. Det har ført til en situasjon der belastningen på personalressurser har vært svært stor.

Samarbeidet i kommunen

I kommunen sentralt fungerer etater og byråsavdelinger som et bindeledd mellom politikk og praksis. Mange instanser har bidratt til arbeidet og mange hensyn har måttet bli vurdert og prioritert opp mot hverandre. Tidspress og mange involverte aktører setter krav til informasjonsflyt, ansvarsfordeling og beslutninger.

Spesielt mye ressurser har blitt lagt i organiseringen av TISK-arbeidet, som har medført en god del omorganisering og omdisponering av kommunens ansatte. Et illustrerende eksempel er at før pandemien jobbet bydelsoverlegen gjerne på flere felt, mens i løpet av pandemien har bydelene i tillegg fått assisterende bydelsoverleger. Smittesporingsteamene har vokst seg store, gjerne med egne “vaktledere” og “smittesporingskoordinatorene”. Til tross for både dette og den omfattende digitale utviklingen, har bydelsoverleger, og etter hvert assisterende bydelsoverleger, brukt mye av sin tid på å følge opp TISK og vaksinasjon.

Bydelsoverleger og assisterende bydelsoverleger har i praksis fungert som et bindeledd mellom sentrale og bydelsvise tiltak. En informant sentralt i Oslo kommune sa i et intervju at bydelene kjenner sine egne innbyggere best. På bakgrunn av sentrale tiltak for hele kommunen, har hver enkelt bydel utviklet spesifikke tiltak rettet mot sine innbyggere.

Evnen til omstilling og den ekstra innsatsviljen fra kommunens ansatte, som fastleger, øvrig helsepersonell og smittesporere, samt fra kommunens innbyggere, var noe som flere informanter trakk frem. En informant uttalte at dette var en ny situasjon, men at man likevel har greid å balansere mange hensyn og “sette i gang de forskjellige tiltakene ganske raskt”. En annen informant opplevde at Oslo, som storby og hovedstad med vedvarende høyt smittetrykk, har “blitt en motor i å få arbeidet fremover”, og at kommunen som helhet har greid å løse de utfordringene man har møtt på, ofte med “ekstremt korte frister”. Informanten trakk også frem at analysen av utfordringene har blitt gjort mulig gjennom den omfattende utviklingen av tekniske løsninger, som for eksempel digitale verktøy til å registrere informasjon. Slike tekniske løsninger inkluderer egne digitale systemer for oppfølging av TISK-strategien (Pasinfor). En informants beskrivelse av den digitale utviklingen, fra de første smittetilfellene kom til byen, er illustrerende:

Da satt de [bydelsoverlege og smittevernsykepleier] helt alene med penn og papir og stadig økende antall tilfeller. Og så ble det etter hvert flere og flere helsesykepleiere. [...] Og da var det Excel-ark som

ble sendt på kryss og tvers mellom bydelene. Og så har det etter hvert blitt mer avansert: digital avstandsoppfølging, eget journalsystem som heter Pasinfo, som bare Oslo kommune bruker, hvor alle indekser og tilfeller er lagt inn, hvor alle bydeler har tilgang og det er lettere å samarbeide ved hjelp av det.

Flere informanter snakket positivt om den digitale utviklingen som et ledd i å forenkle samarbeidet om oversikt og analyse, og at slik analyse har vært nødvendig for å kunne vurdere justeringer av tiltak. En informant beskrev den "løpende" jobben mellom Oslo kommune sentralt, altså byrådsavdelinger og etater som har vært sentrale i epidemihåndteringen i Oslo, og bydelene som "veldig positivt": "pandemien har gjort at det er kortere vei til samarbeid, mindre byråkratisk, ting har skjedd raskere med samarbeid på tvers". Utviklingen av tekniske løsninger har bidratt til å forenkle slikt samarbeid fordi det er blitt "veldig korte veier og lett å melde inn behov, og ting er tatt tak i og gjort fort". Dette syntes informanten var "oppløftende" i en kommune som vedkommende ellers opplevde som "stort og tungt organisert".

Pandemihåndteringen har utviklet seg i retning av å få opp faste møtestrukturer for ulike arbeidsfelt og mellom grupper av bydeler (det vil si, for østlige bydeler, vestlige bydeler og sentrumsbydeler). Slik har man opparbeidet mye kunnskap om, og gode erfaringer med, samarbeid på tvers i kommunen og mellom bydeler. Flere informanter nevnte at de håper å ta med seg disse erfaringene videre også etter pandemien.

Likevel har informantene gitt uttrykk for at samarbeidet til tider har medført krevende prosesser. Enkelte av informantene nevnte at det til tider har vært uenigheter i prioriteringer og tilnærminger. Eksempelvis gjaldt dette en opplevelse av at det hadde tatt tid for kommunen sentralt å omstille seg fra tankegangen om at "vi må gjøre alt likt", slik en av informantene i en bydel med vedvarende høyt smittetrykk formulerte det, til å få søkelyset på at ikke alt kan gjøres likt fordi det er store forskjeller mellom bydelene og deres befolkninger.

Pandemien i seg selv, og arbeidet med å håndtere den, har synliggjort flere aspekter ved innvandrerbefolkningen i kommunen. En informant kom inn på dette i forbindelse med refleksjoner rundt de store forskjellene i smittetall:

Vi ser veldig godt at de utfordringene vi har i utgangspunktet, med levekår og utfordringer til å nå innbyggere, det gjenspeiles veldig godt i arbeidet med pandemien. Det er veldig synliggjort, så fra min side er det ingen tvil om at det også er en forklaring for at tallene er som de er.

Flere informanter fremhevet at sosioøkonomiske levekår samspiller med andre faktorer, og at dette komplekse samspillet gjør arbeidet med å nå ut til noen innbyggergrupper ekstra vanskelig. Informantene opplevde at pandemien har bidratt til synliggjøring av, og bevisstgjøring om, dette blant flere instanser i kommunen. Denne bevisstgjøringen gjaldt også heterogeniteten som eksisterer i en "innvandrergruppe", som kan inkludere både innbyggere som har bodd i Norge i flere tiår og de som er relativt nyankomne, personer med høyere utdanning og personer med lav utdanning.

Samarbeidet med innvandrere og organisasjoner

Kommunen og bydelene har prøvd å nå personer med innvandrerbakgrunn gjennom ressurspersoner, innvandrerorganisasjoner og egne ansatte med innvandrerbakgrunn. Dette inkluderer helsefaglige personer med innvandrerbakgrunn som har vært å se i informasjonsvideoer

på diverse språk. Det inkluderer også organisasjoner som har bidratt til arbeidet rettet mot bydelenes innvandrerbefolkninger og andre sårbare grupper (som for eksempel organisasjonen Bydelsmødre, Røde Kors og Kirkens Bymisjon). Informasjon vi har fått tilsendt fra kommunen viser at allerede fra 14. mars 2020 ble det sendt informasjon om korona på flere språk til innvandrersorganisasjoner, tros- og livssynssamfunn, innvandrerradioer og medlemmer i Rådet for innvandrersorganisasjoner i Oslo.

Det er likevel noen utfordringer knyttet til den utstrakte bruken av tilbakemeldingskanaler, som her beskrevet av en informant: "Vi har forsøkt å manøvrere oss i et landskap hvor det er like mange tilbakemeldinger som personer". Vedkommende sa dette i forbindelse med erfaringer fra dialogmøter med moskeer og paraplyorganisasjoner med muslimer. I en slik arena hadde vedkommende og teamet rundt erfart hva disse forskjellene i tilbakemeldinger kan innebære:

Det er lett å tenke at dette er homogene grupper og homogene behov. Men så enkelt er det ikke. Når vi oppsummerer tilbakemeldingene fra dialogmøtene, så er de veldig ulike. Noen sa at det var altfor mye informasjon, andre mente at det var altfor lite informasjon. Noen sa at det var viktig med informasjon på eget språk og andre sa det burde være på enkel norsk. Vi har prøvd å forholde oss til alle tilbakemeldinger vi har fått, men det har ikke vært så enkelt.

Slik vi tolker det, reflekterer informantene her over erfaringer som har tydeliggjort heterogeniteten i det man ellers kan tenke på som "homogene grupper" og utfordringer rundt å skulle tilpasse informasjon til denne heterogeniteten. En annen informant var inne på noe av det samme da vedkommende fortalte at de hadde brukt en fagperson med en viss språkbakgrunn for formidling av informasjon, for så å få tilbakemeldinger om at denne personen kanskje ikke hadde den brede posisjoneringen i miljøet som man trodde.

Uansett om noen bidrar med frivillig arbeid eller innenfor betalte stillinger, går mye av innsatsen på vilje og initiativ. En av informantene formulerte dette slik: "Det informasjonsarbeidet som frivillige gjør, i forhold til hva bydelen gjør, det er ikke alltid koordinert". Flere informanter var inne på de mange endringene som flere instanser, inkludert frivillige organisasjoner, har måttet forholde seg til, og kompleksiteten i å prøve fortløpende å tilpasse kommunikasjonen om disse endringene.

De fleste av informantene fortalte at dialogen med innvandrernettsverk og -organisasjoner har blitt utvidet og forsterket i løpet av pandemien. Dette gjorde også veien til tilbakemeldinger kortere. I intervjuene var det et uttalt inntrykk at tillit bygges over tid og at disse relasjonene derfor bør pleies også utenom en krisesituasjon, og at dette var noe man ønsket å ta med seg etter pandemien.

TISK (Testing, Isolasjon, Smittesporing, Karantene)

I juli 2020 fikk alle kommuner ansvar for å "gjennomføre omfattende testing for å kunne finne og isolere de som er smittet, drive smitteoppsporing og sette nærkontakter i karantene [... og å] oppskalere til det nivået som til enhver tid er nødvendig for å kontrollere covid-19-epidemien i Norge" (Helsedirektoratet, 2020, s. 2-3). Denne strategien, gjerne omtalt som TISK, har som hensikt å skape oversikt over smitteutviklingen og hindre utbrudd (Helsedirektoratet, 2020).

Helseetaten i Oslo kommune har en egen TISK-ledelse som leder og koordinerer dette arbeidet. Med utgangspunkt i TISK-strategien, utarbeidet kommunen den 11. mars 2021 en handlingsplan for *intensivert TISK* rettet mot innvandrere, særlig i bydeler med vedvarende høyt smittetrykk (Oslo

kommune, 2021e). Intensivert TISK er imidlertid ikke det samme som *forsterket TISK*, som inngår som ett av tre nivåer i TISK: vanlig, forsterket og nedjustert (HOD, 2021). Noen av hovedmålene under intensivert TISK har vært å tilrettelegge og intensivere testing, og å øke forebyggende testing. Denne handlingsplanen ble hyppig nevnt i intervjuene som et bakteppe for arbeidet rettet mot innvandrergupper. Helseetaten har hatt hovedansvaret for TISK-strategien rent overordnet, mens bydelene har hatt ansvar for den operative gjennomføringen.

Det har vært mange endringer og strategier som har måttet justeres løpende i gjennomføringen av TISK, som en informant beskrev her om tiden før intensivert TISK kom på plass:

Forsterka TISK og fokus på å nå skikkelig ut til landbakgrunnene startet i vinter, da vi fikk de tallene fra FHI på ulikt smittetrykk. Da var det ekstra høyt fokus på det. Det var nok i januar-februar, kanskje, etter det. Da hadde vi vel en del som hadde vært bortreist i jula. Og da økte både de gruppene og bydelene mest, og også i antall innleggelse.

En annen informant nevnte at en av utfordringene har vært den store variasjonen i testkapasitet. Ulike strategier har vært prøvd ut og diskutert for å få folk til å teste seg tidlig nok, fra å innføre massetesting, til å gå tilbake til testing ved symptomutvikling og ved behov. Likevel tilsier intervjuene at informantene anser intensivert TISK som et riktig og nødvendig tiltak for å tilby blant annet alternative systemer for testing uten timebestilling.

Nedenfor konsentrerer vi oss om organiseringen av testing i kommunen, som inkluderer tre former for testtilbud (for mer om smittesporing, isolasjon og karantene, se kapittel 7).

Organisering av testing

Teststasjoner er organisert og koordinert av Oslo kommune sentralt, men mulige tiltak har blitt drøftet i jevnlige møter med bydelene. I tillegg til teststasjonene som er satt opp i ulike områder i kommunen, har noen bydeler hatt muligheten til å teste for covid-19 på feberpoliklinikker. I hovedsak har informantene trukket frem tre testtilbud som har vært særlig relevante for å tilrettelegge for at innvandrere som målgruppe tester seg:

- **Forhåndsbestilte testtimer** på stasjonære sentre og delvis også feberpoliklinikker
- **Drop-in testing uten timebestilling**, ved stasjonære sentre eller mobile teststasjoner (for eksempel via kjørende enhet plassert der det er størst behov).
- **Ambulerende testing** der helsepersonell, eksempelvis *Hjemmelegene*, reiser hjem til de som har utfordringer med å komme seg til teststasjon.

Ambulerende testing, også kalt "hjemmetesting", har blitt brukt ved akutt behov, da begrenset til definerte personer eller grupper som av helsemessige eller andre årsaker ikke kommer seg til testsenter (Oslo kommune, 2021e). Flere bydeler har tilbudt slik testing foretatt av helsepersonell hjemme hos den/de smittede, eksempelvis under en isolasjonsperiode eller ved mistanke om smitte hos en hel familie. Dette har vært et tilbud fra for eksempel smittesporere i forbindelse med smittesporingen. Hovedtilbudene i kommunen har vært gjennom forhåndsbestilte timer og drop-in testing uten timebestilling.

Forhåndsbestilte testtimer

Timebestilling for testing har vært tilknyttet kommunen sentralt, men til tider har bydelene iverksatt egne tiltak. Vi kommer inn på eksempler på slike tiltak nedenfor.

Timebestilling for testing har foregått på flere måter:

- **Digitalt via Bank-ID** på hjemmesiden til kommunen og via Helsenorge
- **Korona-telefon** betjent på flere språk
- **Gjennom kommunens ansatte**, for eksempel smittesporere, flyktningkonsulenter på NAV, via fastlegen eller feberpoliklinikk
- **Info-stand**: I noen bydeler har det vært satt opp stand for å gi informasjon om testing og eventuelt hjelpe til med å bestille time.

Da teststasjoner ble etablert i kommunen (før drop-in testing), var de i noen bydeler lokalisert langt unna der folk bodde. Man måtte som regel ha bil for å komme seg til testsentrene. For en større husholdning med begrensede transportmuligheter kunne teststasjonene være vanskelige å komme til, ifølge flere informanter, særlig i perioder da man ble anbefalt ikke å ta kollektivtrafikk. Løsningen har ved flere tilfeller vært å få mobile testsentre lokalisert ved knutepunkter der folk ferdes i det daglige, for eksempel ved kjøpesentre eller matbutikker med mye trafikk.

I tillegg til infrastrukturelle utfordringer knyttet til teststasjon, påpekte en informant i kommunen sentralt at digital testbestilling er blitt brukt ulikt i kommunen. Ifølge informanten, har innbyggere i noen bydeler benyttet denne løsningen mer, mens innbyggere i andre bydeler har benyttet løsningen i mindre grad. Gjennom et annet intervju ble vi gjort oppmerksomme på at bruken av digitale løsninger kan henge sammen med alderssammensetningen i befolkningen: i en bydel der det bor mange unge voksne, kreves det mindre individuell tilpasning av tilbud om testtime blant annet på grunn av generelt høyere IT-kompetanse (for mer om utfordringer blant innvandrere når det gjelder slike digitale løsninger, se kapittel 9). Dette er et mønster som også FHI har tatt i betraktning. I november 2020 foreslo FHI at drop-in teststasjoner og utvidet bruk av ambulerende testing kunne bidra til å senke barrierer mot testing i Oslo med tanke på at bruken av digital timebestilling kan henge sammen med både lav IT-kompetanse og svake språkferdigheter (Folkehelseinstituttet, 2020b).

Det kan for øvrig tenkes at det omfattende operative arbeidet med tanke på forskjellene i kommunen i noen tilfeller har ført til forsinkelser. Vi vet for eksempel at det aller første drop-in-tilbudet i Oslo kom 1. desember 2020, mens det til sammenlikning kom til Bergen i august 2020. Vi har derimot i dette kapitlet ikke data til å si noe om hvor og hvorfor forskjellene har gjort seg gjeldende.

Drop-in testing og mobile teststasjoner

Bydeler med høyt smittetrykk var de første i Oslo til å tilby drop-in testing, grunnet det vedvarende behovet (Oslo kommune, 2021e). Tilbud med drop-in testing ved stasjonære og mobile teststasjoner (som for eksempel testbuss) har særlig blitt benyttet fra januar 2021. Mobile teststasjoner har blitt foreslått benyttet ved akutt behov for testing i områder med økt smittetrykk (Oslo kommune, 2021e). Testtilbud som ikke er avhengig av timebestilling har vært et viktig tilbud for å øke tilgjengeligheten for testing, særlig overfor sårbare grupper og områder med vedvarende høyt smittetrykk.

I 2020 var det en lav andel som testet seg i enkelte bydeler og innvandregrupper (Indseth, Kjøllesdal, Calero, Nygård & Godøy, 2020a). Flere informanter fortalte at drop-in, mobile og flyttbare stasjoner i økende grad ble tatt i bruk utover vinteren 2021. Dette var i forbindelse med økt smitte og økende behov etter julen 2020. Avgjørelsene om hvor mange drop-in stasjoner det skal være, til hvilken tid og på hvilket sted har blitt tatt sentralt i kommunen, men det har vært i samarbeid med bydelene. I flere intervjuer ble det nevnt at det har vært stadige avveininger i dette samarbeidet ut fra kapasitetshensyn. Både geografisk sammensetning og sosiale kår, som vi også har vært inne på tidligere, ser ut til å ha økt behovet bydelene så for mobile teststasjoner, slik dette sitatet fra en informant illustrerer:

For å ta litt av historien, så begynte man jo med de kommunale testasjonene, som var langt unna hvor man bor. Det var altfor langt å gå for en familie med mange barn og når man ikke har bil. Veldig mange trodde også at test kostet mange penger. Det var også det som dukket opp når man googlet, at det kostet oppimot 1000 kroner. Og så jobbet bydelen for å få mobile testenheter i de områdene hvor folk faktisk bor.

Det er vanskelig å vite hvorfor noen tenkte at test kostet penger, men også FHI har i perioder av pandemien erfart at ved søk på nett fikk man opp annonser fra aktører som mot betaling tilbød test uten å måtte vente. Vi antar at dette kan ha skapt en idé om at også testtilbudet fra kommunen kostet penger. Mot slutten av året 2020 utviklet kommunen informasjon om drop-in og mobile teststasjoner, der det eksplisitt ble fremhevet at test var gratis.

Ifølge en informant i kommunen sentralt, ble det først gjort noen utprøvinger med testbuss på strategiske steder for å gi lettere tilgang til testing ettersom det var lavere testadferd i flere bydeler og testnivået blant enkelte landbakgrunn var lavt. Etter en del tid med utprøving ble flere testbuss kjøpt inn og tatt i bruk.

Flere informanter i bydelene ga uttrykk for en opplevelse av at å få på plass mobile testenheter i sin bydel til tider har vært en utfordring. De brukte uttrykk som at dette har vært en "kampsak" eller at det har krevd å være "veldig på" for å bli hørt. Men etter at flere testbuss ble tatt i bruk, har de bydelene med høyest smittetrykk blitt prioritert, selv om prioriteringene hele veien har blitt vurdert etter behov i kommunen som helhet.

Noen eksempler på plassering av testbuss som informantene nevnte var borettslagsområder, på store byggeplasser eller annen type industri, ved innreise til Norge og på skoler. Testbuss brukt til å teste studenter og russ er eksempler på andre behov som i perioder har blitt prioritert, men disse nevnte ingen av informantene.

Noen av testbussene har etter hvert fått tidstabeller i de ulike bydelene, men flere informanter trakk frem at det å nå innbyggere med informasjon om når testbussene stod hvor, ikke var helt enkelt, særlig siden tidtabellen for hver bydel gjerne blir justert etter behov.

Tilpasningene rundt drop-in-tilbudet har dreid seg om variasjon rundt åpningstider, lange køer og rask forflytting av testenheter ved behov. En av utfordringene knyttet til testtilbud uten timebestilling, som også har kommet frem i intervjuer med andre kommuner (se kapittel 5), har vært at det i mindre grad kan kontrolleres hvor mange som møter opp samtidig. Men alt i alt, opplevde informantene at mobile teststasjoner har vært veldig viktig for å håndtere det høye smittetrykket gjennom vinteren 2021. Flere informanter fremhevet at det å senke terskelen for testing har fungert

særlig godt, blant annet gjennom mobile teststasjoner. Slike teststasjoner gir en viss fleksibilitet fordi de kan flyttes til de stedene der det er størst behov og der mange mennesker ferdes. Med denne synligheten, kan slike teststasjoner fungere som en påminnelse om å teste seg, i tillegg til at de fjerner den barrieren som digital timebestilling kan være for noen innbyggere. Dette sitatet fra en informant gjengir denne barrieren slik den kan oppleves av noen innbyggere:

Som kommune kan vi jo ikke tenke at vår nettside alltid er et "velkommen inn". Det kan også oppleves som en vegg: du møter ikke et menneske, men en nettside. Mens hvis du på vei til butikken også møter en testbuss, så er terskelen lavere. Det samme med drop-in på vaksine. Så jeg syns kommunen har hatt en enorm evne til omstilling og å tenke på nye måter. Det håper jeg er noe vi tar med oss videre, ikke bare når det oppstår en krise.

Informanten er her inne på flere aspekter som går igjen i intervjuene. Det ene er tilpasninger som kan hjelpe innbyggere som kanskje har en mindre digital hverdag enn gjennomsnittet. Som denne informanten, nevnte også flere andre at erfaringen fra mobile drop-in-stasjoner var nyttig å ha med seg når man, ved intervjudispunktet, var i ferd med å utarbeide flere drop-in-muligheter for vaksinasjon.

Språk og kommunikasjon

Fra mars 2020 startet kommunen og bydelene arbeidet med å formidle og tilpasse informasjon og å kommunisere med innbyggerne gjennom flere kanaler. Dette har vært nødvendig gitt den heterogene befolkningen man prøver å nå. En informants formulering er særs beskrivende: "Det vi har prøvd er å ha en slags *à la carte* meny av tiltak: skriftlig, oversatt, video, lyd, enkel norsk, flere språk, langt [format], kort [format]". Intervjuene gjenspeiler denne "menyen" med de mange vurderingene som kommunen og bydelene har jobbet med. Intervjuene viser også at språklige verktøy og informasjonskanaler ofte må vurderes sammen. Her begynner vi imidlertid med de språklige verktøyene, det vil si tolketjenester, oversettelser og klarspråk, for så å komme tilbake til informasjonskanalene.

Klarspråk, oversettelser og tolketjenester

Vurderingene rundt tiltak, og kommunikasjonen om disse, har blitt kontinuerlig tilpasset med grunnlag i både endringene i behov og den erfaringsbaserte kunnskapen man har opparbeidet seg i forbindelse med pandemien. "Vi har hele tiden måttet justert kartet i forhold til terrenget", var en informant sin beskrivelse av dette arbeidet. Formuleringen gir et godt bilde på de mange små og store endringene som kommunen og bydelene hele veien har måttet forholde seg til.

I det å justere "kartet i forhold til terrenget" ligger det mye læring, men også en del utfordringer når informasjonen stadig skal tilpasses de til enhver tid gjeldende smittevernråd. Et illustrerende eksempel er klarspråk, som er et eksplisitt mål for kommunikasjon i offentlig sektor. Med klarspråk menes "korrekt, klart og brukertilpasset språk i tekster fra det offentlige", slik dette er formulert av Språkrådet. Mottakerne av en tekst skal kunne finne, forstå og bruke det de finner til sin hensikt. Men, som informantene trakk frem, er det ekstra krevende å sørge for klarspråk som er forståelig for mottakerne når det stadig er små og store justeringer i hva som er lov og ikke lov, og når det må skilles mellom anbefalinger, råd og restriksjoner (se kapittel 5 for liknende tilbakemeldinger fra andre kommuner). I tillegg har det til tider vært forskjeller mellom det som er "forbud", "råd" og "anbefalinger" nasjonalt og lokalt; et skille som var særlig fremtredende i Oslo-regionen vinteren 2020–2021.

Slike utfordringer blir desto mer komplisert når informasjonsmateriell skal oversettes til flere språk. Oslo kommune sentralt har stått for oversettelse av mye informasjonsmateriell. Kommunen har også fått oversatt informasjon fra sentrale myndigheter, for eksempel Helsedirektoratet, for så å tilpasse til egen bruk. Slik deling av oversettelser har til dels vært nødvendig fordi det er “et relativt begrenset miljø som er autorisert til å oversette”, som en informant presiserte.

I tillegg har bydelene oversatt og/eller tilpasset noe materiell selv. Eksempler er brosjyrer om karantene og innreisekarantene, hvordan bussen på flyplassen skal brukes og at man skal teste seg innen tre døgn. Andre eksempler på materiell oversatt av bydeler er informasjon om hvor og hvordan man skal teste seg, eller informasjon om smitte og karantene til bruk på skoler.

Enkelte informanter påpekte at oversettelse av informasjon kom veldig tidlig fra kommunen. Allerede rundt 14. mars var det oversatt informasjon på 18 språk. Likevel var et poeng som gikk igjen blant informantene at det hadde vært vanskelig for innbyggere å finne frem til det oversatte materialet. Det tyder på at ikke alle innbyggere har vært klar over at informasjon har vært oversatt og tilgjengelig på kommunen sin nettside (andre kommuner forteller om liknende utfordringer, se kapittel 5). En egen språkside for å øke tilgjengeligheten har blitt laget underveis.

I sum, har oversettelsesarbeidet vært ressurskrevende. Kommunen og bydelene har til tider opplevd oversettelser som en mangelvare, men utvalget og tilgjengeligheten har blitt betydelig bedre etter hvert. En informant i en av bydelene presiserte at “det har vært mye fokus fra nasjonale helsemyndigheter på skriftlig informasjonsmateriell”, men at fokus på muntlig informasjon skulle i større grad ha kommet tidligere. Flere informanter har trukket frem koronatelefonen som et velfungerende eksempel på muntlig informasjon på flere språk. En informant sa at “det tok nesten et år før man fikk det [koronatelefon] til nasjonalt. Vi hadde det helt fra begynnelsen av mars. Hvor mange språk den er på nå vet jeg ikke, det har variert”. Informanten er her inne på at Oslo kommune, på oppdrag fra Byrådet, fikk en koronatelefon allerede før nedstengingen 12. mars 2020. Informantene fortalte at åpningstider og bemanningen på telefonen har blitt regulert løpende. Etter sommeren 2020 økte også kapasiteten og tilgjengeligheten. Per 6. november 2021, tilbyr koronatelefonen i Oslo 17 språk, i tillegg til tolketjenester (Oslo kommune, 2021a).

Behovet for oversettelser, språkkompetanse og tolketjenester har vært stort i kommunikasjonsarbeidet. Telefontolketjenester har blitt sentrale i pandemihåndteringen. Tjenestene har endret seg over tid, fra at telefontolk ikke var veldig vanlig før og helt i begynnelsen av pandemien, til at det meste foregår over telefonen for å redusere smittekontakt. Enkelte av informantene erfarte at telefontolk fungerer bedre enn skriftlige oversettelser når det gjelder å kommunisere skillet mellom “anbefalinger” og “råd”.

De som har oppfølgingsansvar og som snakker direkte med befolkningen har brukt tolk. Eksempelvis har det blitt utarbeidet rutiner for bruk av telefontolk blant smittesporere. Flere bydeler har imidlertid også ansatt mange med ulik språkbakgrunn som en ressurs i kommunikasjonen med innbyggere (se også kapittel 7 om smittesporingsarbeidet).

Hurtigtolk ved testing var et behov som ikke hadde blitt identifisert på forhånd, men som kommunen sentralt etter hvert fikk utarbeidet en rutine for. På teststasjonene har det blitt mulighet for hurtigtolk via et hurtignummer, slik at den som tester seg kan få informasjon i løpet av kort tid.

Avslutningsvis kan det nevnes at det etterlatte inntrykket fra spørsmålene vi har stilt om tolking, både her og i intervjuene med smittesporere (se kapittel 7), er at det har vært noen uklarheter rundt tolketjenester. Tidlig i pandemien gjaldt dette blant annet usikkerheter rundt systemene for bestilling av telefontolk, og det på kort varsel, som ble et betydelig større behov enn tidligere. Et annet spørsmål som måtte avklares var hvem som skulle betale for tolketjenester i forbindelse med TISK: bydelen eller kommunen? En informant sentralt i kommunen fortalte: "Det er ikke en overordnet avtale rundt tolking i Oslo kommune. Men det er lagd felles rutiner". Informanten forklarte videre at bydelene som ikke har egne avtaler, har da hatt muligheten til å bruke det tolkefirmaet som kommunen bruker: "Så det er i hvert fall forsøkt satt i system. Og også å minne bydelene på det, og tilrettelegge for at de bruker det". Det bør bemerkes at denne informanten presiserte at vedkommende ikke visste om detaljene rundt tolkebruk og at ingen andre informanter snakket om "tolkeavtaler" eksplisitt. Derfor er det vanskelig å si noe sikkert om mangelen på tolkeavtaler ut ifra disse intervjuene. Det er derimot relativt tydelig at det har tatt noe tid å ta i bruk etablerte systemer og rutiner for tolk og telefontolk, selv om intervjuer med smittesporere (se kapittel 7) tyder på at Oslo kommune likevel har ligget noe foran i dette arbeidet sammenliknet med enkelte andre kommuner.

Informasjonskanaler

Kommunen og bydelene har jobbet mye med tilpasset informasjon formidlet gjennom flere kanaler. Informasjonskanaler har inkludert pressekonferanser, sosiale medier og innvandrersorganisasjoner, og informasjonen har blitt formidlet gjennom filmer, plakater og brosjyrer. Informasjon om isolasjon, karantene og smittevern på plakater og informasjonsskjermer på flere språk har blitt plassert der mange ferdes, eksempelvis ved kjøpesentre eller frukt- og grønnsaksbutikker. Sosiale medier, helsestasjon og fastleger har også vært arenaer for distribuering av oversatt informasjonsmateriell. I tillegg har ressurspersoner i innvandrer miljøer og kommunens ansatte vært sentrale i informasjonsspredningen. Mye av arbeidet med å formidle informasjon gjennom ulike kanaler startet i mars 2020, men det har vært variasjon i hva som har blitt gjort hvor og når, og i hvor stort omfang.

Flere bydeler har aktivt benyttet seg av den språkkompetansen som ansatte med innvandrerbakgrunn besitter. Mange språk har vært representert i smittesporingsteam, spesielt i bydelene med vedvarende høyt smittetrykk, og delvis også på test- og vaksinesentere. I Voksenopplæringen har helsepersonell med ulik språklig bakgrunn møtt opp for å besvare spørsmål. Informantene har trukket frem slik bruk av ansatte med flerspråklig bakgrunn som en fordel blant annet fordi man da får to-veis kommunikasjon med innbyggere direkte uten å måtte kontakte tolk.

Også når det gjelder informasjonskanaler, har det vært mye læring i løpet av pandemien. Et eksempel som kom opp i flere intervjuer var "masse-SMS" sendt til deler av kommunens befolkning målrettet etter språk. Dette det ble det brukt en del ressurser på tidlig i pandemien, før sommeren 2020. Erfaringen var, ble vi fortalt i intervjuer, at det var ressurskrevende å nå folk på denne måten. Det var mye logistikk rundt kontaktinformasjonen og det var vanskelig å nå innbyggere på riktig språk blant annet fordi personer med samme landbakgrunn ikke nødvendigvis snakker samme språk. Nytteten eller effekten av forsøket ble i ettertid vurdert som uklar, og derfor har man i stor grad gått bort ifra slike masse-SMSer, ble vi fortalt.

Dette med riktig kontaktinformasjon har for øvrig vært til hinder i flere sammenhenger. En informant beskrev utfordringer med å nå bredden i befolkningen, både i utformingen av informasjonsmateriell

og å vite hvem man har nådd og hvem man ikke har nådd. Informanten hadde erfart at dette var krevende arbeid, ikke minst fordi ikke hele befolkningen bruker kontaktinformasjonen slik kommunen har lagt opp til, som for eksempel folkeregistrert adresse. "Kompleksiteten i kunnskapen" er blitt jobbet mye med over tid og i flere runder, sa informanten, slik at "forståelsen har bygd seg opp etter hvert i kommunen".

Spesielt i bydelene med vedvarende høyt smittetrykk, har det blitt lagt betydelige krefter i å nå ut med informasjon fra kommunen og fra nasjonale myndigheter til bydelens innbyggere. Bydelene har for eksempel formidlet om igangsatte tiltak gjennom dør-til-dør aksjoner, ambassadørprosjekt, koordinerte kampanjer og korona-verter fra bydelen som har spredd informasjon på lokale plasser, blant annet kjøpesentre og andre knutepunkt. Flere av tiltakene har vært iverksatt i tråd med lokale behov gjennom året 2020 og blant annet religiøse høytider utover året 2021. Det synes å være gode erfaringer med formidling gjennom lyd, for eksempel radio på ulike språk, og video. Dette ble gjort for første gang i mars 2020. Gjennom disse kanalene har kommunens ansatte informert om eksempelvis smittevern, testing og vaksinasjon både på norsk og engelsk. I tillegg har man brukt ressurspersoner med riktig språkkompetanse for å nå inn til en spesifikk innvandrerguppe, for eksempel helsefaglige personer eller andre lederskikkelser som er kjent blant mange i miljøet. Tilbakemeldinger fra ressurspersoner og organisasjoner har blitt benyttet for å kunne tilpasse både formidlingsform og formidlingskanaler til aktuelle målgrupper.

Samarbeid med organisasjoner, ungdomsklubber og ressurspersoner (som for eksempel korona-verter) har bidratt til å få innsikt i hvordan man skal nå yngre målgrupper med innvandrerbakgrunn. Informasjon vi har fått tilsendt fra kommunen viser at dialogmøter med organisasjoner knyttet til ungdom startet i april 2020. I april 2020 ble plakater som oppfordret unge til å ta vare på eldre og syke sendt via e-post, SMS og Facebook til organisasjoner. Egne videoer om TISK på høsten 2020 og senere om vaksinasjon har blitt laget og delt gjennom for eksempel Snapchat og WhatsApp. I august-september 2021 har informasjonsplakater blitt hengt opp på ungdomsklubber. Dette har vært stort sett på norsk for målgrupper opp til 25 år, etter tilbakemeldinger fra målgruppen selv.

På den andre siden av skalaen finner man eldre innbyggere med lav digital kompetanse og dårlige norskkunnskaper, som i tillegg kanskje heller ikke følger med på norske nyheter. Fordi det var vanskelig for dem å finne frem til testbestilling med digital identifisering, har smittesporingsteamene vært ekstra på tilbudssiden med å sette opp testtimer. Noen bydeler har også prøvd ut å sette opp info-stands der flerspråklige personer informerer om eksempelvis smittevern, hygiene og testing, og i noen tilfeller også har med nettbrett for å kunne bestille vaksinetime direkte dersom innbyggeren man er i kontakt med ønsker det.

Eksemplene over sier noe om hvor heterogene grupper det er man prøver å nå: fra eldre med lav digital kompetanse og dårlige norskkunnskaper til ungdommer med høy digital kompetanse og gode norskkunnskaper. Flere informanter trakk frem at kompleksiteten i formidling, som blir videre forsterket av heterogeniteten på mottakersiden, krever variasjon i tilnærmingen til kommunikasjonsarbeidet. Det fører oss tilbake til "à la carte-menyen", der en kombinasjon av tilpasset en-til-en kommunikasjon og massedissemnering har vært nødvendig.

Flere presiserte at dialogen med innvandrernettverk og -organisasjoner har blitt mer strukturert og mindre *ad hoc* under pandemien, og at dette styrkede samarbeidet har bidratt til å organisere informasjonsarbeidet og å gjøre veien til tilbakemeldinger kortere.

Informantene opplevde imidlertid at det er vanskelig å måle effekten av dette arbeidet. Fordi mye av arbeidet handler om å finne en balansegang, er det i enkelte tilfeller også vanskelig å si om tiltak har fått, eller kan få, motsatt effekt. Et eksempel er balansegangen mellom å nå frem med informasjon og å påføre en opplevelse av press eller tvang på mottakersiden. Flere av informantene hadde fått tilbakemeldinger om at det begynte å bli for mye informasjon rettet mot spesifikke grupper, hovedsakelig når det gjaldt testing og vaksinerings. Også denne balansegangen fremhever viktigheten av “kommunikasjonsbiten”, slik en informant beskrev det:

Jeg tror det vi har lært især er bredden her, at man både bruker sosiale medier, de lokale mediene på deres språk... at det blir både de selv som sier det, men også fra oss. Og at det ene ikke utelukker det andre.

Denne informanten trakk også frem forskjellen mellom å sikre at informasjon blir gitt og å sikre at informasjonen faktisk blir mottatt og aktivt brukt for å ta velinformerte valg: “Og det er jo enda mer utfordrende, tenker jeg. Så det er i hvert fall det læringspunktet jeg sitter igjen med”. Informanten påpekte at flere instanser er sentrale i dette arbeidet, for eksempel helsepersonell som innbyggere stoler på og kan stille sine spørsmål til. Slik vi oppfatter informanten, kan dette være både helsepersonell med og uten innvandrerbakgrunn. Andre informanter trakk eksplisitt frem ulik språkkompetanse i førstelinjen som særlig viktig, for eksempel valget noen bydeler har tatt om å bygge smittesporingsteam med variert språkkompetanse. Dette er en god erfaring som flere sa de er fornøyde med og tar med seg videre.

Oppsummering

Informantene påpekte at pandemien har tydeliggjort behovet for at tillit og samarbeid bygges over tid. De håpet på å kunne fortsette å bygge på det tverrsektorielle arbeidet og det styrkede samarbeidet med innvandrer miljøene også etter pandemien. Flere pekte imidlertid på at mange instanser, inkludert ansatte i kommunen og personer som har bidratt med frivillig arbeid, har både blitt tildelt og tatt på seg mye ansvar i den krisesituasjonen som har vært. En utfordring blir da hvordan man skal ta med seg lærdom fra pandemihåndteringen inn i fortsettelsen, når det ikke lenger er unntakstilstand som gjelder.

Takk til:

Alle informantene som har deltatt i intervju og tatt seg tid til å dele nyttig og innsiktsfull informasjon.

Hvordan sitere dette kapittelet:

Ezzati RT, Hussaini L (2021). Kapittel 6: Erfaringer fra felt: Oslo kommune og utvalgte bydeler, i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Kapittel 7

Erfaringer fra felt: smittesporerne

Av Rojan Tordhol Ezzati, Folkehelseinstituttet

Dette er en bearbejdet og oppdatert versjon av tekst som tidligere har vært publisert i delrapport 1

Mange av innvandrerbefolkningene i Norge har vært overrepresentert i påvist smitte og innleggelse. Utgangspunktet for denne studien har vært å undersøke smittesporernes erfaringer med smittesporing generelt og blant innvandrere spesielt.

Smittesporingen har vært et viktig ledd i å følge opp og forebygge videre smitte i befolkningen og er en avgjørende del av den såkalte TISK-strategien (Testing, Isolering, Smittesporing og Karantene) som har vært grunnleggende i pandemiresponsen i Norge. Det er kommunene som har ansvaret for smittesporing og arbeidet organiseres derfra.

I dette kapitlet undersøker vi tiltak i forbindelse med pandemihåndteringen fra smittesporernes perspektiv. Intervjuene illustrerer de mange tiltakene som er blitt iverksatt etter råd og anbefalinger fra sentralt hold både nasjonalt og lokalt. Samtidig illustrerer intervjuene at de små og store erfaringsbaserte grepene som smittesporingsteam i kommunene og bydelene har tatt, har vært avgjørende for å kunne lykkes med smittesporingen.

Følgende hovedspørsmål har vært førende for intervjuene:

1. Hvordan har smittesporerne jobbet for å kartlegge og forebygge smitte?
2. Hvilke utfordringer har de møtt på i smittesporingen blant innvandrerbefolkningen, og hvordan har de løst disse?

I kapitlet brukes smittesporingsens termer om "indeks" (person med påvist covid-19) og "nærkontakter" (personer som kan ha vært utsatt for smitte etter kontakt med indekstilfellet). Dette er personene som smittesporerne kontakter for å spore smitte.

Metode og datainnsamling

I dette delprosjektet har kapitelforfatteren intervjuet 17 personer som har vært involvert i smittesporingsarbeid. 13 av disse ble intervjuet i mai og juni 2021, i to bydeler i Oslo og i fire andre kommuner. I september og oktober ble ytterligere fire personer som har jobbet med smittesporing i to Oslo-bydeler intervjuet. Totalt omfatter dette:

- tre Oslo-bydeler med vedvarende høyt smittetrykk
- én Oslo-bydel med varierende smittetrykk
- to folkerike kommuner med vedvarende høyt smittetrykk
- to mindre kommuner som har hatt relativt lavt smittetrykk, men som har opplevd flere smitteutbrudd.

Et intervju med to ansatte på Folkehelseinstituttet (FHI) som blant annet jobbet med utbruddshåndteringen var til hjelp for å få med avgjørende temaer i intervjuguiden og for å få hjelp til å velge ut kommuner ut fra smittetrykk. Det var et eksplisitt mål ikke å intervju kommuner som var tett på et nylig og omfattende utbrudd, for at de skulle ha fått slike omfattende utbrudd litt på avstand ved intervjudtidspunktet. Dette målet gjaldt ikke Oslo kommune, der smittetrykket har vært høyt i lange perioder. Vi prøvde å få med to–tre intervjuer fra hvert sted, men to steder ble det kun ett intervju. Bydelene og kommunene navngis ikke av anonymitetshensyn, spesielt siden smitteteamene i enkelte kommuner er små og lett identifiserbare.

I de større kommunene ble smittesporingsteamene kontaktet direkte med forespørsel om intervju. I de to mindre kommunene ble kommuneoverlegene kontaktet for videre formidling av intervjuforespørsel. Intervjumaterialet som helhet inkluderer smittesporingskoordinatorer, smittevernoverleger og smittesporere.

Seks av ti informanter i Oslo-bydelene hadde selv innvandrerbakgrunn, mens ingen av informantene utenfor Oslo hadde innvandrerbakgrunn. De yngste informantene var i 20-årene og de eldste i 50-årene. Vi har intervjuet tre menn og fjorten kvinner. I de tilfellene der vi spurte om kjønnsfordelingen i smitteteamene, fikk vi som svar at de fleste var kvinner. Den kjønnsmessige fordelingen i disse intervjuene synes derfor å gjenspeile at flere kvinner enn menn jobber som smittesporere. Dette henger sannsynligvis sammen med at en del smittesporere har helsefaglig bakgrunn. Nesten alle informanter med helsefaglig bakgrunn som vi intervjuet, var sykepleiere.

Intervjuene ble gjennomført individuelt og digitalt. Alle intervjuene ble tatt opp med båndopptaker, etter informantenes skriftlige samtykke. Det korteste intervjuet varte i 35 minutter og det lengste i 60 minutter, men de fleste varte i rundt 45 minutter. Per dags dato har 15 av 17 intervjuer blitt transkribert fullt ut. Rojan Tordhol Ezzati og Lema Hussaini har stått for transkriberingen.

Under intervjuene gjorde kapitelforfatteren det klart for informantene at dette var kvalitative intervjuer, der FHI ønsket å undersøke smittesporernes refleksjoner og perspektiver fremfor detaljer om smittetall og hva som skjedde når.

Vårt utgangspunkt var at intervjuguiden skulle handle om nasjonale og kommunale tiltak. Allerede fra de første intervjuene, ble det imidlertid tydelig at de enkelte kommunene, bydelene og smittesporingsteamene selv hadde tatt mange grep for å tilpasse tiltakene til de behovene de så i sitt område. Mye av kapittelet handler derfor om de små og store grepene som teamene har tatt for å bedre smittesporingsarbeidet.

Tiltak og justeringer i smittesporingsarbeidet

Smittesporingen har generelt fungert ved at teamene kontinuerlig vurderer og justerer smittesporingsarbeidet ut fra den gjeldende situasjonen, samt tidligere erfaringer med utbruddshåndtering. Det innebærer en bratt læringskurve for den enkelte smittesporer og for bydelen/kommunen. Et hovedfunn fra intervjuene er nettopp at slike erfaringsbaserte grep har vært essensielle redskaper i smittesporernes verktøykasse. Dette innebærer at verktøykassene i kommunene er langt ifra identiske, og at innholdet har endret seg over tid i hver enkelt kommune.

Testing, isolasjon, karantene

Det kommer tydelig frem i intervjuene at enkel tilgang til testing har en stor effekt. Mobile testasjoner, hjemmetesting og “drive-through” testing har vært viktig for å fjerne barrierer (for mer om testing, se kapittel 5 og 6). Det smittesporerne ofte refererte til som “hjemmetesting” er når helsepersonell reiser hjem til smittede og nærkontakter for å teste dem. Hjemmetesting har blitt tatt i bruk av alle kommunene der vi intervjuet smittesporere. Dette er et verktøy som smittesporerne kan ta i bruk med grunnlag i sine skjønnsmessige vurderinger. Eksempler på slike vurderinger er mangel på egen personbil fra husholdningens side, mangel på sykefrakt fra kommunens side, eller enkelttilfeller når hele familien er syke og ikke kommer seg ut eller når en aleneforelder mangler barnepass mens ett av flere barn skal testes.

I tillegg har smittesporerne vært behjelpelige med å veilede indekser og nærkontakter om hvor og hvordan de kan bestille testtimer, eller å bestille test for dem der de har sett at det er behov. Dette behovet har vært ekstra stort i noen av Oslo-bydelene, der kombinasjonen av manglende digital kompetanse og språkferdigheter er til hinder for en del innbyggere. Dette sitatet fra en informant, om oppfølgingen av indekser og nærkontakter i smittesporingsarbeidet, er illustrerende:

Hvis, for eksempel, vi er usikre på om de har vært og testet seg, tar vi en liten ekstra oppfølging. Tar en samtale til, hører om de fikk bestilt den testen. Vet de ikke hvordan man bestiller en test, så går vi jo gjennom det, da, på nettet med dem. Hvor de skal inn, hvordan de skal logge seg inn, hvordan de får sjekket testsvaret.

Da jeg spurte om dette kan innebære at smittesporerne kan følge opp den samme personen ganske mye, svarte informanten at de gjør det dersom de “føler at det er behov for det”.

Tiltak med tanke på å isolere smittede har blitt vurdert ut ifra størrelsen på husholdningen og muligheten til å kunne isolere seg fra andre husstandsmedlemmer. I en av kommunene med vedvarende høyt smittetrykk, har man ved enkelte tilfeller benyttet kommunale leiligheter til dette formålet. I Oslo-bydelene har karantenehotell tidvis blitt tilbydd hyppig.

Ved slike tilfeller, følger smittesporerne prosedyre etter en skjønnsmessig vurdering av om den/de smittede kan isolere seg fra ikke-smittede, helst med eget bad (og kjøkken). Dersom det ikke lar seg gjøre, kan de tilby alternativt isolasjonssted, som her forklart av en smittesporer i en Oslo-bydel:

Hvis du bor trangt og ikke har mulighet til å isolere deg, og kravet da er at du må ha eget bad og eget rom, hvis du ikke oppfyller det kriteriet, så tilbyr vi karantenehotell eller isolasjonshotell. Så da kan den som er smittet flytte ut eller de som er friske kan flytte ut for å unngå smitte.

En smittesporer i en annen Oslo-bydel nevnte tilgang til eget kjøkken som en del av vurderingen:

Ja, hvis de deler kjøkken og bad, så legger vi fort merke til at de fleste i husstanden også kommer inn positive. Men personer som bor i hus, vi har jo ulike indekser som bor i hus og så er det generasjoner som bor i det huset. Da, så lenge de ikke møter hverandre i den perioden og indeksen er tilfredsstilt isolert med eget kjøkken og bad og egen etasje, så har ikke... i noen i tilfeller så har jo noen blitt smittet, da. Men i andre tilfeller så har ikke de andre i husstanden blitt smittet.

Informanten er her inne på at muligheten til å isolere seg ikke alltid er nok til å unngå videre smitte. Det er vanskelig å vite hvorfor dette fungerer i noen tilfeller, men ikke i andre. I det følgende drøfter vi noen faktorer som kom frem i informantenes refleksjoner.

Først og fremst illustrerer intervjuene med smittesporere at isolasjon er vanskelig å innføre i praksis og at mange faktorer kan spille inn. I en av de to mindre kommunene, fortalte informantene at kommunens tilnærming tok utgangspunkt i at isolasjonen ikke alltid vil fungere "optimalt". I smittesporingsarbeidet tok kommunen for eksempel hensyn til at det å ha barn i husholdningen tilfører ekstra utfordringer, slik en av informantene formulerer det her:

Så syns jeg det er et lite sånt kunststykke, det gjelder ikke noe mer inn til innvandrere enn andre, men det er jo dette at, ikke sant, har du unger, blir ting ikke optimalt. Og det er helt greit. Det er urealistisk.

Fordi det er "urealistisk" at isolasjonen skal bli "optimal" med barn i husholdningen, er kommunens hovedfokus på å gi god informasjon om hvordan isolasjon kan gjennomføres "etter best mulig evne". Å gi god informasjon kan handle om to-veis kommunikasjon, ved å "drøfte" mulige løsninger sammen med husholdningen, slik den andre informanten vi intervjuet i den samme kommunen beskriver i dette sitatet: "En del bor jo ganske tett. Og dette her med å, ja, drøfte litt rundt hvordan man praktisk kan løse det hvis tre av sju skal isoleres, ikke sant. Være litt behjelpelig med det". Informanten opplevde "at selv om en ikke kan leve helt isolert, så er veldig mange flinke til å gjøre så godt de kan", og reflekterte videre: "Og av og til så er det den linjen vi må legge oss på. Det er ikke... Vi lever ikke i noen perfekt verden. Vi må på en måte, så godt vi kan, få det til". Selv om husholdningen ikke nødvendigvis klarte å isolere seg "i ordets rette forstand", slik informanten formulerte det, prøvde smittesporerne i kommunen å drøfte og informere om hvordan de kunne holde seg adskilt i den grad det lot seg gjøre:

Altså, i utgangspunktet så skal en jo ha eget bad, kjøkken og leve totalt adskilt, og det kan jo være vanskelig. Men at en gjennom hvordan en kan løse det så godt som mulig da, at en kan ha rutiner på hvordan en gjør det hjemme med desinfeksjon og mat og alt dette her. Og da, har [jeg] ikke noen annen opplevelse enn at det har fungert greit.

Informantene fra den andre mindre kommunen trakk også frem "god hygieneveiledning" som et viktig punkt i deres håndtering. Den ene av disse informantene sa: "Så med god hygieneveiledning, har vi klart i vår kommune å begrense smitte i husstander". Informanten sa også at den fysiske avstanden i kommunen er av betydning: "Det er mye rekkehus og eneboliger, og deler av kommunen er også sånn landbruksdeler. Så da er det langt mellom husene. Så det er absolutt ikke så urbant". Selv om kommunen hadde mulighet til å tilby karantenehotell, hadde det vært lite behov for å ta i bruk et slikt tiltak. Informanten hadde derimot erfart at det kan være misforståelser mellom "karantene" og "isolasjon" blant noen innvandrerefamilier:

Det var noen hendelser der det var noen som ikke hadde forstått helt det med karantene og isolasjon, men det tror jeg også handler litt om at det var vanskelig å kommunisere og at vi ikke alltid fikk tak i tolk, men det som var vanskelig for dem var å skille mellom isolasjon og karantene. Sånn at hvis en var smittet i husstanden, så ble på en måte bare hele husstanden en isolasjon. Vi måtte bare si: "Ingen får lov å gå ut, ingen får gå på butikken", fordi at de klarte ikke, altså når vi ringte opp igjen så hørte vi at de fremdeles satt åtte stykk i samme rom, ikke sant. For vi spurte etter en annen, og så bare "Ja, hen sitter rett ved siden av meg", "Jammen, hen er jo isolert?", "Nei, hen...", ikke sant. Der var det vanskelig for dem å forstå forskjell på isolasjon og karantene.

Informanten beskriver her at utfordringen med å forstå forskjellen mellom “karantene” og “isolasjon” blir desto vanskeligere når det er språklige barrierer med i bildet.

I sum, tilsier intervjuene med smittesporerne at det er mange faktorer som kan påvirke smitte innad i en husstand. Boforhold og det å bo trangt som mulig medvirkende faktor til smitte blant innvandrere har blitt omstendelig diskutert (se for eksempel Indseth et al. 2021b, Methi et al. 2021). En bydelsoverlege i Oslo, som vi intervjuet for kapittel 6 i denne rapporten, trakk avslutningsvis frem nettopp sammensetningen av faktorer som kommentar til FHIs rapporter om dette temaet:

FHI og trangboddhet, at det ikke kunne forklare alt, helt enig i det. Men bare for å si ifra: i vår bydel også, så er det ikke nødvendigvis at de bor trangt, de kan ha store leiligheter og storfamilier som bor i flere leiligheter, men i samme blokk. Så ikke så trangbodd, men de har mye kontakt seg imellom. De har kjempeutstrakt kontakt og smitte spres raskt. Det er mange sånne momenter inne her, da.

Da vi fulgte opp med spørsmål om kontakten for eksempel gjaldt barnepass, sa informanten videre:

Ja, barnepass, men også pleie av eldre. Mange har ikke sine eldre på sykehjem eller institusjon. Svigerdøtre og døtre er der på omgang og pleier og slikt, ganske mange som er innom på samme sted. Og dette er ikke lett å slutte med, selv om det er pandemi.

Informanten er med dette inne på at omsorgsbehovet som kan tilføye utfordringer i en husstand der det er barn, som drøftet ovenfor, i en del innvandrerfamilier også gjelder de eldre. Og at med slike tette familierelasjoner, kan “smitte spres raskt”.

At smitten sprer seg raskt i husstanden før smittesporingen er i gang med tiltak kommer også frem i intervjuene med smittesporerne. De beskrev vanskeligheter rundt den skjønnsmessige vurderingen om det er den/de smittede som bør tilbys karantenehotell eller om det for eksempel er eldre husstandsmedlemmer med underliggende sykdommer som bør flyttes ut. Det kan ta noe tid å ta slike vurderinger rundt å tilby, og å ta imot tilbudet om, karantenehotell. Det kan også ta noe tid å få den praktiske logistikken på plass etter at beslutningen er tatt. Smittesporerne har opplevd gjentatte ganger at nærkontakter likevel tester positivt etter en dag eller to på hotellet, altså at de allerede hadde smitten i kroppen ved ankomst, til tross for negative tester. Da karantenehotell ofte blir tilbydd større husholdninger, er det nærliggende å tro at flere personer rekker å bli smittet før tiltaket er igangsatt. Slike avveininger i det virkelige liv gjenspeiler matematiske modelleringer (se kapittel 13) som beskriver at små forsinkelser i smittesporingen kan utgjøre store forskjeller.

Vinteren 2021 ble det for øvrig strammet inn på tilbudet om karantenehotell i Oslo etter enkelttilfeller av hærverk der ungdommer hadde blitt plassert på karantenehotell, og rapportering om at enkelte prøvde å bli smittet for å havne på karantenehotell. Informantene presiserte at dette var enkelttilfeller, og at det hovedsakelig dreide seg om begrensede ungdomsmiljøer der rus og/eller kriminalitet også var involvert. Dette eksemplet illustrerer at effekten av tiltak er flersidig og kan ha andre følger enn det som er hensikten. Et annet eksempel på slike effekter er hjemmetesting, som er ment å gjøre logistikken rundt å teste seg lettere, men som ifølge smittesporerne enkelte helst vil unngå fordi de ikke vil at naboer skal se at de kan være smittet. Disse eksemplene illustrerer behovet for en allsidig verktøykasse, slik at smittesporerne og personene de er i kontakt med kan komme frem til gode løsninger.

Språk: barrierer og dilemmaer

Når det gjelder smittesporing blant innvandrere spesifikt, opplever informantene at det utenom språklige utfordringer er få forskjeller mellom personer med og uten innvandrerbakgrunn. Teamledere og -koordinatører har vært opptatt av bevisstgjøring blant smittesporerne at de møter personer i en potensielt sårbar situasjon og at folk reagerer ulikt på beskjeden om (mulig) smitte. Det å etablere god kommunikasjon og tillit er derfor essensielt i hvert enkelt smittesporingstilfelle, uavhengig av om personen har innvandrerbakgrunn eller ikke. Eksempelvis er klarspråk viktig for god kommunikasjon. Uansett om personen har innvandrerbakgrunn eller ikke, er det viktig å være tydelig og forståelig fordi det er mye informasjon mottakeren skal ta til seg. Noen av teamene vektlegger spesielt at personen skal gjenta informasjonen de har fått, det som kalles teach-back i helsekommunikasjonsspråket. Noen smittesporere nevnte at de prøver å dele opp informasjonen i den videre oppfølgingen slik at det ikke skal bli for mye å forholde seg til på én gang.

Måten spørsmål stilles på har også mye å si for å etablere god kommunikasjon. Etter tips fra smittevernlegen i kommunen, begynte en av informantene å spørre "Hvordan går det med deg?" fremfor "Hvilke symptomer er det du har i dag?". Vedkommende erfarte at den alternative formuleringen viste omsorg og ga samtalen et mindre skjematisk utgangspunkt. En annen smittesporer hadde merket seg at noen svarte "nei" på spørsmålet: "Har du noen symptomer i dag?", for så å hoste. Det viste seg at de anså "symptomer" som noe mer alvorlig enn "litt hoste". Smittesporeren tenkte først at dette kunne ha med innvandrerbakgrunn å gjøre, for så å erfare det samme med personer uten innvandrerbakgrunn. Nå har smittesporeren gjort det til en vane å liste opp symptomer dersom en indeks eller nærkontakt svarer "nei" på spørsmålet om symptomer.

Språk er den største barrieren i møte med innvandrere uten gode norskkunnskaper. Flere av informantene har erfart at "god nok" norskkunnskaper i smittesporingssammenheng krever mer enn det å kunne føre en dagligdags samtale. I noen tilfeller opplever de at de nærmest må insistere på å ringe tilbake med tolk fordi personen oppfatter sine norskkunnskaper som gode nok. Informantene fortalte at de i slike tilfeller presiserer at bruken av tolk er for å være sikre på at personen får med seg alle detaljene i informasjonen de gir, og at de får så detaljert informasjon som mulig tilbake. Enkelte informanter nevnte at samtalen gjerne løsner når personen får snakke sitt morsmål, og at det er mange som takker for tolketilbudet i etterkant. Dynamikk av denne typen kan antyde at ikke alle innbyggere forstår nytten av tolking i helsetjenestesammenheng, og at enda mer fokus på informasjon som forklarer fordelene ved å bruke tolk kan være nødvendig.

Telefontolk var ikke veldig etablert på begynnelsen av pandemien, men har blitt tatt i bruk mer siden høsten 2020. I en av kommunene med vedvarende høyt smittetrykk, fortalte en informant at telefontolk fremdeles ikke var utbredt ved juletider. Vedkommende satte seg inn i viktigheten av å bruke tolk, hvordan booking av tolk skulle foregå rent teknisk og hvordan samtalen gjennom en tredjepart kunne gjennomføres i praksis. Informanten erfarte da at det tekniske og praktiske ikke var like vanskelig som man hadde hatt inntrykk av i teamet. Smittesporeren delte denne informasjonen med kolleger og oppfordret til mer bruk av tolketjenester, og fikk etter hvert en sentral rolle i å lære opp sine kolleger i bruk av tolk. Opplæringen gikk på å vise de tekniske løsningene som hadde kommet på plass for å booke telefontolk og å la kollegene lytte til hvordan en samtale gjennom tolk kunne foregå. Dette eksemplet illustrerer at det fremdeles er underforbruk av tolketjenester noen steder, slik tidligere studier og utredninger har vist (Le og Hjelde, 2013, NOU 2014:8).

Gode grep for å møte språklige og tillitsvekkende utfordringer er ønsket og ideelt, men kan medføre nødvendige avveininger under tidspress. Hvor fort man kan få tak i tolk varierer eksempelvis ut ifra smittrykk og språket det gjelder. Enkelte av smittesporerne nevnte at “når det virkelig haster”, hender det fremdeles at de heller prøver å gjøre seg forstått med klarspråk og/eller engelsk eller at de kommuniserer gjennom familiemedlemmer som er til stede istedenfor tolk. I noen tilfeller har også barn vært mellomledd i samtalen mellom smittesporer og smittede/nærkontakter. Noen ganger kan det være snakk om at hele familien er samlet og setter telefonen på høyttaler for sammen å prøve å forstå det som blir sagt. I andre tilfeller kan det være et barn som familien eksplisitt tildeler oppgaven med å oversette dialogen. Flere informanter var inne på de mange dilemmaer dette innebærer, men en informant utdypet og drøftet denne problematikken på en spesielt utfyllende måte. Vedkommende beskrev at mange av de smittede i bydelen lever under lave sosioøkonomiske kår, og at det i slike tilfeller er mer utfordrende å være sikker på om informasjonen som smittesporeren formidler faktisk blir tatt imot. Hun fortsatte:

Og det er jo mange ganger jeg har hatt vondt i magen, ikke sant... Vanligvis, i helsevesenet, så snakker du ikke med datter på 10 og skal tolke til mor. Men det er jo sånn vi har holdt på. Altså, fordi ting har måttet gå fort. Og så, det har jo ikke vært optimalt, men – man må jo se an situasjonen, selvfølgelig, og man har også bestilt tolk da kanskje til dagen etter – men det har jo vært mange sånne varianter som ikke har vært så veldig ålreite, synes jeg. Men det har nok gått bra, liksom. Jeg tror ikke man har traumatisert de barna. Men de har jo vært litt unge noen ganger, disse barna som man har pratet med. Og det kjenner man sikkert litt forskjellig på, da, med tanke på alder og... ja, jeg vet ikke, jeg. Men jeg har i hvert fall kjent litt på det noen ganger, jeg synes ikke det har vært noe særlig.

Sitatet fra informanten sier noe om de mange dilemmaer og den usikkerheten som man kan kjenne på i en slik situasjon der ingen alternativer virker ideelle. Informanten opplevde at selv om det ikke var så veldig vanskelig å få tak i tolk på dagtid, var det lettest å få tolk hvis man bestilte på forhånd. På kveldstid og i helgene opplevde informanten derimot at det kunne være vanskelig å få tak i tolk:

Vi har jo hatt et tolkenummer som liksom er åpent på kvelden, men de er jo ikke det [ler], eller i helgene. Så det er jo litt sånn, man mister litt motet og litt tilliten til de, må jeg si. Men... men det er jo det igjen da, ikke sant. Hva er viktigst? Er det viktigst å sette denne familien i isolasjon eller er det viktigst å få tolk som vi kanskje får i morgen, liksom. Det er jo de avveiningene hele tiden.

I mangel på tolk i der-og-da situasjonen, fant informanten og smittesporingsteamet midlertidige løsninger. Å legge ved PDFer på ulike språk, utformet av FHI, var en av disse løsningene. En annen løsning, forbeholdt til nødsituasjoner, var Google Translate, sa informanten. “Bare sånn: ‘du er smitta, hold deg hjemme, vi ringer deg i morgen’”, forklarte informanten, og reflekterte videre:

Og den [Google translate] har jo fungert på et vis, da. Men igjen da, så er det jo det med disse barna. Jeg synes det har vært... Ja, ikke alltid, for du hører på barna at noen takler det bedre enn andre. Men, noen ganger så har jeg tenkt sånn, “uff”; altså, det er for mye ansvar på det barnet. Men igjen, det er ikke bare på grunn av korona eller ikke tolk. Det skjønner man, man skjønner jo at det er hele... [pause] altså, du kommer jo veldig nær veldig mange familier.

Informanten er her, slik jeg tolker det, inne på at gjennom smittesporingsarbeidet kommer smittesporerne tett på mange familier, og ser da på nært hold at det ligger mye daglig ansvar på barn i sårbare familier, der barna fungerer som oversettere i familien, både i bokstavelig og billedlig betydning.

Foruten tolketjenester, har spesielt Oslo-bydelene i stor grad benyttet seg av flerspråklig kompetanse blant smittesporere. Intervjudata fra ledere i Oslo kommune sentralt og på bydelsnivå (se kapittel 6) indikerer at ansettelse av smittesporere med flerspråklig kompetanse var et verktøy som i økende grad ble tatt i bruk fra høsten 2020. Mangfoldig språkkompetanse i smittesporingsteamet gjør at man blir mindre avhengig av rask tilgang til tolk. Dersom smittesporeren selv ikke snakker det aktuelle språket, kan hun spørre om indeksen/nærkontakten ønsker at en kollega som snakker det språket skal ringe opp igjen. Enkelte av informantene nevnte at de har erfart at det å snakke eget morsmål ofte i seg selv gjør at indeksen/nærkontakten blir mer avslappet i kommunikasjonen.

Kulturkjennskap kan også være viktig i møte med innbyggere. Noen av smittesporerne fortalte at de i noen tilfeller trekker på egen innvandrerbakgrunn. En informant visste for eksempel fra egen erfaring i familien at noen som snakker godt nok norsk i hverdagen kan bli "litt fornærmet" av forslaget om å bruke tolk. Derfor var informanten ekstra påpasselig med ordleggingen og presiserte at det er ment som et tilbud og en forsikring for innbyggere selv slik at de forstår og blir riktig forstått. Andre informanter med innvandrerbakgrunn opplevde eksempelvis at de kunne trekke på en innarbeidet høflig og respektfull måte å snakke med de eldre på, eller en forståelse av hvor skoen kan trykke når det gjelder tillit til myndighetene.

Foruten språklig eller kulturell kjennskap, nevnte flere informanter at smittesporeres kjennskap til bydelen eller kommunen var viktig. Det å kjenne til lokale behov hjalp i implementeringen og justeringer av tiltak.

Smittesporerne videreformidlet materiell fra for eksempel FHI til skriftlig orientering, i tillegg til den muntlige informasjonen de ga over telefonen. I intervjuene etterspurte smittesporerne enklere måter for folk å finne frem til slikt materiell selv, og kjappere oversettelse etter de mange endringene i regler, forbud, råd og anbefalinger. Disse intervjuene med smittesporere, som andre intervjuer vi har gjennomført for denne rapporten, tilsier at informasjon i mer muntlige format som videoer, filmsnutter og animasjoner som kan deles i sosiale medier fungerer godt blant innvandrere. Dette siste kommer også frem i andre rapporter og studier (Skogheim et al., 2020, Brekke, 2021b).

Smittesporings organisering og smittesporernes rolle

Det var spesielt mye omdisponering av kommuneansatte i tidlige faser av pandemien. I praksis betyr slik omdisponering oftest at smittesporingen kommer i tillegg til andre oppgaver man har i sin daglige jobb. Jevnt over, virker det som at smittesporingsteamene først ble forsterket høsten 2020. Ifølge informantene i de større kommunene, ble flere smittesporere ansatt på heltid fra rundt oktober–november 2020.

Alle informantene kom inn på at god smittesporing krever et godt miljø for samarbeid og dialog med kolleger slik at man kan gi, og motta, tilbakemeldinger. I intervjuene, gjennomført våren og høsten 2021, ga smittesporerne uttrykk for at de hadde utviklet gode rutiner og systemer som gjorde arbeidet mer effektivt. Der det hadde vært vedvarende høyt smittetrykk, nevnte flere at opplevelsen av virkelig gode rutiner og systemer først hadde kommet mot slutten av den tredje bølgen, altså tidlig på våren 2021.

De mindre kommunene hadde, etter de første tilfellene i Norge i mars 2020, rukket å planlegge og utvikle rutiner før utbruddene de fikk høsten 2020. En utfordring for disse kommunene gikk blant annet på at det hadde vært, og til dels fremdeles var, mye omdisponert personell som jobbet med

smittesporingen, slik at det i hovedsak var et relativt lite team. Når det først var et omfattende smitteutbrudd, ble det intense dager og uker hvor teamet jobbet store deler av døgnet. Et mindre team hadde imidlertid, slik informantene beskrev det, fordelene at det var lettere å organisere seg og få til en samlet teamfølelse. En smittesporer på et større sted der man bevisst hadde valgt å beholde et relativt lite team, til tross for vedvarende smittetrykk, beskrev også størrelsen på teamet som en fordel når det kom til å skape en teamfølelse.

Flere av informantene i slike mindre team nevnte at det å kunne jobbe fysisk fra samme sted, med muligheten til å holde den avstanden som var påkrevd i ulike stadier av pandemien, hadde hjulpet på samarbeidet. De trakk blant annet frem den korte veien til å kunne lufte skjønnsmessige vurderinger med kolleger i fysisk nærhet som en fordel.

Kontrasten er stor mellom slike mindre team som i stor grad har kunnet jobbe fra et felles lokale sammenliknet med de større teamene, der bruken av hjemmekontor ser ut til å ha vært mer utbredt. Dette henger antakelig delvis sammen med at det i større team er vanskeligere å finne egnede lokaler der smittesporerne kan jobbe fysisk fra samme sted.

Med tanke på at teamene gjerne har vært større i Oslo-bydelene med vedvarende høyt smittetrykk, og ut fra informantenes beskrivelser, virker det som at veien til gode strukturer har vært lenger i disse bydelene. En informant som hadde vært med på smittesporingen i bydelen fra relativt tidlig i pandemien, opplevde å ha "vært med på en prosess" som inkluderte fortløpende identifisering av behovet for rutiner innad i smittesporingsteamet, som vedkommende så i sammenheng med behovene blant bydelens innbyggere:

For det ble veldig mye informasjon på kort tid. Og så skal man besvare telefon når folk er redde, det er en uforutsigbar og usikker tid for mange... for barn, foreldre, folk som ikke kan, som ikke har faste jobber. Vi har litt sånne problemstillinger i bydelen. At folk ikke har mulighet til å ha hjemmekontor, det er renholdere, det er barnehagelærere. Det er folk som må ta offentlig transport, mange har ikke egne biler, mange hadde ikke mulighet til å kjøre ut for å ta test. Så det var mange sånne rutiner vi trengte å ha... oversikt over telefonnumre, hvem kan vi kontakte på dag og på kveld og på helg, tilgjengelighet, samarbeid med andre bydeler og kommuner. Hvem kan vi konferere med? For det er jo mye ansvar, egentlig. Det er et stort fagområde som plutselig ble tildelt ikke-helsepersonell også.

Informanten beskriver her behovene blant bydelens innbyggere. Disse behovene forsterker nødvendigheten av rutiner og oversikt innad i teamet. Informanten reflekterte videre:

For det ble litt mange informasjonskanaler. Vi sender på melding, vi jobber hjemmefra, det er en annen måte å jobbe på, det sendes litt på chat, det sendes på mail og det sendes på Intranettsiden. Så man blir litt sånn... man kan fort miste viktig informasjon.

Fordi de fleste i teamet hadde jobbet hjemmefra siden november–desember 2020, hadde de jobbet for å utvikle gode, digitale møtestrukturer, for eksempel det å ha et samlet møte ved vaktskifte, på begynnelsen av dagen og på slutten av dagen. Også i de andre større teamene, fortalte informantene at de over tid hadde utviklet strukturer for samarbeid, som for eksempel vakt-skifte-møter og Teams-grupper der de kunne stille spørsmål og tenke høyt med hverandre.

Flere informanter pekte på at det er når man er på vei inn i en ny smittebølge at man trenger nye smittesporere som mest. Samtidig er det akkurat da man har minst tid og ressurser til opplæring

og oppfølging av nye smittesporere. Både informanter i større og i mindre team pekte på denne utfordringen, men utfordringen er antakelig større der et allerede stort team blir enda større på kort tid. I tillegg er det i pandemiens natur at man må prøve ut, evaluere og justere rutiner og tilnæringsmåter etter hvert som ny kunnskap blir tilgjengelig. Smittesporerne fortalte at denne kombinasjonen av stadige endringer og mange nyansatte på en gang kan føre til flere feil, noe som tærer på ressursene til de som har holdt på med smittesporing lenger fordi de må finne og rette opp feilene.

Flere av smittesporerne hadde selv ikke fått opplæring annet enn på de tekniske løsningene for registrering og melding nettopp fordi de kom inn i arbeidet i forbindelse med store utbrudd. Særlig gjaldt dette på begynnelsen av pandemien, mens det ennå var få smittesporere i kommunen/bydelen. Ved intervjudispunktet, var opplæringen delvis digitalisert, for eksempel gjennom moduler utviklet av Helseetaten i Oslos tilfelle. Enkelte av informantene refererte til dette som “den teoretiske” delen av opplæringen. Mye av opplæringen ellers gikk gjennom å lytte til kollegers samtaler med smittede og nærkontakter, for så å prøve selv å ha en slik samtale mens mer erfarne kollegaer lyttet. Slik kunne man diskutere eventuelle utfordringer man møtte på i de første samtalene.

Likevel virker det som at mye av opplæringen har handlet om å bli kjent med de mange skjemaene og systemene der smittesporerne skal plote inn informasjon. De ulike måtene en person kan reagere på mulig smitte – fra frykt og redsel til sinne og frustrasjon – var ved intervjudispunktet med i opplæringen i samtlige kommuner. Men nøyaktig i hvor stor grad slike mellommenneskelige og kommunikative aspekter ble vektlagt i opplæringen, syntes fremdeles å være avhengig av tidspress og ressurser.

Flere av informantene kom inn på at det også var mye uformell læring i det daglige arbeidet, gitt de mange vurderinger og justeringer som smittesporingen har vært avhengig av. “Vi blir aldri ferdig med opplæringen”, var slik en informant beskrev dette. Informanten pekte på at smittesporingen er avhengig av god kommunikasjon i hvert enkelt tilfelle, og sa: “Du må kunne snakke med folk, for å si det sånn”. Vedkommende hadde ikke helsefaglig bakgrunn, opplevde å ha god kontroll på det å “kunne snakke med folk” gjennom sin tidligere jobberfaring, men syntes at korrekt og nøyaktig utfylling av skjemaer og registrering i de ulike systemene var vanskeligere.

Smittesporerne blir godt kjent med befolkningen i sin kommune eller bydel og utarbeider erfaringsbaserte tilnærminger og metoder deretter. Slik erfaringsbasert læring er en tid- og ressurskrevende prosess som også krever mye av teamet og den enkelte smittesporer. Et av spørsmålene i intervjuguiden dreide seg om ressurser og annet som smittesporerne har savnet for å kunne utføre sitt arbeid. Svarene på dette spørsmålet tilsier at smittesporerne har savnet tettere koordinering på et mer overordnet nivå. Noen av smittesporerne savnet for eksempel digitale seminarer der de kunne lære mer fra fagfolk og covid-19-arbeidet andre steder i landet; “faglig påfyll” som en informant kalte det. Andre ga uttrykk for at de har lært mye i sine team som de gjerne vil dele med andre. En av smittesporerne nevnte at deres team i en Oslo-bydel nylig hadde blitt kontaktet av en kommune som opplevde et av sine første utbrudd, og at de var glade for å kunne dele sine erfaringer med dem.

(Mis)tillit, stigmatisering og skam

Informantene var bevisste på at det mellommenneskelige aspektet er viktig for å ivareta personer i en sårbar situasjon. De beskrev dette på ulike måter, for eksempel gjennom uttrykk som “å se hele mennesket”, “å møte dem der de er”, og at personen skulle “føle seg sett og lyttet til”. Enkelte informanter kom inn på at den sårbare situasjonen følger med beskjeden om mulig smitte og blir forsterket av at smittesporerne ringer på vegne av norske helsemyndigheter. Informantene ga uttrykk for en bevissthet rundt at denne kombinasjonen krever å opprette tillit og god kommunikasjon for å kunne ivareta indekser og nærkontaktens behov og samtidig få den informasjonen som trengs for god og effektiv smittesporing.

I noen tilfeller kan slik tillit og kommunikasjon opprettes gjennom at smittesporeren tar på seg en rolle som jeg, basert på intervju materialet, vil beskrive som å være en samtalepartner. Det kan eksempelvis være i situasjoner der det er mistillit til myndighetene som gjør at personen holder igjen på informasjon om sine nærkontakter. Blant ungdom kan dette dreie seg om mistillit til politiet og en misoppfatning om at smittesporerens rolle er å informere politiet.

Et par av informantene nevnte spesifikt innvandreres mistillit til politikere. I smittesporingen hadde de erfart at noen innvandrere heller vil høre fra ekspertene og helsemyndighetene og spurte seg hvorfor det var politikere som ledet pressekonferansene om covid-19. En av disse informantene hadde også fått spørsmål om vaksinasjon, av typen “hvis vaksinen er så bra, hvorfor vil ikke Erna eller Bent ta den?”. Dette var før det ble daværende statsministers og helseministers tur til å bli vaksinert, og indikerer et annet blikk på den norske modellen der også politikere skal vente på tur.

Flere informanter kom inn på stigmatisering og skam blant innvandrere, selv om dette ikke var et eksplisitt tema i intervjuguiden. I to av kommunene hadde det vært større utbrudd som i stor grad var knyttet til innvandrerbefolkningen, det ene i en moské og det andre i en kirke. I begge tilfellene hadde smittesporingen til å begynne med vært vanskelig fordi flere ikke ville oppgi at de selv eller andre de kjente hadde vært til stede. Smittesporerne knyttet denne vegringen til skam og frykt for konsekvenser. Begge kommunene brukte sine tilgjengelige ressurser, som innvandrersorganisasjoner og Flyktningsjenesten, som hjelp til å kommunisere med de det kunne gjelde.

Ved det ene tilfellet, var det snakk om en relativt nyankommen befolkning med samme landbakgrunn der få voksne snakket godt norsk, samtidig som at det var få tolker i Norge med rett språkkompetanse. Flyktningsjenesten, som kjente denne befolkningen godt gjennom bosettingsarbeidet, visste at det var mye kontakt innad i denne gruppen. Fordi kommunen fikk inntrykk av at flere var bekymret for konsekvenser og vegret seg for å oppgi sine nærkontakter, ble løsningen at smittesporingens ledere sammen med Flyktningsjenesten reiste hjem til mange av innbyggerne med denne landbakgrunnen og testet dem der. Dette var en liten kommune og Flyktningsjenesten hadde god oversikt over hvem som var bosatt hvor, samtidig som at disse personene kjente de ansatte i Flyktningsjenesten og hadde lettere for å lytte til, og stole på, dem. Med denne løsningen fikk kommunen stoppet utbruddet i løpet av en ukes tid.

Også i det andre tilfellet var det hovedsakelig snakk om personer med samme landbakgrunn. Smitteporingsteamet fikk med seg to ressurspersoner i miljøet i en ringerunde for å fortelle om viruset og viktigheten av å teste seg, samt praktisk informasjon om hvor og hvordan man kunne teste seg. En av informantene påpekte at kommunen i sin kommunikasjon hadde vært veldig tydelig på at

det ikke handlet om “å peke noen pekefinger”, men at det “kun handlet om å få isolert smitten”. Vedkommende opplevde at dette bidro til at personene åpnet seg mer for smittesporingen.

Smittesporerne som nevnte disse utbruddene kom inn på at det på sitt vis “hjalp” at det i kommunen ikke lenge etter også var utbrudd i kirkesamfunn uten mange innvandrere. En av smittesporerne uttrykte det slik:

Det var på en måte litt godt at det skjedde fordi da fikk man flytta litt fokus, at “dette handler ikke om etnisitet”, eller, “dette handler om at nå skal vi ikke samles, uavhengig av hvem som samles”. Jeg tror det var litt greit, egentlig, at vi fikk det trykket der. For det letta nok litt den her irritasjonen som jeg tror enkelte hadde bygd seg opp mot innvandremiljøer fordi at enkelte var ganske lei av de tiltakene.

Samtlige smittesporere var inne på at det er viktig i smittesporingsarbeidet å få frem at hvem som helst kan bli smittet fordi det ikke skal være skambelagt å være smittet av covid-19. Flere nevnte at den jobben blir vanskeligere med mediens negative vinklinger om innvandrere og covid-19. Slike utsagn antyder at usikkerheten og de negative konsekvensene som pandemien medfører kan gjøre tonen i samfunnsdebatten hardere, noe som igjen kan øke opplevelsen av skam og stigmatisering og dermed gjøre smittesporingen vanskeligere.

Men det er ikke bare et negativt fokus fra storsamfunnet som kan forsterke følelsen av skam. Smittesporerne opplevde at det også innad i noen innvandrergrupper kan være en del skam knyttet til smitte. Flere informanter erfarte imidlertid at det ble lettere for folk å fortelle om smitte etter hvert som flere hadde vært smittet.

Eksemplene fra smittesporernes refleksjoner viser at opplevelser av stigma og skam kan ha konsekvenser for smittesporingen. De illustrerer også hvor viktig den offentlige kommunikasjonen fra kommunene er for å underbygge det helsefaglige grunnlaget som smittesporingen bygger på: at det ikke skal være skam eller stigma knyttet til å være syk. Å kommunisere dette budskapet og samtidig være åpen om informasjon som man har om smitteutbrudd i bestemte innvandrergrupper krever god begrepsbruk. Intervjuene med smittesporerne, med kommuneansatte (se kapittel 5 og 6) og med innvandrere (se kapittel 8 og 9) som helhet understreker utfordringene i balansegangen mellom kommunikasjonen av nødvendig informasjon og å motarbeide en forsterket opplevelse av skam og stigmatisering blant noen befolkningsgrupper. Disse komplekse temaene, som lenge har vært sentrale i forskning om migrasjon og integrering, blir noe av det vi skal undersøke nærmere i det videre arbeidet med intervjumaterialet fra denne rapporten.

Oppsummering

Intervjuene i denne studien illustrerer først og fremst kompleksiteten som smittesporerne har måttet jobbe med på daglig basis. I tillegg til å “kunne snakke med folk”, må smittesporere være særs nøye i registreringen av informasjon i flere systemer og format. Denne kombinasjonen av ferdigheter og egenskaper er ikke lett tilgjengelig hos alle. Sykepleiere og smittevernleger har gjennom sin utdanning erfaring med både det mellommenneskelige og nøyaktig registrering og lesing av informasjon, men det er ikke alle smittesporere som har helsefaglig bakgrunn. Når det i tillegg til tider har vært manglende tidsressurser til grundig opplæring av nye smittesporere, kan arbeidet oppleves som vanskelig for både den enkelte smittesporer og for smittesporingsteamet som helhet.

God smittesporing krever at man tilpasser tilnærmingen til hvert enkelt smittesporingstilfelle. Smittesporingen har i løpet av pandemien utviklet seg gjennom erfaringsbasert læring. Denne utviklingen skjer nødvendigvis gjennom et samspill mellom det nasjonale og det lokale, men også mellom kunnskapen som erverves sentralt gjennom mer systematiske studier og kunnskapen som erverves i praksis gjennom erfaring og kollegial læring. På den ene siden, betyr dette samspillet at hvert enkelt team har kunnet tilpasse smittesporingen til sitt lokalmiljøes behov og sammensetning. På den andre siden, betyr den erfaringsbaserte og lokale tilnærmingen at det er få kanaler der smittesporere ulike steder i landet har kunnet trekke på hverandres erfaringer direkte, uten å måtte gå gjennom for eksempel kommuneoverleger eller FHI. Denne manglende fellesplattformen har formodentlig bidratt til å gjøre den tilpassede tilnærmingen ekstra ressurskrevende, med økt risiko for dobbeltarbeid. Flere av smittesporerne savnet nettopp kanaler for erfaringsutveksling og kunnskap utenfor smittesporingsteamet de var del av.

Når det gjelder smittesporingen blant innvandrere spesifikt, har språklige utfordringer vært tilleggsdimensjoner i arbeidet. I det sammensatte bildet som smittesporerne må forholde seg til, ga smittesporerne uttrykk for at det jevnt over var mer likheter enn forskjeller mellom personer med og personer uten innvandrerbakgrunn; smittesporingen måtte uansett tilpasses personen de var i kontakt med. Erfaringer som kommer frem i disse intervjuene er at kommunikasjonen kan styrkes ved at smittesporeren snakker ens morsmål eller ved at man bruker tolk. Betydningen av at smittesporerne bruker god tid på å besvare spørsmål som indeksen eller nærkontakten har er et annet eksempel på erfaringer av vesentlig betydning.

Oppsummert, har smittesporerne møtt på noen språklige tilleggsbarrierer og dilemmaer i smittesporingen blant innvandrere og utformet og tilpasset sine verktøy deretter. Når denne tilpasningen innebærer forsinkelser på grunn av sene oversettelser av nye forbud og anbefalinger, eller det å få tak i en tolk, er det vanskeligere å unngå forsinkelser i smittesporingsarbeidet. Intervjuene med smittesporerne gir en klar indikasjon på at slike forsinkelser har funnet sted, men det er vanskelig basert på dette materialet å si i hvilken grad dette har vært tilfelle, og i hvilke faser av pandemien.

Takk til:

Takk til alle smittesporerne som har funnet tiden til å la seg intervjuet til denne studien. Og takk til Lema Hussaini for hjelp med transkribering.

Hvordan sitere dette kapittelet:

Ezzati RT, (2021). Kapittel 7: Erfaringer fra felt: smittesporerne, i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Kapittel 8

Årsaker til forskjeller i korona-smitte i tre innvandrer miljøer

Av Jan-Paul Brekke, Institutt for samfunnsforskning

Dette er en utvidet og oppdatert versjon av tekst som tidligere har vært publisert i delrapport 1

Hva er årsakene til at det er mer korona-smitte blant enkelte grupper med innvandrerbakgrunn? Som vi har sett i denne og tidligere rapporter (IMDi, 2020; Indseth mfl., 2021d), kan en rekke faktorer påvirke smittetrykket i grupper av befolkningen. I dette kapitlet skal vi se nærmere på hvordan ulike årsaker blir oppfattet i tre innvandrer miljøer og blant ansatte og frivillige i bydel Stovner i Oslo, en bydel som har vært spesielt hardt rammet av pandemien. Gjennom kvalitative intervjuer ser vi på miljøer med ulikt smittetrykk; det norskpakistanske (høyt), det norsksomaliske (høyt), og det norsktamilske miljøet (lavere).

Dette kapitlet er andre runde med rapportering fra Stovner-studien (se Brekke, 2021b). Beskrivelsene er nå supplert med utdrag fra intervjuene og en drøfting av forskjellene mellom gruppene. Målsettingen er fortsatt å systematisere og drøfte årsaksbildene for de ulike gruppene. Det overordnede forskningsspørsmålet for prosjektet er: Hva kan forklare forskjellene i smittetrykk?

Kapitlet består av en kort presentasjon av metoden som er brukt, fulgt av en beskrivelse av de tre innvandrer miljøene som inngår i studien. Basert på intervjuene med innvandrergruppene, de ansatte i bydelen og representanter for sivilsamfunnet skisseres så en liste med årsaker til smitte. Denne listen med årsaker brukes deretter til å organisere informasjonen fra informantene om årsaksbildene i de tre landgruppene. Kapitlet avsluttes med en drøfting av forskjellene mellom gruppene og mulige koplinger til forskjellene i smittetrykk.

Om studien

Stovner-studien som legges frem i dette kapitlet inngår i en bredere kvalitativ studie om hva som kan forklare forskjeller i smittetrykk i enkelte innvandrer miljøer. I 2022 vil funnene fra Stovner holdes opp mot et tilsvarende intervju materiale fra Bergen og Drammen. I disse kommunene vil vi intervju personer fra andre innvandrer miljøer, deriblant personer med polsk, litauisk, vietnamesisk og tyrkisk bakgrunn.

For å belyse spørsmålet om forskjeller i smitte i Stovner bydel ble det gjennomført intervjuer med 26 informanter. Disse er fordelt på ansatte i bydelen med ansvar for pandemihåndteringen og mangfoldsarbeid, frivillige organisasjoner, samt personer med norskpakistansk, norsksomalisk og norsktamilsk bakgrunn. Flere av informantene som hadde slik landbakgrunn jobbet i bydelen eller var aktive i frivillige organisasjoner.

Intervjuene ble gjennomført digitalt på Microsoft Teams, Zoom og telefon i løpet av våren 2021 (mars til juni), det vil si under den tredje smittebølgen i Norge. Intervjuene var semi-strukturerte og varte mellom én og halvannen time. Informantene ble rekruttert blant annet gjennom nettverk i de lokale innvandrermiljøene og frivillige organisasjoner.

Studien er avgrenset til et geografisk område blant annet for å kunne forstå samspillet mellom menneskene som bor i området, boforhold og smitteverntiltak. Dette var også grunnen til at vi valgte å intervjuer både innbyggere med bakgrunn fra de tre landene, ansatte i bydelen og personer som var engasjert i frivillige organisasjoner.

Samtlige informanter ble bedt om å vurdere ulike mulige årsaker til smitten i de tre gruppene i tillegg til i befolkningen ellers. Videre ble de bedt om å vurdere forhold som fremmer og hemmer villigheten til å teste seg og til å ta vaksine.

Hva menes med årsaker?

Spørsmålet om forskjeller i smitte krever en avklaring av hva som menes med årsak samt en vurdering av hvilke nivåer analysen skal dekke.

Det som søkes forklart er forskjeller i smitte mellom innvandrergrupper og mellom disse og befolkningen ellers. Vi har med andre ord et resultat og skal se etter forklaringer, etter årsaker. Men, årsaker kan forstås på flere måter. I klassiske naturvitenskapelige studier vil man ofte ha en streng definisjon av hva som er en årsak, det vil si at årsaken alltid må være til stede, for eksempel når det skjer smitte, og ikke kan være til stede hvis det ikke oppstår smitte (Brady, 2011).

I samfunnsvitenskapelige studier brukes gjerne årsak om forhold som kan øke sannsynligheten for at et fenomen inntreffer (Gerrig, 2005).³ Ofte vil flere årsaker være til stede samtidig, slik som for eksempel at boforhold kan være én av flere årsaker til smitte. Det kan bidra til smitte, for eksempel hvis en del andre forutsetninger er til stede (Swartz, 1997). Det er denne forståelsen av årsak som blir brukt her. Den innebærer at ulike kombinasjoner av årsaker kan gi samme resultat, for eksempel smitte, for ulike grupper. Her skal vi lete etter slike sett med årsaker (Hedstrøm, 2005).

Det er flere måter man kan dele inn de ulike mulige årsakene til smitte i innvandrerbefolkningene på. Man kan for eksempel skille mellom årsaker som er knyttet til innvandrerbakgrunn på den ene siden, slik at språk, botid, kontakt med diaspora, transnasjonal kontakt (reiser, normer og informasjonskilder), og årsaker som er uavhengig av dette på den andre. Videre kan man identifisere årsaker på ulike nivåer, eksempelvis på transnasjonalt nivå, nasjonalt nivå (som informasjon, stigma i media), bydelsnivå (informasjonsarbeid, tilgjengelighet), gruppenivå (historikk, organisering, omgangsformer, tradisjoner, normer), husholdningsnivå (familieformer, boform og størrelse, familiestørrelse, levekår), individnivå (utdanning, arbeid, holdninger og handlinger). Sist, kan det også gjøres et skille mellom forhold som bringer smitte inn i husholdningene, og forhold som forsterker smittefaren når én i husholdningen først er smittet.

De tre gruppene

De tre gruppene ble valgt ut dels fordi de var ulikt berørt av smitten, men også fordi de er tre grupper av en viss størrelse i Oslo og i bydel Stovner. Tanken er at den norsktamilske gruppen, som har hatt et begrenset smittetrykk, skal kunne gi en kontrast til den norskpakistanske gruppen og den norsksomaliske gruppen som har hatt større smittetrykk. Studiedesignet åpner også for at det kan være ulike årsaker som forårsaket høyt smittetrykk i de to siste miljøene.

Det er store forskjeller mellom de tre innvandrergruppene i befolkningsstørrelse, innvandringshistorie og sammensetning. Mens de første pakistanske arbeidsinnvandrerne kom for drøyt femti år siden, og nå har fått barn og barnebarn, så har somalierne kommet de siste femten, tjue årene som asylsøkere og familiegjenforente. Tamilene kom i flere runder, dels som flyktninger fra en langvarig borgerkrig på Sri Lanka, dels som studenter og familie. I dag bor det rundt 40 000 personer med norskpakistansk bakgrunn i Norge, hvorav 17.000 er etterkommere.¹ Den norsksomaliske gruppen utgjør rundt 43 000. Etterkommere utgjør 15 000 av disse. Gruppen fra Sri Lanka er vesentlig mindre enn de to første. I 2021 bodde det rundt 16 000 i Norge med bakgrunn herfra, hvorav 7000 var etterkommere.²

Det er også store forskjeller internt i gruppene. Dette gjelder ofte mellom første generasjons innvandrere og etterkommerne. Til tross for ulik botid i landet, så har nå etterkommere i stor grad blitt deltakere i samfunnet på linje med befolkningen ellers, for eksempel når det gjelder utdanning og arbeid (Midtbøen, 2019). Det er også store forskjeller innen hver generasjon. Dette kan for eksempel gjelde språkkunnskaper, ressurser og bosituasjon. Når vi omtaler årsaker som kan forklare forekomsten av smitte i de tre gruppene, så kan det virke unøyaktig, siden det vil være stor variasjon i gruppene på alle punktene som omtales. Vi mener likevel at så lenge leseren har med denne variasjonen inn i tolkningen av intervjumaterialet, så vil denne sjablongmessige fremgangsmåten kunne forsvares.

Stovner Bydel

Stovner bydel ligger lengst nordøst i Oslo, øverst i Groruddalen. Bydelen består av en blanding av blokker, rekkehus og eneboliger, fordelt på boligområdene Vestli, Haugenstua, Rommen, Fossum, Høybråten og Gamle Stovner. Bydelen har en befolkning på 33 000 hvorav rundt 20 000 er innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre.⁷ De største landgruppene i innvandrerbefolkningen har bakgrunn fra Pakistan, Sri Lanka og Somalia. En oversikt over levekårsindikatorer viser at bydelen har en høyere andel med lav utdanning enn gjennomsnittet i Oslo, og at det samme gjelder andelen lavinntektsfamilier og personer utenfor arbeidsmarkedet. Det er store forskjeller internt i bydelen. Mens enkelte boområder er sterkt berørt av disse utfordringene, så ligger områdene Høybråten og Gamle Stovner omtrent på nivå med resten av byen.⁸ Trangboddhet har stått sentralt i den offentlige debatten om hva som forårsaker overrepresentasjon av smitte i enkelte innvandrergrupper. Sett under ett er andelen som bor trangt i Stovner bydel omtrent som i byen ellers.⁹ Men, igjen er det store forskjeller mellom områdene innen bydelen, og på Rommen, Haugenstua og Fossum, så er andelen trangbodde vesentlig høyere enn på Høybråten og Gamle Stovner.

Smittetrykk på Stovner

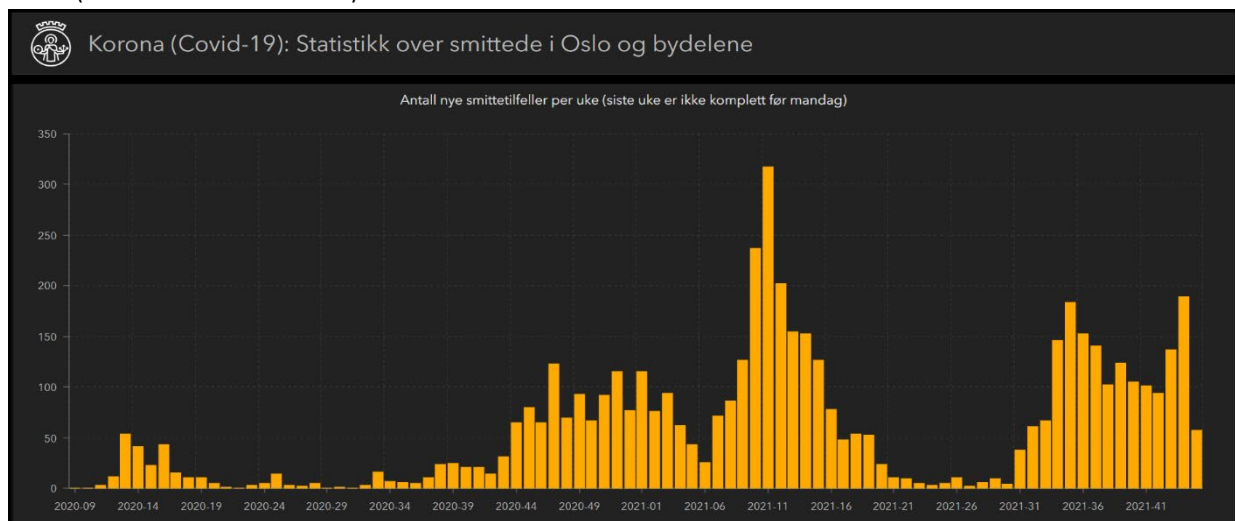
Totalt sett var Stovner den bydelen i Oslo med høyest andel smittede. Flere enn én av ti av innbyggerne i bydelen var registrert som smittet i perioden mellom mars 2020 og utgangen av mai

2021 (Oslo Kommune, rapport 25.mai.2021).¹¹ I byen som helhet, var tilsvarende tall vesentlig lavere, med én smittet per tjue innbyggere.

Ifølge tall for Stovner fra FHI har smittetrykket vært særlig høyt blant utenlandsfødte og blant norskfødte med utenlandsfødte foreldre.¹²

Som i andre deler av landet har befolkningen i Stovner bydel opplevd fire smittebølger. Bydelen ble særlig berørt av den tredje bølgen på våren 2021. Totalt var det registrert rundt 3500 smittede personer i bydelen fra mars 2020 til slutten av mai 2021 (Oslo kommune 2021).¹³

Figur 1. Antall nye registrerte smittetilfeller i Stovner bydel, per uke, mars 2020 til andre uke av september 2021. (faksimile Oslo kommune)



Det var like mange menn som kvinner som ble registrert smittet på Stovner og blant de smittede var det en noe større andel unge, det vil si opp til 29 år, enn i byen som helhet. Over halvparten av de som hadde blitt smittet frem til oktober 2021, var under 30 år.

Statistikk fra Folkehelseinstituttet viser at av de tre landgruppene som er med i denne rapporten, så var det personer født i Somalia som hadde høyest smittetrykk av de tre gruppene, fulgt av de som var født i Pakistan. De som var født på Sri Lanka hadde lavere smittetrykk.¹⁴ Disse tallene overensstemmer med nasjonale tall for de tre gruppene. Også nasjonalt finner vi at Pakistan og Somalia var blant gruppene med høyest andel registrerte smittede og innleggelse.¹⁵ Tallene for personer med bakgrunn fra Sri Lanka er lavere enn disse gruppene, men likevel høyere enn majoritetsbefolkningen.¹⁶

Tiltak i Stovner bydel

Bydelsadministrasjonen i Stovner bydel har innført en rekke tiltak knyttet til informasjon, smitteforebygging, testing, karantene og etter hvert vaksine. Her har man vært spesielt oppmerksomme på at tiltakene må nå frem til og sikre oppslutning fra innvandrerbefolkningen.¹⁷ Gjennom pandemien har bydelen samarbeidet tett med frivillige organisasjoner både innenfor og utenfor innvandremiljøene. Ifølge informantene har samarbeidet mellom sivilsamfunn og bydelsmyndighetene blitt vesentlig styrket gjennom de siste 18 månedene.

Allerede våren 2020 satte bydelen inn tiltak som blant annet omfattet tilrettelagt kommunikasjon rettet mot innvandrergupper, detaljert registrering og analyse av smittetilfeller og koronahotell. I smittebølge to og tre økte omfanget av innsatsen og tiltakene ble utvidet. I ettertid er det særlig tre tiltak som oppfattes som vellykket både av de ansatte i bydelen og av informantene fra de tre innvandremiljøene. Disse kom i stand vinteren 2021 og pågikk utover våren det året.

Koronaverter med gule vester ble plassert ut blant annet på Stovner senter for å informere og veilede befolkningen, samt dele ut munnbind og håndsprit. Vertene var unge personer med innvandrerbakgrunn, ofte i overgangen mellom videregående og arbeidslivet. Utover våren 2021 økte man antall verter til 70, noe som gjorde at det alltid var koronaverter på plass ved alle inngangene til senteret, ved T-banen og etter hvert også ved butikker i andre områder i bydelen.

En **mobil testbuss** ble sikret gjennom en avtale med kommunen sentralt og først plassert utenfor Stovner senter. Bussen tilbød dropp-in testing, allerede før dette ble vanlig andre steder i Oslo. Bussen var mobil og ble brukt ved flere tilfeller der ansatte i bydelen banket på dører for å informere om smittevern og oppfordre til testing. Testbussen ble så plassert utenfor de samme boligområdene dagen etter dør-til-dør aksjonene.

Dør-til-dør aksjoner ble oppfattet som spesielt vellykket av de ansatte i bydelen (se også kapittel 10). Her gikk man målrettet fra en oppgang til neste, banket på dører, delte ut munnbind og håndsprit, informerte om smittevern, testing og vaksine, samt svarte på spørsmål fra beboerne. Informantene fra bydelsadministrasjonen opplevde at disse besøkene ble meget godt mottatt, og man så også økt bruk av testbussen som fulgte opp dagen etter aksjonen.¹⁸

En årsakstypologi

Informantene i studien ble bedt om å gi sin vurdering av hva som kan være årsaker til variasjonen i smittetall. Intervjuene med personer fra de tre innvandremiljøene, med ansatte i bydelen og med frivillige organisasjoner brakte frem en omfattende liste med årsaker som kan bidra til at innvandrerbefolkninger blir spesielt rammet av pandemien. De som var en del av innvandremiljøer, ble bedt om å vurdere årsaker både i egen gruppe og på tvers av grupper. Det er ikke enkelt å slå fast hvor godt informantene selv treffer med sine vurderinger. I tillegg kan det tenkes at andre forhold kan virke inn i tillegg til de som omtales her. Videre kan årsakene som nevnes nedenfor ha hatt en større eller mindre betydning på ulike tidspunkter i pandemien, og ulik betydning for ulike grupper.

I tillegg til å vurdere sitt syn på årsakene til variasjon i smitte, fortalte informantene med innvandrerbakgrunn også om sine egne og familienes håndtering av pandemien. Til sammen kan denne informasjonen om mulige årsaker fremstilles i tabell 1, der vi skiller mellom brede årsakskategorier, undertyper av årsaker, og eksempler.

Tabell 1: Relevante mulige årsaker til smitte, kategorier, undertyper og eksempler

KATEGORI	TYPER	EKSEMPLER
Boforhold	Type bolig, størrelse husholdning, trangboddhet, sosiale omgivelser og naboskap	Antall nærkontakter i bolig, muligheter for å isolere seg i boligen, deling av rom, antall bad, antall barn per soverom, nærhet til familie i andre boenheter og felles kontaktflater i oppgang, heis og vaskerom
Kommunikasjon	Lite kunnskap om målgruppen, inkludert bruk av kanaler, plattform og tillit. Språkbruk, digitale barrierer, feilinformasjon i sosiale medier	Informasjon fra (sosiale) medier i hjemland, lav digital kompetanse, manglende tillit til avsender, bruk av skriftlig informasjon fremfor muntlig/video, manglende klarspråk med tydelig budskap, behov for ressurspersoner med helsebakgrunn fra egen gruppe, ikke allerede etablerte kanaler
Arbeid, skole	Arbeidstype, arbeidssituasjon, heltid/deltid, flere jobber, utdanningsløp, kontakt i skole og barnehage	Utsatthet i arbeid, førstelinje, hjemmekontor, jobb eller barn i skole og utdanning, kontaktflater før, under og etter fysiske møter, smittekunnskap og vaner ervervet gjennom arbeid og skole
Levekår	Tilknytning til arbeidslivet, utdanning, inntekt, mulighet for deltakelse	Samspill mellom levekårsulemper, muligheter for forebygging, kommunikasjon og oppfølging
Helse	Helsekunnskap, underliggende helse, sykdomsnormer	Variierende kunnskap, sykdomstradisjoner, genetik, skam, tabu og stigma knyttet til helse og pandemien
Reising	Reiser til hjemland, til øvrig diaspora, jobb- og feriereiser	Variasjon i forståelse av nødvendige reiser, bryllup og begravelser, flerbolig og transnasjonale bånd
Familietype	Kjernefamilie, flergenerasjon, storfamilie	Forventninger til familiesamlinger, kontakt, kommunikasjon og flerlandsfamilier
Integrering og utenforskap	Botid, innvandringshistorie, grad av deltakelse, diskriminering, stigma	Språk, opplevelser og fortrolighet med helsesystem, splittet fokus hjemland/Norge
Tradisjoner	Samlinger, høytider, religiøs praksis, omgangsformer	Forventninger om deltakelse, transnasjonale samlinger, press, skjebnetro, syn på medisin
Smitteatferd	Etterlevelse, risikoopplevelse, respons på smitte	Hendelser som gjør at man innser alvor, utfordringer i bruk av koronahotell, motvilje mot å oppgi nettverk til smittesporere
Organisering	Nettverk, nettverkstyper, organiseringsgrad	Nasjonalt samlende organisasjoner for gruppen? Gruppetiltak innenfra? Tillit i gruppa (horisontal og vertikal), karantenehjelp fra gruppa?
Tiltaksmatch	Tilgjengelighet, tilrettelegging, mottagelighet og bruk, vaksinerings, offentlig-frivillig samarbeid	Fysisk tilgjengelighet for testing og vaksinerings, etablert tillit og bruk av helsetjenester, holdninger og praksis knyttet til vaksinerings, ansattes syn på vaksinerings

Oversikten i tabell 1 viser at listen med mulige årsaker inneholder elementer alle nivåene som ble nevnt over, det vil si på det transnasjonale nivået (som reiser, informasjon fra hjemlandet), nasjonalt nivå (informasjon), bydelsnivå (innretting lokale tiltak, kommunikasjon), gruppenivå (organiseringsgrad, tradisjoner), husholdningsnivå (bolig, familiestørrelse), og individnivå (som yrke, kompetanse og smittatferd).

Tradisjoner er satt opp som en av årsakskategoriene i tabell 1. I den offentlige debatten har man diskutert spørsmålet om kultur eller etnisk bakgrunn kan forklare smittetforskjeller i innvandrerbefolkninger (Søggård & Kan, 2021). Enkelte informanter i denne undersøkelsen brukte også kulturbegrepet, for eksempel i omtalen av hilse- og klemmekultur. Andre var kritiske til å bruke dette begrepet. Selve begrepet er omstridt i faglitteraturen og mange er nøye på å ikke bruke kulturbegrepet på en måte som låser medlemmene i en gruppe til en nær uforanderlig kultur som bestemmer deres handlinger (Bennet, 2015). Andre retninger innen kulturstudier peker på kultur som noe som kommer til uttrykk i handling, som noe som er i stadig forandring. I denne studien er kultur i form av verdier, normer, forventninger og vaner relevant i den grad den kommer til uttrykk i handlinger som øker eller minsker risikoen for smitte og sykdom. I tabell 1 bruker vi derfor tradisjoner som overskrift over disse fenomenene, selv om kulturbegrepet også brukes i den videre teksten, men da som påpekning av bestemte handlinger.

Når man ser på listene over årsaker i tabell 1, er det også klart at kategoriene overlapper og at de i tillegg er nært knyttet sammen. Levekår, tilknytning til arbeidslivet, integrering og utenforskap vil for eksempel kunne sies å dekke flere av de samme fenomenene. Samtidig ser vi på undertypene av årsaker at det kan være nyttig å holde disse årsakskategoriene fra hverandre i den videre analysen av de tre innvandrergruppene.

Årsaker i tre innvandrergrupper

Hvordan faller så disse årsakene ut når det gjelder de tre innvandrergruppene som er med i denne intervjuundersøkelsen? Nedenfor presenterer vi først hvordan informantene beskrev betydningen av de ulike typene årsaker, illustrert med sitater fra intervjuene. Deretter samler vi disse landspesifikke vurderingene av årsakene i en oversikt for alle gruppene, før vi drøfter årsakene på tvers av landgruppene.

Boforhold

Informantene på Stovner mente at boligforholdene i bydelen hadde stor betydning for smittespredningen og bidro til forskjellene mellom gruppene. De mente det gikk skarpe skiller mellom de ulike delene av bydelen som var kjennetegnet av hvilke boliger som dominerte.

Vi skiller mellom blokk-Stovner og hus-Stovner. De er de som bor i blokk-Stovner som blir rammet. Det er de som bor trangt og som ofte har barn på skoler i ulike deler av bydelen og byen. Her har barna og de voksne mange kontakter. Det er vanlig at de bor fire på ett rom, og de har ikke sjans til isolere seg (Kvinne, 20-årene, norsksomalier)

De fleste med somalisk bakgrunn bor i utleie-leiligheter i blokkene på Vestli og Fossum. Hoveddelen av de med pakistansk bakgrunn bor i rekkehus eller eneboliger som de eier selv, mens de i den norskpakistanske gruppen som bor i leiligheter, ofte bor nær annen familie, for eksempel i samme oppgang, ifølge informantene. Den tamilske gruppen fordeler seg ifølge informantene fra denne gruppen selv, på flere boligtyper, men bor ofte i rekkehus eller eneboliger og eier i stor grad

boligene selv. Ifølge informantene var det variasjon når det gjaldt bolig for alle gruppene, inkludert den norsksomaliske gruppen, der “noen etterkommere har fått seg utdanning (og bor bedre), mens andre ikke har det og bor trangere” (Kvinne, 20-årene, norskpakistaner).

Informantene så trangboddhet som en viktig årsak til at smitten spredde seg raskt i enkelte husholdninger. Hvis man bodde trangt, så kunne det være vanskelig å isolere seg. Her var det flere som sammenlignet sin situasjon med den norsk-norske befolkningen.

Her om dagen var det en kvinne i gruppa som sa: Når jeg har seks barn hjemme, og jeg er smitta, da kan ikke jeg låse meg inn i et rom. Vi har ikke et stort hus som mange etnisk norske, som kan ha en etasje for seg selv, eller som kan dra på hytta. Hvis man er syv personer i en fireroms leilighet, da har man ikke store plassen å boltre seg på (Kvinne, 30-årene, norsksomalier, frivillig).

Flere opplevde det som at hele familier kunne smittes på kort tid. Samtidig pekte informantene på at det betydde noe om man bodde i samme hus som, i samme oppgang som, eller bare rett i nærheten var familie og venner som man var mye sammen med. De pekte på at man måtte se på flere forhold rundt bolig i sammenheng, inkludert antallet i familiemedlemmer, hvilken type bolig folk bor i, størrelse på boligen og nærheten til der andre i familie eller nettverk bor.

De mente at norskpakistanere oftere bor sammen flere generasjoner i større hus, enn de to andre gruppene. For eksempel kan dette skje ved at hver generasjon har en etasje hver i et rekkehus eller i en enebolig. Her vil det normalt være mye kontakt mellom generasjonene innenfor husholdningene.

Forskning viser at blant norskpakistanerne er det 40 prosent av de som er over 60 år som bor sammen med barna sine. Når da folk bor sånn som på Stovner, der mange bor tett og smått, så blir det trangboddhet uansett. Og for de som bor bare en familie sammen, så bor familien uansett ofte i samme blokk. Folk går i strømpelsten til hverandre (Kvinne, 30-årene, norskpakistaner).⁴

Trangboddheten må også sees i sammenheng med gjentatte perioder med hjemmeskole og stengte barnehager. De periodene medførte store utfordringer for mange barnefamilier på Stovner med tett samvær og økt utsatthet hvis smitten først kom inn i husholdningen.

Hjemmeskole er helt klart en faktor her. Kombinasjonen av trangboddhet og hjemmeskole gjør at det blir mange barn hjemme på dagtid. Da blir det veldig tett. Av de somaliske familiene jeg har snakket med der det har vært smitte, så vil jeg tro at det i snitt bor seks barn i hver leilighet (Kvinne, 20-årene, norsksomalier).

Ifølge informantene kunne trangboddheten også føre til at det ikke var plass til ungdommene i leiligheten på dagtid. Man spurte seg om dette førte til at mange hang ute sammen og dermed kunne spre smitte.

Mange av leilighetene på Stovner er romslige sammenlignet med i byen ellers. Med store barnefamilier er det likevel vanlig at flere barn bor på samme rom. Hjemmeskole har forsterket trangboddheten, og skjerming, karantene og isolering blir ansett som krevende. Vanligvis bor kun en generasjon i hver bolig, ifølge informantene.

⁴ Denne andelen står for informantens regning. Vi har ikke kunnet verifisere utsagnet. Poenget er at vedkommende mener at det er en høy andel over 60 år som bor i samme husholdning som barna.

Ifølge informantene bor tamilene i større grad som kjernefamilier med mor, far og et par barn. Både gruppen selv og de andre informantene i undersøkelsen mente at kombinasjonen av mer romslige boliger og mindre familier gjorde at boligformen medførte mindre smitterisiko for denne gruppen.

Kommunikasjon

Informasjon og kommunikasjon om forebygging, testing og vaksine har fått bred omtale i norske medier og blitt omtalt som en nøkkelfaktor i arbeidet med å hindre smitte, blant annet i innvandrergupper (Brekke, 2021b). Informantene både fra innvandrerguppene og blant de ansatte i bydelen mente at nasjonale og lokale myndigheter hadde gjennomgått en oppvåkning når det gjaldt å kommunisere effektivt om ulike sider ved pandemien til grupper med innvandrerbakgrunn. Det hadde vært en bratt læringskurve når det gjaldt å forstå betydningen av hvem som ble oppfattet som avsender av informasjonen og hvordan informasjonen ble spredt og oppfattet i de ulike målgruppene. Videre hadde man lært mye om hva dette hadde å si for hvordan budskap, format og informasjonskanaler bør tilpasses til de ulike målgruppene.

Det var bred enighet blant informantene om at det tok noe tid før informasjonen fra myndighetene nådde innvandrerguppene i de hektiske første ukene av pandemien. Selv om sentrale myndigheter har pekt på at de raskt var i gang med å produsere informasjon beregnet på innvandrergupper, så ble det opplevd som det tok tid før den nådde ut og frem til mottakerne.

La meg si det med en gang; informasjonen kom seint. Ikke bare til innvandrere, men spesielt til oss. Vi visste ikke hva vi skulle gjøre da dette brøt ut. Vi ble redde. Det var mitt inntrykk at myndighetene ikke tok informasjonen til innvandrerbefolkningen like alvorlig som til resten av befolkningen. I stedet ble arbeidet overlatt til frivillige organisasjoner. [...] Det var som om min helse ikke var like mye verdt som deres (Kvinne, 50 årene, norskpakistaner).

Flere informanter pekte på at verken lokale eller nasjonale myndigheter var forberedt på pandemien. Dette hadde konsekvenser blant annet for kommunikasjonen med innvandrerguppene.

Da pandemien brøt ut spurte norske myndigheter: "hvordan skal man nå dem"? Men det er litt seint å måtte spørre om det når det virkelig skjer! Da burde det allerede være på plass. Da burde man allerede hatt relasjoner, nettverk og informasjon om kontakter på plass. [...] Men, man hadde ikke kunnskap om de ulike gruppen fra før (Kvinne, 20 årene, norsksomalier).

Denne informanten mente videre at hvis relasjoner mellom myndigheter, frivillige organisasjoner og innvandrerguppene allerede er på plass før kriser inntreffer, så ville det være lettere å nå fram med informasjon, og lokalmiljøene ville være mer motstandsdyktige. Hun tok til orde for at myndighetene burde ha en kommunikasjonsberedskap overfor innvandrerbefolkningene at denne burde være en del av en bredere mangfoldsberedskap.

En annen somalisk informant var enig i at myndighetene hadde lite kunnskap i starten, og la til at dette, ikke minst gjaldt "den kulturelle delen av hvordan vi lever som somaliere i Norge" (Mann, 50 årene, SOM). I senere omtale av denne kulturelle delen av livet pekte han blant annet på tradisjoner for sosialt samvær.

På Stovner, som flere andre steder, gikk utviklingen raskt fra skriftlig oversatt materiale i tradisjonelle kanaler med offentlig avsender i de første ukene av pandemien, over mot bruk av video med muntlig

spredning direkte i miljøene via sosiale medier, ofte med bruk av ressurspersoner og frivillige organisasjoner.

Ressurspersonene skulle ideelt sett ha helsefaglig bakgrunn, gode språkkunnskaper og lokal tilhørighet til gruppene. Informantene var opptatt av at dette sikret tillit til avsenderne.

Ressurspersoner og eksperter var viktige i alle de tre landgruppene, også i det pakistanske.

Tillitspersoner? Ja, for eksempel i det norskpakistanske miljøet, så er legen Wasim Zahid en slik person. Han er kjent i vårt miljø og i Norge generelt. Så når han gir informasjon på urdu og forklarer smitterådene, så skjønner de eldre det. De hadde ikke fått med seg det samme innholdet på norske nyheter (Mann, 20 årene, norskpakistanser, frivillig).

I det norsktamilske miljøet, så hentet man inn eksperter fra diasporaen både i Norge og i Storbritannia. I sendinger på Facebook kunne disse ekspertene snakke direkte til målgruppen i Norge. Noen informanter mente likevel at det måtte være grenser for tilrettelegging av informasjonen overfor gruppene ettersom tiden gikk. Blant dem var en av de ansatte i bydelen.

Jeg synes det er trist at man ikke tar til seg informasjon hvis man ikke får den fra helt riktig kilde. Hvor tilrettelagt skal informasjonen egentlig være? [...] Hvis man krever at du skal være fra samme område i Pakistan, eller ha samme klantilhørighet, så er det for drøyt (Ansatt i bydelen).

Den ansatte fikk støtte fra en av informantene med norskpakistansk bakgrunn som hadde lang fartstid i landet:

Jeg mener det går en grense når det gjelder kommunikasjon [...] Bydelen sier det viktigste, men den kan ikke tankelese hva du trenger av informasjon. Folk må ta ansvar for livene sine. Det er sterkt, men sånn er det. For her er det snakk om liv og død (norskpakistanser, 50-årene)

Nåløyet var spesielt smalt når det gjaldt å lykkes med kommunikasjonen i det somaliske miljøet. Her kjente alle informantene til de nasjonale videoene som ble laget av FHI og NRK i en tidlig fase av pandemien (Brekke, 2021b). I videoene så man etterkommere som ikke hadde helseutdanning og som noen mente at snakket somali med aksent. Siden kom det videoer produsert ulike steder i Oslo som krysset av på alle kravene til avsendere; helsebakgrunn, godt språk, og nærhet til målgruppen. I tillegg til eksperter, tok alle tre gruppene i bruk informasjon hentet fra personer som var blitt syke, som hadde testet seg, og etter hvert personer som selv hadde tatt vaksiner. Informantene mente at disse personlige fortellingene samtidig kunne bidra til å dempe stigma i gruppene knyttet til smitten og sykdommen.

Det var flere som sto frem fra det norsksomaliske miljøet. For eksempel en firebarnsfar fra Lørenskog. Han var selv helsearbeider og tok med smitten hjem fra jobben. Alle i familien ble syke. Både han og kona ble veldig syke. Han snakket om det til Dagbladet og det ble laget en video. Sånne eksempler er viktig (Mann, 50 årene, norsksomalier).

Slike videoer ble også brukt i det norsktamilske miljøet for å kommunisere faren ved sykdommen. I en tidlig fase av pandemien ble en fra denne gruppen intervjuet og opptaket ble spredt via en Facebookgruppe.

Vi hentet inn en tamil som hadde ligget i respirator. Vi intervjuet ham og kona, sammen med legen deres. Etter kort tid hadde flere enn 6000 sett videoen. Der forklarte han hvordan han hadde opplevd sykdommen og at han hadde holdt på å dø (Kvinne, norsktamil).

For bydelen var det viktig å ta riktig avgjørelse når det gjaldt å synliggjøre at de var avsender av informasjonen. Skulle man vise tydelig at bydelen sto bak informasjonen om for eksempel smitterådene, eller var det mer effektivt å ikke ha en tydelig avsender.

For at folk skal skjønne at det gjelder dem, så må vi sette Stovner-logoen på alt vi setter opp eller sender ut. Først da skjønner de at det angår dem. Oslo-logoen fungerer ikke. Da føler ikke folk at det angår dem. De hadde hørt om korona-tilfeller i UK og andre land, men ikke på Stovner! (Ansatt bydelen).

Bydelen samarbeidet tett med miljøene selv for å spre informasjon og gjorde utstrakt bruk av frivillige organisasjoner i informasjonsarbeidet. Dette gjaldt med allmenne frivillige organisasjoner og organisasjoner som sprang ut av innvandermiljøene. Sammen bidro de med ringerunder til sine kontakter og i egne nettverk, de sto på stands, delte ut smitemateriell, bidro i dør-til-dør aksjoner og organiserte koronaverter. Målsettingen med den brede kommunikasjonsinnsatsen var å ikke bare nå ut med informasjonen om smitte, testing og vaksine, men å nå *helt frem* til de individene som var i målgruppen.

For at informasjonsarbeid skal være vellykket, så er det avhengig av at mottakerne av informasjonen har forutsetninger for å ta imot og forstå budskapet. Her var det stor variasjon internt i de tre gruppene, spesielt i det norskpakistanske og norsksomaliske miljøet. Informantene var opptatt av at målgruppene måtte være mottagelige for informasjonen. Her var det også stor variasjon innad i de tre gruppene, spesielt i det norskpakistanske og norsksomaliske miljøet. I tillegg varierte mottageligheten i løpet av pandemien, med læring i mange miljøer, i tillegg til hendelser som viste alvoret (se nedenfor). Ifølge informantene var det personer med kort botid og eldre innvandrere uten barn i nærheten som var vanskeligst å nå for bydelen og for de som jobbet med å informere internt i miljøene. Her var også den digitale kompetansen lavest. I andre familier fungerte barn og unge som språklige og kulturelle oversettere for foreldrene. Disse bidro også til å kontre det som ble oppfattet som feilinformasjon som sirkulerte i foreldregenerasjonens transnasjonale Whatsapp-grupper/grupper på sosiale medier. Informantene rapporterte om at det også i det tamilske miljøet fantes personer som trengte hjelp for å kunne ta til seg og nyttiggjøre seg informasjonen fra offentlige myndigheter.

Både ansatte bydelen og gruppene selv trakk frem at det var viktig å bruke enkelt og direkte språk for å nå alle i gruppene.

Ja, det er viktig, det sier koronavertene også, at man må være direkte, og for eksempel si: "Hvis du får korona, så kan du dø av det". Og, "selv om du ikke har symptomer, så kan du smitte andre. Da kan du smitte moren din, så kan moren din dø". Man kan ikke si at "det hadde vært veldig fint hvis du kunne vurdert å se på mulighetene for at..." (Ansatt bydel).

Flere av tiltakene i bydelen åpnet for direkte møter ansikt-til-ansikt mellom de som ønsket å informere og mottakerne. Informantene fra bydelen og de frivillige organisasjonene pekte på at koronavertene, stands og dør-til-dør aksjonene gjorde det mulig med toveis kommunikasjon. Det samme gjorde ringerundene. Her kunne man ta tak i alle spørsmålene som folk hadde knyttet til pandemien, som ofte gikk utover den grunnleggende smitteinformasjonen:

Nå handler det mer måten det informeres på. For eksempel at noen kommer på døra di og at du kan spørre dem tilbake, da føler du litt mer at du må overholde de rådene. Jeg kjenner det selv. Hvis jeg leser en plakat, har det mindre effekt enn om du sier det til meg. Så, det har noe å gjøre med den mellommenneskelige relasjonen, ikke sant? (Ansatt bydel).

Ifølge informantene i innvandrergruppene opplevde man en positiv utvikling i informasjonsinnsatsen fra myndighetene og frivillige organisasjoner gjennom pandemien. I de tre miljøene ble informasjon spredt ved hjelp av sosiale medier (Whatsapp-grupper, Facebook-grupper, Viber-grupper), i tillegg til mer formaliserte nettverk knyttet for eksempel til moskeen for det norskpakistanske og norsksomaliske miljøet, og via egenorganiserte hjelpegrupper i det tamilske miljøet. Informasjon om smitte fra hjemlandet og den internasjonale diasporaen spilte inn i alle tre grupper. Denne informasjonen kom dels fra digitalt overførte tradisjonelle medier i hjemlandet (eksempelvis radio, TV og aviser), men hovedsakelig i kommunikasjon med slekt og venner i grupper på sosiale medier. Begge kildene kan ha hatt betydning blant annet for forståelsen av alvoret knyttet til smitten i de ulike gruppene (risikoopplevelse) og dermed for etterlevelse og syn på testing og vaksine. Spesielt i det norskpakistanske miljøet ser det ut til at hendelser i hjemlandet og formidlingen av smitteutviklingen i Pakistan kan ha hatt betydning for etterlevelsen i Norge.

Hvis man ser og hører at folk lever fritt i Pakistan [i en tidlig fase], så kan det være at man ikke er like nøye. [...] Men, det var fordi smitten i Pakistan først spredte seg i storbyene. Og pakistanerne i Norge er ikke derfra. De er fra landsbygda. Men, nå har smitten nådd landsbygda. Da slår det inn hos folk (Kvinne, 20-årene, norskpakistaner).

Arbeid, skole

En tredje faktor som har fått mye omtale er smitte gjennom arbeid. Informantene var opptatt av at mange ble utsatt for smitte ved å jobbe direkte med mennesker, som for eksempel i transportarbeid (buss, taxi). Mange oppfattet at mens folk i andre deler av byen og ellers i landet ofte kunne jobbe på hjemmekontor eller hytter, så var folk på Stovner nødt til å møte opp på jobb og dermed være mer utsatt.

Smitten kommer inn i familiene via jobb. Vi har folk som jobber med viktige samfunnsoppgaver, mange i renhold, barnehager, hjemmehjelp og sykepleie. Så tar folk med smitten hjem. Søsteren min jobber i barnehage. Hun ble smittet på jobben, og så ble jeg smittet av henne (Kvinne, norskpakistaner).

I tillegg kunne det å jobbe flere deltidsjobber gjøre at enkelte var spesielt utsatt.

I tillegg til faren som direkte kontakt gjennom arbeidet kunne medføre, var mange opptatt av at det å være i arbeid kunne medføre et press til å gå på jobb, også når det var mistanke om at folk allerede var smittet.

Når du kjører drosje eller buss, så er du livredd for å miste inntekten. Hvis du føler deg litt dårlig, så drar du på jobben likevel. De må forsørge familien sin. Hvis du må sitte hjemme i ti dager i isolasjon, hvor skal du få pengene fra da? (Mann, 50 årene, norskpakistaner)

Ifølge informantene var det mange misforståelser rundt retten til kompensasjon hvis man måtte i isolasjon på grunn av covid-19. Dette gjaldt for eksempel selvstendige næringsdrivende, folk på midlertidige kontrakter eller personer som ikke kjente til retten til lønn under sykefravær ved ordinære ansettelser. Når folk likevel gikk på jobb, så kunne det medføre spredning av smitte på arbeidsplasser.

I en familie jeg kjenner var alle smittet. Faren også. Likevel gikk han ut og åpnet butikken sin. Selv om han var syk. Hvis han ikke gjorde det, så ville han tape penger. Naboens hans ringte meg og sa at han gikk på jobb selv etter positiv test. Han skulle være i isolasjon, men åpnet butikken. Jeg skjønner hvordan han følte det. Han hadde kanskje lite symptomer og tok det ikke så alvorlig (Kvinne, 20-årene, norskpakistaner)

Samtidig mente informantene at kontakten med arbeidsplasser også kunne medføre bevisstgjøring på smittefare og informasjon om smittevern, og dermed bidra til å senke smittefaren også utenfor arbeidstedet.

Det er stort strekk innenfor hvert av de ulike innvandrer miljøene når det gjelder tilknytning til arbeidsmarkedet. På tvers av gruppene kan det også se ut til at etterkommerne sprer seg til flere bransjer og arbeidstyper enn sine foreldre (Midtbøen 2019).²⁰ En informant mente at det var et overordnet trekk at norsk-somalierne ofte hadde overtatt jobbene som norsk-pakistanerne hadde før. Samtidig jobbet deler av begge disse gruppene med transport, i butikker og innenfor helsevesenet. Tamilene ble ansett som å ha større spredning i arbeidstyper, mens flere nevnte at det også var mange fra gruppen som jobbet i ulike deler av helsevesenet. Når det gjelder eksponering, er det også viktig å minne om at arbeidsdeltakelsen var relativt lav i deler av det norsksomaliske og det norskpakistaniske miljøet, og da spesielt blant kvinnene. I den tamilske gruppen var sysselsettingen høyere. Dypere studier av yrkestyper, eksponeringsgrad og smittevei i de ulike gruppene vil kunne gi et inntrykk av på hvilke måter arbeid kan ha relevans som inngangsårsak.

En del av informantene pekte på at smitten også kunne komme inn i familiene ved at ungdom og unge voksne var sammen i eller utenfor skoletiden. Informantene med innvandrerbakgrunn viste til eksempler der de mente at smitten stammet fra unge i deres egen familie eller i familier de andre de kjente til.⁵

Levekår

Levekår er en samlebetegnelse for de ressursene en person disponerer og mulighetene til å omsette disse i gode liv.²¹ I tillegg til faktorer som boforhold og tilknytning til arbeidslivet, som er presentert over, så regner man ofte inn inntekt. Tanken er at alle disse faktorene kan være avgjørende for den enkeltes mulighet til å delta i samfunnet. I den norske debatten har man særlig vært opptatt av at dårlig skår på levekårsindikatorer ofte hoper seg opp i visse geografiske områder og i enkelte grupper. Som vi har sett skårer Stovner i gjennomsnitt lavt på flere av disse levekårs målene. Ifølge informantene i bydelsadministrasjonen regner man med at nær halvparten av de som er i arbeidsfør alder står utenfor arbeidsmarkedet. Det er også en større andel i bydelen som har lav utdanning sammenlignet med andre deler av byen.

Flere informanter pekte på at det var stor forskjell når det gjaldt utdanningsnivå mellom første generasjon og etterkommere i alle tre grupper. Samtidig mente de at det var forskjeller i utdanningsnivå for de som selv hadde innvandret fra de tre landene. Den medbrakte utdanningen var lavere for de som hadde innvandret fra Pakistan og Somalia, enn for innvandrerne fra Sri Lanka. Den første gruppen kom ofte fra landsbygda med lite formell utdanning, mens få somaliere hadde hatt anledning til fullverdig skolegang i perioden før de forlot hjemlandet. Tamilene hadde oftere

⁵ Annen (kvantitativ) forskning gir ikke støtte til denne opplevelsen av at unge er en viktig smittevei inn i familier med innvandrerbakgrunn (se kapittel 3)

gjennomført skolegang og ofte også gjennomført, eller var i gang med utdanning da de kom til landet, ifølge informantene. Den siste gruppen kom ofte som asylsøkere eller som studenter. Utdanningsnivået vil være en bakgrunnsfaktor for å forstå smittespredning. Skole og utdanning vil blant annet kunne gi større kapasitet til å sile og vurdere informasjon.

Informantene var opptatt av at det var en utfordring med lav norskkunnskap i enkelte deler av det norskpakistanske og det norsksomaliske miljøet. Dette ble ansett som en mindre utfordring i det tamilske miljøet, selv om informantene rapporterte om at det også her var enkelte som opplevde språket som en hindring for full deltakelse i det norske samfunnet.

Flere pekte på utfordringen med at barn vokser opp i lavinntektsfamilier. Dette var særlig utbredt blant familier som bor i blokkene på Fossum, deriblant i deler av den norsksomaliske befolkningen. En av de somaliske informantene pekte på at deler av miljøet har flere utfordringer utover overrepresentasjonen på smittestatistikken.

Koronaen er bare toppen av isfjellet. Men, man snakker ikke om de andre utfordringene nå. De viktigste er trangboddheten, at mange er økonomisk vanskeligstilte, det er språkbarrierer, mange har ikke jobb og lever i store familier. I tillegg kommer livsstilssykdommer som fedme og diabetes. Til sammen gjør det dem sårbare (Mann, 50-årene, norsksomalier).

Helse og helseforståelse

Det er flere årsaker til smitte og sykdom knyttet til denne forklaringskategorien. Ulikheter i kunnskap om helse kan gjøre at folk forholder seg ulikt til smitteforebygging, testing og vaksine. Slik kunnskap kan også være avgjørende for egen opplevelse av risiko med tilhørende atferd.

I tillegg vil underliggende sykdom og helserelevant livsstil kunne ha betydning for utvikling av alvorlig sykdom. Ifølge informantene i undersøkelsen kunne også koplingen mellom psykisk helse og smitteforebygging være relevant for enkelte i de tre landgruppene.

Informantene var også opptatt av at normer knyttet til det å være syk var ulik i gruppene. Det siste kunne gi seg uttrykk i at man skjulte at det var korona i familien. Alle tre miljøer måtte forholde seg til at enkelte opplevde skam knyttet til det å få korona. I det tamilske miljøet jobbet man aktivt med å sikre åpenhet, blant annet ved å la folk som hadde vært syke formidle sine erfaringer i sosiale medier.

De ansatte i bydelen har lenge vært klar over helseutfordringer i deler av innvandrerbefolkningen i området. For dem var pandemien både en synliggjøring av utfordringene og en mulighet til å utvikle arbeidet med å endre uheldige mønstre for enkelte, knyttet til kosthold, aktivitetsnivå, helsebevissthet og livsstilssykdommer som diabetes og hjerte-, karsykdommer.

En somalisk informant kommenterte sykdomsnormer og holdningen til forebygging i gruppa:

De tenker ikke på forebygging. Man drar til sykehuset eller legen når man er syk. Ellers er man ikke opptatt av helse. Noen har for lav terskel og drar til legen bare de er litt forkjølet. Det er ikke opptatt av kosthold og mosjon og sånt. Men, når de har vondt i hjertet eller i hodet, så går de rett til legen (Mann, 50 årene, norsksomalier).

Bydelen ønsker i normale tider å formidle koplingen mellom kosthold, livsstil og sykdom. For mange ledet pandemien til ekstra utfordringer knyttet til lite fysisk aktivitet.

Informanter fra alle tre innvandrergupper rapporterte om utfordringer knyttet til underliggende sykdommer, og var bevisst på koplingen mellom disse sykdommene og alvorlige forløp. Høy andel med diabetes ble trukket frem i alle grupper, ofte kommentert med henvisning til kostholdsvaner som bruk av smør, kjøtt og søt te. Man trakk også fram at mange var mindre aktive i den norskpakistanske og norsksomaliske gruppen enn majoritetsbefolkningen. I det tamilske miljøet ble det rapportert om noe høyere aktivitetsnivå, men også der var det stor bevissthet om at lite bevegelse var en utfordring.

Flere informanter nevnte hypoteser knyttet til genetisk disposisjon og utviklingen av sykdom. Spørsmålene her gjaldt genetisk disposisjon både for enkelte av de underliggende sykdommene og som en direkte mekanisme som kan bidra til alvorlig sykdomsforløp av Covid-19. I noen av intervjuene pekte informantene på at det lett kunne bli forvirring rundt en mulig kopling mellom underliggende sykdom og høyere smitte, og ikke bare mellom underliggende forhold og mer alvorlig forløp for de som ble smittet. Det var imidlertid ingen i undersøkelsen som holdt på at det var en slik kopling.

Samtidig pekte en helseutdannet informant på at en høyere andel med underliggende sykdom lett kunne føre til hyppigere normal kontakt med helsevesenet, noe som kunne føre til større sannsynlighet for at man oppdaget smitte.

Reising

Betydningen av reising og mulighetene for importsmitte har blitt heftig diskutert i den norske offentligheten under pandemien, og spesielt i første halvdel av 2021. Mediene har rapportert om enkelttilfeller knyttet spesielt til reiser til Pakistan, men også til andre av innvandrergruppenes hjemland. Informantene i denne undersøkelsen kjente godt til denne reiseaktiviteten og pekte på vurderingene som kunne inngå i en avgjørelse om å reise eller ikke.

En somalisk kvinne som ble intervjuet under den perioden med de strengeste reiserestriksjonene, forklarte familiens situasjon slik:

For meg personlig er det helt uaktuelt å reise [til Somalia nå]. Heldigvis har jeg ikke noe behov for å reise, men jeg diskuterer ofte med mannen min. Han har familie i hjemlandet og vil reise i sommer. [...] Nødvendig reise? For mannen min er det nødvendig å se dem. Han har ikke sett moren på tre år, men selv i min familie er dette et omstridt tema (Kvinne, 20-årene, norsksomalier, april 2021).

Informantene fra de tre landgruppene pekte også på endringene som hadde skjedd når det gjaldt både reiseaktiviteten og diskusjonene i miljøene. Sentrale spørsmål knyttet til reiseaktiviteten i gruppene er forståelsen av risikoen ved å reise, samt hva som ansees som en nødvendig reise. I det norskpakistanske miljøet er det i normale tider nær kontakt med hjemlandet og høy reiseaktivitet. Da koronaen traff på våren 2020, var det mange norsk-pakistanere som befant seg i Pakistan. Disse ble sittende fast i landet i lengre tid på grunn av stans i utreiser derfra.

Det oppholder seg normalt mange førstegenerasjons norskpakistanere i Pakistan. Jeg vil tro at det var over 1000 norskpakistanere i Pakistan da den første smittebølgen traff landet. Så stengte Pakistan grensene frem til juni eller der omkring (Mann, 30-årene, norskpakistaner).

Ifølge informantene var de fleste reiser til Pakistan lenger ut i pandemien knyttet til brylluper og spesielt begravelser. Fra høsten 2020 var det likevel enkelte som oppfattet at det kunne være en god

anledning til å reise, gitt for eksempel kombinasjoner av permitteringer, stengte skoler og ønske om å besøke familie. Andre i miljøet fordømte denne reiseaktiviteten. Det gjaldt ikke minst mange etterkommere.

Det er vanskelig å håndtere at folk har reist i bryllup i Pakistan. Det jeg vet at har vært opprørende for mange pakistanere i Norge. Det er en stor diskusjon på Facebook (i en lukket gruppe med flest etterkommere). Det er fordi pakistanerne er skikkelig sure fordi folk i egen familie og andre er sure fordi du reiser, eller velger å ikke dra bort og delta (Kvinne, 30-årene, norskpakistaner, april 2021).

Som vi så tok det tid før det norskpakistanske miljøet ble klar over at pandemien hadde truffet landsbygda i Pakistan. Bevisstheten om dette kom først i tredje bølge, et stykke ut på våren 2021. Faren ved å reise ble tydeligere. Dette sammen med reiserestriksjonene i Norge bidro til å minimere reiseaktiviteten mellom de to landene (se også kapittel 12). Mens de norske offisielle reiserådene for reiser utenfor Europa har vært stabile gjennom pandemien, så var det flere endringer i krav knyttet til innreise til Norge, innreisekarantene med videre.

Informantene fra de norsksomaliske miljøene nevnte at det hadde vært noe reising, blant annet til Storbritannia, til andre tredjeland og til Somalia. Man var opptatt av at det var på sommeren og tidlig høst 2020 at dette var mest aktuelt, og at reiseaktiviteten avtok etter det. Ifølge informantene var reisene ofte knyttet til hendelser og sykdom i familien, men også til opplevelse av isolasjon i Norge og sterke behov for sosial støtte. I flere familier var mulige hjemreiser et brennbart tema, der de som mente at man måtte vente med å reise, ofte vant frem. Flere informanter med norskpakistansk og norsksomalisk bakgrunn fremhevet at hjemreiser er noe annet enn feriereiser. Det er noe annet å reise *hjem*.

Også de norsksomaliske informantene så farene ved å reise til Somalia ettersom smitten fikk mer omtale. De var kjent med farene ved å bli smittet i et land der helsevesenet har liten kapasitet.

De vi snakker med i Somalia, sier: "ikke kom hit". De sier at det er mye smitte og at vi ikke bør reise. Jeg synes det er positivt at de sier det. Der nede er det veldig dårlig helsevesen. Så det å reise ned og så bli syk i hjemlandet, det er ikke lurt (Kvinne, 20-årene, mars 2021, norsksomalier).

Ifølge informantene var det få tamiler som reiste til Sri Lanka i perioden. Dette innebar en risiko for at det oppsto historier om at man ikke fikk fulgt opp familien i hjemlandet.

Familietyper

Familien står helt sentral i det norskpakistanske miljøet og det er tette bånd på tvers av generasjoner. Det er vanlig også i Pakistan at flere generasjoner bor under samme tak, spesielt på landsbygda.²² Ifølge informantene fra det norskpakistanske miljøet, er det også tett kontakt med et bredere nettverk av familierelasjoner. På spørsmål om innholdet i uttrykket «nær familie», så nevnte de også tanter, onkler, fettere, kusiner, andre slektninger og familievenner. Med andre ord fremstår de norskpakistanske familiene som både omfattende både vertikalt og horisontalt. Informantene la vekt på hvordan denne omfattende familieforståelsen kunne virke i retning av kontakt på tvers av hushold. Mange var opptatt av at denne typen kontakt minsket spesielt under den tredje bølgen.

En del norskpakistanske familier har bodd i Norge i femti år, og et par av informantene omtalte seg selv som tredjegerasjon. I mange hushold er det barn og barnebarna som er de kulturelle ekspertene, som vi så over. Dette har ledet til at familiehierarkiene er snudd. Dette skjer også i

majoritetsfamilier når foreldre går over til å bli eldre, men prosessen kan likevel ha en annen kraft i innvandrerfamilier der det kan finnes en tilleggsavstand som resultat av språk og kulturforståelse.

Ifølge informantene besto de norsksomaliske familiene oftere av foreldre og barn, og flergenerasjonsløsninger var sjelden. Det var vanligere med skilte foreldre her enn i de norskpakistanske miljøene. Familiehierarkiene var snudd på samme måte som beskrevet over. Barna var ekspertene og fungerte i mange tilfeller som port-åpnere til storsamfunnet. Selv om det ofte var kjernefamilier som bodde sammen, ble de norsksomaliske familiene beskrevet som en del av store sosiale nettverk, og venner av foreldre ble omtalt som onkler og tanter.

Kjernefamilien er den vanligste familieformen i det norsktamilske miljøet. Selv om mange barn bor hjemme lenge, så flytter de ut senest når de gifter seg, ifølge informantene. Det bredere familienettverket er viktig, men flere informanter rapporterte om lite kontakt selv med familiemedlemmer som bor i nærheten. Enkelte informanter mente at det var noe mindre tendens til at familiehierarkiene ble snudd på et tidlig stadium, og at de unge ble styrende. Dette ble knyttet til utdanningsnivå og høy yrkesdeltakelse.

Familiestrukturene kan ha betydning når det gjelder smittespredning. De kan blant annet ha en rolle når det gjelder informasjonsflyt, de kan bestemme hvem som tar avgjørelser knyttet for eksempel til testing og vaksiner, samtidig som de bestemmer samværsformer som påvirker smittespredningen direkte.

Integrering og utenforskap

Informantene pekte gjentatte ganger på den store spredningen i graden av integrasjon innenfor spesielt den norskpakistanske og den norsksomaliske gruppen som bor i Stovner bydel. Selv om smittetallene peker på at disse gruppene er bredt berørt, vil integreringen og dens motsats, utenforskap kunne spille inn som årsak til smittevariasjonen mellom grupper. Botiden har betydning for graden av integrering. Som vi så, så strekker innvandringen fra Pakistan seg femti år tilbake i tid, mens somaliere har kommet til Norge de siste tjue årene, og majoriteten de siste femten. Til tross for den lange botiden beskriver informantene at enkelte deler av det norskpakistanske miljøet opplever utenforskap og lav grad av integrering. De knytter deres situasjon som lengst unna storsamfunnet til lavere språkforståelse, lite bevegelse utenfor bydelen, og ofte kortere individuell botid. De omtaler dette som lommer av utenforskap, og peker på at det ofte kan dreie seg om familier, der kvinnene kan ha spesielt lite kontakt.²³

Informantene som kjente det somaliske miljøet godt, pekte på de store interne forskjellene i gruppen.

Man kan skille mellom den somaliske familien med stor S og den norsk-somaliske familien. Den siste er mer veltilpasset, har færre barn, har kjøpt seg bolig og klarer seg bedre. Men, den tradisjonelle somaliske familien, den henger igjen. Det er i de tradisjonelle somaliske familiene at smitten sprer seg. De som har tilpasset seg det norske, de som har helsekunnskap og så videre, de går mer fri (Mann, 50-årene, norsksomalier).

Informantene mente at det også finnes slike lommer av utenforskap i enkelte deler av det somaliske miljøet på Stovner. De som jobbet i bydelen var spesielt opptatt av personer fra det norskpakistanske og norsksomaliske miljøet som ikke var registrert med jobb eller som mottakere av støtte fra det

offentlige, og der barna heller ikke gikk i barnehage. Her var det ingen synlige kopleingspunkter til samfunnet rundt.

For de ansatte i bydelen ga pandemien en anledning til å jobbe med de underliggende utfordringene blant annet i innvandrerbefolkningene.

Denne pandemien har styrket det sosialfaglige perspektivet. For oss har ikke dette utenforskapet vært overraskende. Men, det har gitt ny kunnskap [...]. Utenforskapet har fått mer rom, blitt mer sett. Det virker som en del ikke var så godt integrert likevel, da (Kvinne, 40-årene, ansatt i bydelen).

Tamilene representerer en noe yngre befolkning enn norskpakistane, med færre eldre, ifølge informantene. Dette har bakgrunn i en kortere innvandringshistorie. Som nevnt er mange tamilere i arbeid og mange hadde også utdanning med fra hjemlandet eller fullførte utdanning i Norge.

Noen informanter mente erfaringer av diskriminering kunne skape distanse til det norske helsevesenet. De viste til egne og andres opplevelser av negative møter der de på grunn av utseendet opplevde å lett bli karakterisert som «en av dem». Utfordringer knyttet til flerkulturelle møter mellom helsetjenester og blant andre norskesomalier er godt dokumentert (Næss, 2019).

Tradisjoner

Hensyn til smittevern tilsa at mange tradisjonelle treffpunkter stoppet opp, eller ble merkbart begrenset, for alle som er bosatt i Norge under pandemien. For majoritetsbefolkningen, som for folk med innvandrerbakgrunn har blant annet søndagsmiddager, kulturelle arrangementer, brylluper, konfirmasjoner, religiøse seremonier og begravelser måtte tilpasses stadig skiftende regler. Høsten 2020 startet Helsedirektoratet med målrettede kampanjer mot mulige deltakere i forkant av høytidsfeiringen i innvandrer miljøer (IMDi, 2020).

Informantene i denne studien kjente godt til bryllup og andre arrangementer i innvandrer miljøer som fikk stor oppmerksomhet sommeren 2020. Det ble også gjennomført noen tilpassede bryllup i norskpakistanske miljøer utover høsten 2020. Ifølge flere informanter ble disse arrangementene debattert i den dominerende norskpakistanske samtalegruppen på sosiale medier, der de fleste medlemmene er etterkommere.

Samværspress finnes. Det kjenner vi blant annet når det er begravelser. Og bryllup. I bryllup er du redd for å ekskludere. Det er nesten det bryllupene handler mest om, at ingen skal føle seg ekskludert. Og så skal det feires, og man spanderer mat på alle (Kvinne, 30-årene, norskpakistaner).

Et fåtall samlinger ble gjennomført i det norskpakistanske miljøet også tidlig på våren 2021, da det var strenge begrensninger. I en periode da det var maks 10 personer som kunne være samlet, ble det gjennomført et bryllup som skapte debatt internt.

Jeg må si jeg ble litt skuffet da jeg for en måned siden hørte om et ganske stort arrangement. Et bryllup. Der delte de selskapet inn i tre leiligheter med ti personer i hver leilighet. Men, de lot mennene fra ulike kohorter være i den ene leiligheten, damene i den andre og ungdommer i den tredje. Ti personer ganger tre. Da ble jeg skuffet og sa fra til bydelen. De svarte at det var en anbefaling med maks ti personer. De som arrangerte festen sa at så lenge det var en anbefaling, så var det ok å ha arrangementet (Kvinne, 40-årene, norskpakistaner).

Slik informantene i det norsksomaliske miljøet så det, så var det et markant skille etter hvert som reglene for samlinger ble strammet inn høsten 2020. De skiller mellom før og etter smittebølge nummer to. Under nedstengingen under bølge tre på våren 2021, ble alle brylluper og nær alle samlinger utsatt, ifølge informantene. Dette var i samme periode som det ble gjennomført nedstenging og strenge sosiale anbefalinger. Samtidig økte risikoopplevelsen i flere av miljøene, ifølge informantene. Det siste var blant annet et resultat av flere alvorlige sykdomshendelser knyttet til landgruppene (se nedenfor).

Informantene i det tamilske miljøet pekte på at det hadde vært sosiale og religiøse samlinger i en tidlig fase av pandemien, men at disse med få unntak ble stanset. Under én slik sosial hendelse ble det oppdaget via sosiale medier at det var for mange personer til stede. Dette ble så meldt inn til et sentralt nettverk i miljøet, som deretter kontaktet eieren av bygningen. Men, som informantene påpekte; det finnes alltid noen som bryter reglene, eller opererer på kanten av disse. I det tamilske miljøet har det vært spesielt vanskelig å unngå sosiale samlinger i forbindelse med begravelser. Her har man måttet gå over til å overrekke kondolanser digitalt og sende mat uten å møte opp selv.

Det er dette ritualet som ser ut til å være det som skapte de største utfordringene i alle tre miljøer. I det norskpakistanske miljøet er det for eksempel sterke normer for å besøke de etterlatte. I en sårbar situasjon kan det være vanskelig for alle parter å sette grensene der reglene tilsier.

I intervjuene brakte informantene opp tradisjoner i form av det de omtalte som hilse- og klemmekultur, sosial kultur og omsorgskultur. Hilse- og klemmekulturen finner man, spesielt mellom menn i det norskpakistanske og norsksomaliske miljøet, ifølge informantene. Det omtales som en dypt forankret forpliktelse.

Det er veldig viktig for somaliere at folk skal håndhilse. Det er uhøflig å ikke hilse, vanligvis hilser ikke kvinner og menn, men mennene gjør det. Så det var et klart behov for kunnskap om at man ikke skal håndhilse. Det har vært utfordrende, og håndhilsningen har vært undervurdert som årsak. Det er en sterk tradisjon (Mann, 40-årene, norsksomalier)

Det tok tid å gi slipp på denne normen i enkelte miljøer, ble det sagt. Tamilene ble ikke ansett for å ha de samme normene for nærkontakt når man hilser. Den sosiale kulturen ble omtalt av de somaliske informantene. Somaliere elsker å være sammen, som en sa, også her tok det tid å endre vanene. Omsorgskulturen kunne bidra til at normen om å ta vare på en mor eller far ble stående opp mot rådene om å unngå smitte. Dette preget alle deler av det norske samfunnet i perioden før de eldste ble vaksinert.

Religionens rolle for smitte i innvandrer miljøer har også blitt debattert i den norske offentligheten.²⁴ Både det hinduistiske tempelet på Rommen og moskeene i bydelen stengte ned under pandemien. Informantene i bydelen mente det tok litt tid helt i starten av pandemien før moskeene fikk stengt ned, men ledelsen og miljøet rundt disse ble deretter sett på som viktige partnere i arbeidet for hindre smitte i både det norskpakistanske og det norsksomaliske miljøet. Når vi vurderer religionens rolle, kan det være nyttig å skille mellom religiøs praksis og religiøs tro. Religionsutøvelse i form av å samles vil i likhet med andre samlinger innebære en viss økt risiko for smitte. Vi har sett noen større utbrudd i forbindelse med religiøse samlinger i Norge.

Elementer i troen i seg selv, for eksempel troen på at Gud bestemmer ens skjebne, derunder sykdom, i islam, har også blitt debattert i media. Enkelte av informantene pekte på at skjebnetroen kunne ha

innvirkning på smittespredningen. Andre var opptatt av at troen på at alt er forutbestemt kunne kombineres med å følge smitterådene.

Noen sier det, at alt skjer fordi Gud vil. I Islam er det vanlig å si det. Det er guds vilje. Men, man følger likevel smitterådene. Men, når det først skjer, at man blir syk, så ja, da er det Guds vilje. Da mor ble syk, så tenkte hun at det var Guds vilje (Kvinne, 20-årene, norsksomalier, Koronavert).

Flere informanter så dette som noe som var mest aktuelt i første i fasen av pandemien, og i liten grad noe som gjorde at folk ikke forholdt seg til reglene og råd med base i skolemedisinen. Da alvoret i situasjonen ble klart, så viste man i stedet til at koranen sier at ved epidemier skal man holde seg i ro, ifølge informantene.

Smitteatferd

Hvor høy er risikoen for å bli smittet, og hvilke konsekvenser har det hvis jeg blir smittet? Disse spørsmålene mente flere informanter at var sentrale for å forstå ulike individers og gruppers atferd knyttet til smitten. Man pekte for eksempel på at unge mennesker kunne vise til folk de kjente på samme alder som hadde fått sykdommen og at de ikke var blitt spesielt syke. Overført til de tre gruppene vi studerer her, så er spørsmålet når man på gruppenivået innså at risikoen for å bli smittet og konsekvensene av å bli smittet var så alvorlige? Ifølge informanter i det norsksomaliske miljøet, så ble de alvorlige konsekvensene tydelige allerede under første bølge. Utover sommeren er det uklart om risikoopplevelsen avtok noe, på linje med befolkningen ellers. Alvoret under den tredje bølgen var også klart for alle, med flere dødsfall i det norsksomaliske miljøet.

I går var det to som ble begravet fra det norsksomaliske miljøet. Den ene var godt kjent i miljøet og den andre jobbet som sjåfør. Begge døde av korona. Disse hendelsene preger folk, får dem til å forstå alvoret. Når du mister en venn og folk i nær familie, så ser de hvor alvorlig dette er. Det tok litt tid. (Mann, 50-årene, norsksomalier, mai 2021)

Ifølge denne informanten tok det tid for en del før opplevelsen av risiko ble høy nok til at man tok pandemien på alvor. Det er et åpent spørsmål hvordan kommunikasjonen fra norske myndigheter og aktører i nærmiljøet ble supplert av eller konkurrerte med informasjon fra opprinnelseslandene og landsmenn i andre land. For norske myndigheter kan alvorlige hendelser og endringer i land som Pakistan og Somalia ha gjort det enklere å nå frem med informasjon til disse miljøene i Norge.

De norskpakistanske informantene mente at det virkelige alvoret traff alle da man så innleggelse og dødsfall i miljøet, og til og med blant norskpakistanere som ble syke mens de var i Pakistan. Hendelser i Pakistan ble spredt blant norskpakistanerne.

Det var lenge lite smitte i sentrale Punjab og i Gudjarat. Det var først under bølge tre at de regionene ble truffet. Da døde mange familiemedlemmer, også av norsk-pakistanere. (Mann, 30-tårene, norskpakistaner).

Det ble også rapport om dødsfall blant norskpakistanere som oppholdt seg i Pakistan i denne perioden.

Også det tamilske miljøet opplevde sykdom og dødsfall knyttet til pandemien. Alvoret i situasjonen ble formidlet blant annet i sendinger og intervjuer med syke i en sentral Facebook-gruppe.

Smitterelatert atferd dekker også bruken av koronahotell. Denne ordningen var ifølge informantene ukjent for en del i de aktuelle miljøene, mens andre oppfattet den som upraktisk. Flere mente også at folk enten ikke rakk å benytte seg av tilbudet siden smitten spredte seg så raskt i familien, eller trodde at det var dyrt, siden det var snakk om et «hotell», og at de derfor avsto fra å bruke det.

Det er ikke nok informasjon om karantenehotell. Folk vet ikke at det ikke koster penger. De jeg kjenner har blitt plassert i leiligheter på den andre siden av byen. Det er vanskelig fordi det er langt unna folk de kjenner, og de trenger transport og mat. Et sånt opplegg forutsetter et fungerende nettverk på utsiden og hvor mange har det? (Mann, 30-årene, norsksomalier).

Noen fortalte at leilighetene som ble tilbudt lå i en annen bydel og var uten kokemuligheter. Det gjorde at familien måtte reise på offentlig transport med mat til den som var isolert. Bydelen fortalte også om misforståelser i bruken av karantenehotellet⁶, der man for eksempel oppdaget at en eldre mann dro hjem fra karantenehotellet hver kveld for å spise middag med familien. Dette eksempelet illustrerer hvor komplekst og utfordrende det kan være å formidle og oppfatte informasjonen i forbindelse med smittesporing, karantene og isolering.

Ifølge informantene kunne frykt for stigma og skam gjøre at enkelte ikke sa fra om at de var smittet eller at sykdom var covid-19-relatert. Spørsmålet om stigma ble nevnt på flere nivåer; som frykt for at en selv kunne og ens familie kunne oppleve negative konsekvenser hvis sykdommen ble kjent; at sykdom kunne påvirke gruppens rykte lokalt; samt som en bekymring for å bidra til stigmatisering av egen gruppe i media og i den øvrige befolkningen. Frykten for stigma kunne for eksempel gi høyere terskelen for å teste seg og for å isolere seg ved sykdom. Denne frykten kan også ha bidratt til at smittesporere i bydelen rapporterte om at en del kviet seg for å oppgi nærkontakter når de ble oppringt.

I det pakistanske miljøet er det stor skam knyttet til det å være smittet. Så folk skjuler det jo. Flere har dødd av smitten uten at folk tør å si det. [...] Men, jeg ser en veldig positiv utvikling i etterfølgelse av smittevernstiltak og åpenhet rundt sykdom om død, også økt åpenhet om død som følge av korona (Kvinne, 30-årene, april 2021, norskpakistaner).

I det tamilske miljøet var sentrale aktører bevisst på faren for at frykt for stigma kunne gi fare for smittespredning. I begynnelsen var det likevel en del skepsis til de som var syke.

Skam? Ja, i en tidlig fase var det noen som ikke sa fra at de var syke. [...] De var redde for de som var syke fordi de ikke visste om man kunne smitte i ettertid. Derfor var ikke de som fikk korona åpne om sykdommen. De sa ikke fra før de var friske. Så, det var litt skam i starten (Kvinne, 50-årene, norsktamil).

En informant med norsksomalisk bakgrunn mente at folk håpet at nye smitteutbrudd ikke skulle være fra deres gruppe.

Hvis det blir rapporter om utbrudd i en gruppe, at det kommer i media og så videre, så er det veldig sensitivt. Hvis man henger ut en gruppe, så føles det. Det blir mobbing på skolen. Det får ringvirkninger for den enkelte i gruppen. Det kan være skremmende (Kvinne, 20-årene, norsksomalier).

⁶ Karantenehotell i denne sammenhengen må ikke blandes sammen med karantenehotell i forbindelse med innreise. Karantenehotellordningen det her er snakk om er for personer der vurderingen er at det ikke vil være mulig å overholde isolasjonsbestemmelsene i egen bolig grunnet for eksempel trangboddhet.

Et tilfelle illustrerer komplikasjonene som redsel for stigma kan føre med seg.

En somalisk alenemor med fire barn ble smittet og ble syk. Hva skulle hun gjøre med barna? [...] Problemet er at hvis du er syk, så er antagelig barna smittet også, så hvem skal passe dem da? Da hun ble kjørt til sykehus plasserte hun barna hos andre familier, men hun sa ikke fra om at barna var smittet. Hun var redd ingen ville passe dem. Så smittet barna familiene og barnevernet ble koplet inn (Mann, 40-årene, norsksomalier)

Informanten som fortalte denne historien, mente at han kunne forstå hvordan alenemoren tenkte da hun lå på sykehuset.

Hun tenkte at hvis hun sier fra, så vil de ikke ta imot barna. Og hun tenkte at barnevernet ikke er de første du kontakter. Hun var redd for å miste barna (Mann, 40-årene, norsksomalier).

Organisering

Informantene fra innvandrer miljøene selv, fra bydelsadministrasjonen og fra de frivillige organisasjonene pekte på at de ulike innvandrergruppene var organisert på ulik måte. Dette kan tenkes å være relevant for spredningen av smitten for eksempel ved at det kan ha konsekvenser for informasjonsspredning og selvorganiserte støtteordninger. Alle innvandrer miljøene aktive hadde ressurspersoner og nøkkelpersoner i nettverkene, i tillegg til frivillig organisering knyttet til smitten. På gruppenivå så det likevel ut til å være forskjeller i grad av organisering.

I det tamilske miljøet ble det igangsatt flere informasjons- og støttetiltak da pandemien traff Norge. Frivillige og kjente ansikter i miljøet dannet en støttegruppe, basert på Facebook. Ifølge informantene var de etablerte tamilske organisasjonene trege med å få i gang aktivitet knyttet til pandemien. Støttegruppen og andre initiativ på sosiale medier formidlet informasjon fra norske og utenlandske myndigheter, og brukte profesjonelle tolker i miljøet til å gjøre informasjonen tilgjengelig. De oversatte tekstene ble distribuert til andre nøkkelpunkter i tamilske nettverk. Etter hvert ble arbeidet utvidet med informasjonssendinger, intervjuer med fagpersoner og en støttefunksjon for folk i miljøet. Fra bydelens side fremsto det tamilske som godt organisert og med mye intern kommunikasjon. Den tamilske radioen, tempelet og den tamilske skolen bidrar til dette.

Norsksomaliske ressurspersoner har gjort en vedvarende innsats i minoritetsdrevne og majoritetsdrevne frivillige organisasjoner i bydelen under pandemien. Kommunikasjonen i gruppa foregår på tvers og er mindre knyttet til samlende punkter i nettverkene. Radiostasjonen NORSOM, som dekker alle norsksomalier i Norge, har likevel vært viktig for bydelen. Moskeen spiller en sentral rolle, selv om man ikke har kunnet bruke den som møtested under store deler av pandemien.

Det norskpakistanske miljøet har lang fartstid i Norge og folk med bakgrunn herfra sitter i bydelsutvalget og i bydelsadministrasjonen. Informantene refererte ikke til noen sentral rolle for noen av de norskpakistanske foreningene på Stovner. De bidro i andre frivillige organisasjoner, samtidig som moskeen var et samlende punkt, om enn ikke fysisk, og en viktig informasjonskilde.

Tiltaksmatch

Innvandrer miljøene hadde en overordnet positiv oppfatning av tiltakene som ble satt inn fra bydelen gjennom pandemiens tre første bølger. Det er likevel et spørsmål om hvordan tiltakene ble

gjort kjent, hvor tilgjengelige de var, og hvor mottagelige målgruppene var for tiltakene på det tidspunktet de ble gjennomført. Begrepet tiltaksmatch dekker dette treffpunktet, overensstemmelsen mellom timing, tilgjengelighet fra avsendersiden og mottagelighet fra mottakersiden.

Mange eldre i innvandrergruppene hadde problemer med digital pålogging, i likhet med mange eldre i majoritetsbefolkningen. Dette var inngangsporten til mange digitale tjenester i bydelen, og i starten også for kommunikasjon med helsevesenet rundt testing og senere for vaksine. De eldre med innvandrerbakgrunn ble avhengige av barn og barnebarn for å kunne bruke tjenestene. Samtidig var mange av dem aktive på sosiale medier som Facebook og Whatsapp.

De er bedre på sosiale medier enn på digitale plattformer. Det er jo to helt forskjellige ting. På Helsenorge.no osv., så må du logge deg inn. Det er verre. Uten logg inn og passord fungerer det greit. Men med logg inn, da kommer for eksempel ikke min eller min manns foreldre inn. Så, da er det vi som må booke legetimer, fylle inn selvangivelser og sjekke Helsenorge.no. (Kvinne, 40-årene, norskpakistaner, april 2021, 10,6).

Bydelen oppfattet ikke det tamilske miljøet som en målgruppe der det var behov for særtiltak. Ifølge de tamilske informantene var heller ikke tamilsk blant de høyest prioriterte språkene i oversettelsen av offentlige dokumenter og arrangementer. Gruppen baserte seg derfor på egne oversettelser som så ble spredt gjennom *ad hoc* organisasjoner og nettverk.

De ansatte i bydelen hadde instruks om å benytte telefonsamtalene der det ble gitt tilbud om vaksinerings som et viktig kontaktpunkt med innvandrer miljøene. Disse samtalene ble vurdert som spesielt verdifulle. Her satte man bevisst av femten minutter til hver samtale og brukte tiden til å informere om smittevern, om andre tiltak og til å svare på spørsmål. Dette siste ble også oppfattet som positivt av informantene.

Samtalene i forbindelse med karantene ble oppfattet som mer kontrollerende enn kommuniserende av norskpakistanerne og norsksomalierne. De opplevde at de som ringte gikk gjennom en sjekklister mer enn å åpne for spørsmål knyttet til sykdom og forløp. Selv om tiltakene basert på møter ansikt til ansikt var ressurs- og tidkrevende, så ble de oppfattet som vellykket av både bydelen og av gruppene selv.

Informanter i bydelsadministrasjonen så pandemien også som en mulighet til å synliggjøre utfordringer knyttet til levekår og utenforskap i enkelte deler av befolkningen. Det gjaldt også at pandemien viste viktigheten av å tenke nytt rundt kommunikasjon med deler av innvandrerbefolkningen.

Forskjeller mellom gruppene oppsummert

Tabell 2 gir noen stikkord som antyder forskjeller mellom de tre gruppene med minoritetsbakgrunn. Der fremgår også at ulike kombinasjoner av årsaker kan ha gitt høye smittetall i de ulike gruppene. Det er viktig å merke seg at i tider der det ikke er pandemi, så vil mange av trekkene som beskrives i tabell 2 betraktes som positive både for dem som omfattes og for samfunnet. For eksempel ansees det å ha nær kontakt med familie og venner, det å delta i feiringer, høytider og ulike typer sosiale fellesskap, som helt sentrale komponenter i et fullverdig liv, uansett hvilken del av samfunnet man tilhører.

I tabellen ser vi også at informantene nevnte mange trekk som man kan anta at bidro til å dempe smittetrykket, slik som redusert reiseaktivitet, reduksjon og så stans i sosiale samlinger, spredning av smitteinformasjon ved hjelp av ressurspersoner internt i gruppene, og oppslutning om smittevern og testing.

Følger man kolonnene i tabell 2 nedover, så kan det identifiseres lenker av årsaker som til sammen kan produsere høyere eller lavere smitte på gruppenivå. Nedenfor gjøres dette for hver landgruppe, før funnene sees på tvers av gruppene.

Tabell 2: Oversikt, stikkord – trekk som kan påvirke spredning av smitte i tre grupper i innvandrerbefolkningen i Stovner bydel.

KATEGORI	NORSKPAKISTANSK	NORSKSOMALISK	NORSKTAMILSK
Boforhold	Bolig med relativt god plass Flere generasjoner er vanlig Isolasjon utfordrende	Leiligheter, trangbodd Store barnefamilier, to generasjoner Isolasjon vanskelig	Blandet type bolig, plass Kjernefamilie, et par barn Isolasjon ofte mulig
Kommunikasjon	Eldre vanskeligst å nå Ressurspersoner i gruppa bidrar Moskeen bidro som formidler	Eldre og kort botid vanskeligst å nå Tillit til egne med helsebakgrunn Norsksomaliske medier og plattform	Språkstøtte i miljøet Norske medier, oversetter selv Organisert spredning
Arbeid, skole	Mange i førstelinjearbeid Flere deltidsjobber, press: Selvstendig næringsdrivende	Førstelinjeyrker (bølge 1) I bølge tre; opplevd smitte via ungdom og kontakt med andre familier	Mange i helsetjenesten Generelt høy sysselsetting Arbeid kan smitte + kunnskap
Levekår	Lav yrkesdeltakelse kvinner i Strekk i gruppa, utdanning, Skille eldre og etterkommere	Lav yrkesdeltakelse første generasjon, Høyere andel på støtteordninger, Skille tradisjonelle og integrerte	Høyere utdanning/ i arbeid Politisk flukt og studenter
Helse	Underliggende sykdom 1. gen Livstil + helse er ikke tema Noe stigma til smitte (kontret)	Underliggende sykdom, diabetes Noe tradisjonell medisin Stigma og skam ble motarbeidet	Underliggende sykdom Livstil + helse ønsket koplet Stigma motarbeidet

KATEGORI	NORSKPAKISTANSK	NORSKSOMALISK	NORSKTAMILSK
Reising	Normalt mye reising til Pakistan Mange eldrependler Motstand i miljøet	Lite reising til Somalia Redusert reising naboland Dårlig helsesystem i Somalia	Normalt reiser tredjeland Opphørte under pandemi
Familietype	Lang botid, store familier Vid forståelse av nær familie Flere generasjoner sammen	Store barnefamilier Sterke omsorgsnormer eldre Unge er integreringshjelpere	Kjernefamilier, to, tre barn Foreldre beholder autoritet
Integrering og utenforskap	Lommer av manglende integrasjon Høyt utdannede etterkommere, Lang botid	Kortere botid, stor variasjon Usikkerhet norsk helsesystem ved Lommer av utenforskap	Høy sysselsetting Mellomlang botid Sterkt indre samhold
Tradisjoner	Sterk tradisjon for samlinger Samlinger ble debattert i SOME Begravelser vanskeligst	Sterk tradisjon for samlinger Treg brems i hilse- og klemmekultur Sosial tradisjon, kafeliv	Noen samlinger i starten Samlinger rapportert inn Ikke hilse- og klemmekultur.

KATEGORI	NORSKPAKISTANSK	NORSKSOMALISK	NORSKTAMILSK
Smitteatferd	Hendelser i Pakistan viktige Endret risikoopplevelse her Misforståelse koronahotell	Miljøet truffet hardt våren 2020 Risikoopplevelse, ned, så opp Lite bruk av koronahotell	Opplevde sykdom og dødsfall Alvor formidlet av syke i SOME Ikke bruk av koronahotell
Organisering	Til stede i politiske fora Aktive organisasjoner Moskeen aktivt knutepunkt	Nettverksorganisering Ressurspersoner var sentrale Egen radio og moske viktige	Nye nettverk, organisasjoner Gruppetiltak, tett knyttet Radio, tempel og skole sentrale
Tiltaksmatch	Ansikt til ansikt vellykket Koronaverter fra gruppa Digital terskel for enkelte	Drop-in test og testbuss lykkes Lange vaksinesamtaler benyttet Isolasjonstilbud lite kjent, for sent	Ikke prioritert målgruppe Pliktoppfyllende i kontakten

Basert på intervjuene i bydelsadministrasjonen, i de frivillige organisasjonene og med representanter fra de tre landgruppene, så kan årsaksbildene for de tre landgruppene nå sammenfattes ved å følge kolonnene i tabell 2. for hver gruppe.

Forhold som kan ha bidratt til smitte i norskpakistanske miljøer på Stovner

Informantene la vekt på tette og store familienettverk, lavere integreringsgrad hos deler av førstegenerasjon, forsinket risikoopplevelse, samt reising, som de viktigste årsakene til de høye smittetallene i deler av den norskpakistanske befolkningen på Stovner.

Familienettverkene kan ha effekt for eksempel når det gjelder hvordan man bor og i normer for samvær. Flergenerasjonsboliger kan øke sjansen for smitte, til tross for at boligene strekker seg over flere etasjer eller har god plass. For en del ble opplevelsen av risikoen for smitte påvirket av smittebildet i Pakistan, der landsbygda ble truffet først i tredje smittebølge. Det er normalt stor reiseaktivitet mellom Norge og Pakistan. For noen fortsatte dette inn mot bølge tre. Denne aktiviteten var omstridt i miljøet.

I tillegg kan digitale terskler, mangelfull språkforståelse hos enkelte, og manglende informasjon ha bidratt til forsinket test og manglende isolasjon, spesielt i en tidlig fase (før drop-in). Informantene mente smitteveier inn i husholdningene kunne være gjennom kontakter på jobben og gjennom barn og ungdom med brede kontaktflater. De formidlet også at usikkerhet rundt kompensasjon hvis man var syk og ikke jobbet, kan ha gjort at folk kviet seg for å teste seg eller bli hjemme.

Samtidig mobiliserte sterke krefter i de norskpakistanske miljøene, både enkeltpersoner og organisasjoner, og bidro til å hjelpe egen og andre minoritetsgrupper i Stovner og i andre østlige bydeler i Oslo. Det skjedde blant annet gjennom informasjonstiltak, frivillig deltakelse, brobyggeraktivitet og som påvirkning gjennom politiske kanaler.

Forhold som kan ha bidratt til smitte i norsksomaliske miljøer på Stovner

De viktigste årsakene til smitte i den norsksomaliske befolkningen på Stovner var ifølge informantene trangboddhet på grunn av store barnefamilier og leiligheter med begrenset plass, sterke normer for sosial kontakt, samt at deler av befolkningen hadde begrenset språk- og samfunnskunnskap.

I en tidlig fase bidro eksponeringen i førstelinjeyrker innen transport, renhold og helse til at smitten kom inn i miljøene. I bølge to og tre ble barn og unge ofte ansett som smitteveien inn. Informantene med somalisk bakgrunn mente det ikke var mulig å få til isolasjon og karantene i de trangbodde familiene.

Den norsksomaliske gruppen har kortere botid enn den norskpakistanske og den tamilske. Et kortere integreringsløp kan ha gjort dem mindre påkølet den norske informasjonsstrømmen, større

sårbarhet for den digitale terskelen, mer utsatt for informasjon fra kilder i diaspora, og en svakere forståelse av helsesystemet. Usikkerhet rundt stigma internt i gruppa kan ha ført til forsinket testing og manglende annonsering av sykdommen.

Pandemien synliggjorde samtidig de store forskjellene som eksisterer i det somaliske miljøene på Stovner og i Oslo. Delvis gikk dette skillet mellom integrerte etterkommere og familier som var mer tradisjonelt orientert.

I familiene var det ofte unge som hadde sterkest kontakt med majoritetssamfunnet og som fikk ansvar for informasjon om pandemien og kommunikasjon med helsemyndighetene. Dette kunne snu rollefordelingen i familiene og kunne legges et stort ansvar på de yngre.

Forhold som kan ha bidratt til smitte i norsktamilske miljøer på Stovner

Til tross for at informantene rapporterte om at mange med tamilsk bakgrunn arbeidet i yrker der de kom i kontakt med mennesker, at det spesielt i starten var stigma knyttet til sykdommen, at enkelte ikke snakker like godt norsk, og at myndighetene ikke prioriterte gruppa, så var smittetallene i denne gruppa vesentlig lavere enn for de med pakistansk og somalisk bakgrunn.

Grunnen til dette kan ifølge informantene være at boforholdene var romslige og tillot isolasjon og sosial avstand, gjennomgående høyere utdanningsnivå og yrkestilknytning, fokus på kjernefamilien som enhet, tillit til autoriteter, samt en hierarkisk organisering og en i hovedsak sammensveiset gruppe.

En høy andel av de med tamilsk bakgrunn er i jobb. Av disse er det mange som jobber i helserelaterte yrker. Informantene var opptatt av at samtidig som det å være i jobb kunne eksponere en for smitte, så ga arbeidet også tilgang til informasjon om pandemien og smitteverntiltak.

Når informantene med tamilsk bakgrunn skulle forklare samholdet og de åpne kommunikasjonslinjene i miljøet når det gjaldt covid-19, så pekte de på innvandringshistorikken. Borgerkrigen på Sri Lanka bidro til å samle miljøet og sikre tillit. Oppsummert, så ser vi både overlappende årsaksbilder og forskjeller mellom årsakene til smittetrykket i de tre landgruppene på Stovner. Dette kapitlet er en systematisering av forklaringene slik som informantene vurderte dem. Vi må bruke andre metoder for å kunne etablere omfanget av de ulike bidragende årsakene og betydningen av hver enkelt for smittebildet for gruppene.

Konklusjoner

Intervjuene fra Stovner bidrar like fullt med kunnskap om hva som skapte betydelige forskjeller i smitte i ulike innvandrergrupper under pandemien. Forskjellene synes å være knyttet til ulike kombinasjoner av årsaker. Dette kapitlet byr på en gjennomgang av mulige årsaker til forskjeller i smittetrykk i de norskpakistanske, norsksomaliske og norsktamilske miljøene på Stovner. Dette er årsaker som ble fremhevet av informantene i undersøkelsen og som er systematisert og tilrettelagt for videre analyser.

I arbeidet med denne studien har det i tillegg kommet frem et knippe overordnede innsikter. Blant disse er:

- Det kan ha vært **ulike kombinasjoner av årsaker i hver gruppe** som skapte samme utfall i form av høy smitte. Dynamikken i hver gruppe må med andre ord forstås separat i tillegg til at smittetrykk studeres på tvers av grupper.
- Det er **stor variasjon i integrasjon** internt i de norsksomaliske og norskpakistanske gruppene. Dette skaper radikalt forskjellige forutsetninger knyttet til helse, blant annet for å ta til seg informasjon fra norske avsendere, for å forstå det norske helsesystemet, og for å håndtere digitale barrierer.
- Studien på Stovner har vist at det er behov for lokal og nasjonal beredskap knyttet til innvandrerhelse og mangfold. En slik **mangfoldsberedskap** vil blant annet måtte inneholde oppdatert kunnskap og planverk knyttet til kommunikasjon (kjennskap til målgrupper, deres mediebruk og alternative kilder), strategi knyttet til relasjoner og brohoder inn i miljøene (ambassadører, ressurspersoner og organisasjoner), samt løpende oversikt over utfordringer knyttet til integrering og utenforskap i miljøene.
- Informantene pekte også på manglende helsekunnskap i deler av innvandrerbefolkningene, blant annet knyttet til forebyggende helse. Fra bydelens side var pandemien en påminner om viktigheten av det langsiktige arbeidet med å sikre slik **helsemessig motstandsdyktighet**.
- **Stigma og skam** kom stadig opp som tema i intervjuene. En innsikt her er at en person fra en av disse gruppene kan kvie seg for å teste seg grunnet frykt for fordømmelse i en rekke relasjoner samtidig; Fordømmelse fra andre i egen gruppe av seg selv, fordømmelse fra andre i egen gruppe av sin familie, fordømmelse fra andre i nærmiljøet av egen gruppe, samt av gruppen og Stovner overfor storsamfunnet. Alle grupper jobbet med normalisering av sykdommen.
- Pandemien ledet til en **grunnleggende endring i forholdet mellom bydelen, frivillige organisasjoner og ressurspersoner i innvandremiljøene**. Et tydelig felles mål, å bekjempe smitten, åpnet for økt tillit og for helt nye samarbeidsformer. De ansatte i bydelen innså at de var helt avhengige av gruppene selv for ikke bare å **nå ut** til alle deler av befolkningen, men å **nå helt frem** til alle.

Hvordan sitere dette kapittelet:

Brekke JP, (2021). Kapittel 8: Årsaker til forskjeller i korona-smitte i tre innvandremiljøer, i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Kapittel 9

Erfaringer fra felt: perspektiver fra personer med innvandrerbakgrunn

Av Naima Said Sheikh, Ragnhild Storstein Spilker, Charlott Nordström, Hodon Duahle, Selam Andegiogis Tsige, Prabhjot Kour, Samera Qureshi, Mohamed Gawad, Abdi Gele, Folkehelseinstituttet

Innledning

Innvandrere fra noen land har vært overrepresentert når det gjelder smitte av SARS-CoV-2, sykehusinnleggelser og dødsfall i Norge (kapittel 2). Det er en rekke forhold som har bidratt til denne overrepresentasjonen. For å få vite mer om hva som kan være medvirkende faktorer har vi gjennom kvalitative intervjuer utforsket ulike problemstillinger fra innvandrernes perspektiv. Vi har undersøkt deres oppfatninger om etterlevelse av råd og deres vurderinger av årsaker til forskjeller i smitte og innleggelser. Målet med denne studien er å få mer kunnskap for å kunne tilpasse tiltak og redusere smitte og alvorlig sykdom og død. To hovedspørsmål har vært førende for prosjektet:

1. *Hva er informantenes synspunkter på den høye smitteforekomsten blant personer med samme fødeland som en selv?*
2. *Hva er informantenes synspunkter på hvordan etterlevelse av smitteverntiltak har fungert?*

Oppsummering av funn

- Informantene beskriver tilsvarende barrierer og fenomener på tvers av landbakgrunn. Vi tolker dette som at fenomenene enten er allmenne eller er knyttet til det å være fra et annet land, snarere enn fra ett bestemt land eller etnisk gruppe.
- Det er en utbredt oppfatning at holdningene til pandemien har endret seg over tid, i den retning at pandemien ble oppfattet som mer alvorlig. Dette har påvirket etterlevelse av smittevernråd. Holdningsendringene skyldes til dels bekymringer for alvorlig sykdom og frykt for å miste nære familiemedlemmer og slektninger.
- Mange av informantene mener overrepresentasjonen i smitte og innleggelser primært skyldes trangboddhet og sekundærsmitte fra personer smittet på jobben, på reise eller sosialt samvær med andre enn personer i husholdningen.
- Samtlige informanter mente at manglende språkkunnskaper medførte begrenset etterlevelse av smitteverntiltak fordi folk/mange ikke fikk med seg riktig informasjon. Informantene pekte også på andre kommunikasjonsutfordringer knyttet til digitale ferdigheter og fortolkning av risiko og alvorlighetsgrad.
- Informantene beskriver store utfordringer knyttet til informasjon, blant annet i form av tungt språk, mye informasjon og dårlige oversettelser. Likevel beskrives barrierene mot etterlevelse av smittevernråd som overkommelige gjennom tilstrekkelig og tilpasset informasjon.
- Informantene beskriver et utstrakt samarbeid mellom myndighetene, lokale organisasjoner og fagfolk og at dette har vært viktig for å formidle informasjon. Dette kan bidra til økt oppmerksomhet om smittevernråd, bedre etterlevelse av smitteverntiltak, økt testing og vaksinasjon.

Metode og datainnsamling

Det har blitt gjennomført semistrukturerte, kvalitative intervjuer av totalt 88 deltakere fra ti land; Somalia (12), Irak (12), Pakistan (12), Afghanistan (11), Polen (11), Sri Lanka (6), Tyrkia (6), Bosnia/Serbia (6), Eritrea (6) og Syria (6). Botid i Norge varierte, og enkelte av informantene er også født i Norge. I undersøkelsen deltok 49 kvinner og 39 menn, mellom 19 og 78 år.

Flere av informantene har universitetsutdanning (30) og det er stor variasjon i yrkesbakgrunn. Informantene jobber blant annet i helsetjenesten, barnehager, utdanning, transport, restaurantbransjen, IT og egne virksomheter. Noen ble permittert fra jobben på grunn av pandemien.. Utvalget omfatter også en organisasjonsleder og en religiøs leder (imam). Noen få var studenter og pensjonister En del av informantene er ressurspersoner som er engasjert i frivillig arbeid i eget miljø og som har bidratt med formidling av koronainformasjon under pandemien.

Det er stor ulikhet i levekår, kunnskap om det norske samfunnet og språkkunnskaper blant informantene. Flere av informantene har gode norskkunnskaper og god samfunnsforståelse. Det er flere som deltar aktivt i samfunnslivet og i frivilligheten. Derfor kan en andel av informantgrunlaget anses å være ressurspersoner. Disse informantene er spesielt verdifulle fordi de kan trekke på lærdom fra sitt utadrettede arbeid i tillegg til sine egne erfaringer.

Informantene har ulik erfaring med covid-19 smitte og sykdom. Enkelte har selv erfart å ha vært smittet, andre har hatt nær familie eller venner som har vært smittet eller innlagt på sykehus. Enkelte har også opplevd dødsfall blant venner eller familie. Informantene ble spurt om deres oppfatninger og erfaringer fra pandemien, hvordan det har påvirket dem selv og miljøet de er en del av. Fokus i intervjuene var informantenes forståelse og etterlevelse av helsemyndighetenes tiltak under pandemien, inkludert utfordringer, risikoforståelse og barrierer knyttet til arbeidet med å begrense smitte, alvorlig sykdom og død.

Forskere fra Folkehelseinstituttet (FHI) gjennomførte 34 av de 88 intervjuene. Innvandrere fra Somalia, Irak og Pakistan ble intervjuet på sitt morsmål. De med bakgrunn fra Polen, Afghanistan og Eritrea ble intervjuet på norsk. Konsulenter fra opinion gjennomførte 54 intervjuer hvorav 47 på norsk, fem på informantens morsmål ved hjelp av tolk og to på engelsk. Intervjuerne hadde selv bakgrunn fra Eritrea, Somalia, Egypt, Pakistan og Norge. Informantene ble rekruttert gjennom etablerte dialog- og nettverksgrupper, forskernes egne nettverk og videre snøballrekruttering. Intervjuene ble gjort i perioden mars til mai 2021 og ble gjennomført digitalt (Zoom og Teams) og på telefon, De varte mellom 30 og 60 minutter og et intervju varte i 90 minutter.

Prosjektleder utviklet en intervjuguide sammen med forskergruppen fra FHI. Intervjuguiden bestod av åpne spørsmål, og intervjuerne stilte oppfølgingsspørsmål for å få mer informasjon om tema som var relevant for problemstillingen. Bakgrunnen for denne undersøkelsen og valg av spørsmål er kvantitativ forskning som viser en overrepresentasjon i smitte og innleggelser i deler av innvandrerbefolkningen. Vårt mål var å undersøke innvandrernes syn på etterlevelse av smittevernråd og synliggjøre deres forklaringer på overrepresentasjonen. I intervjuguiden la vi vekt på spørsmål om informantens oppfatning av pandemien og etterlevelse av smittevernråd og oppfølging av tiltak. Hva oppfattet de selv var enkelt å følge opp, og hva var utfordrende? Det har i den offentlige debatten vært hevdet at informasjonen fra myndighetene ikke når frem til flere av innvandrermiljøene. Informantene ble derfor spurt om hvilke problemer de selv har opplevd når det

gjelder informasjonen om pandemien, hvordan helsemyndigheten kunne kommunisere ulike innvandremiljøer og hvilke effektive kanaler de selv brukte for å få informasjonen om korona.

Selv om pandemien har påvirket samfunnet generelt, har vi også spurt informantene om deres erfaringer og konsekvensene de selv har opplevd under pandemien. I tillegg har forskning vist at andelen av innvandrere som har vaksinert seg er lavere enn resten av befolkningen og vi ønsket å få informantenes synspunkter om vaksinen og vaksinasjonsprogrammet i Norge. Denne delen av studien er ikke beskrevet i dette kapittelet.

I prosjektet har vi fulgt prosedyrer for kvalitative metoder som beskrevet i Creswell (2013). Informantene fikk tilsendt informasjon om studien på e-post i forkant. Før intervjuene startet gikk forskerne gjennom formålet med studien, informasjonsark og samtykke. Det ble gjort lydopptak av alle intervjuene. De ble transkribert og senere analysert tematisk ved bruk av NVivo 12. Transkripsjonene ble lest i sin helhet for å bli kjent med sammenhengene utsagnene inngår i. Etter dette ble de lest systematisk for å identifisere og opprette innledende koder. Forfatterne diskuterte seg imellom og grupperte dem i temaer, subtemaer og kategorier. Disse analysene har vært førende for den tematiske inndelingen av resultatdelen. For å unngå misforståelser har vi spurt oppfølgingsspørsmål, og ved hjelp av lydopptakene ble intervjuene fulltranskribert og lyttet til igjen. I denne rapporten har vi forsøkt å forstå informantenes utsagn i konteksten de er fremsagt i for å kunne gi riktig tolkning.

I sitatene er pausemarkeringer som ehm hmm osv fjernet. Vi har beholdt noen aksentkjenner som for eksempel brudd med standard norsk ordvalg, ordstilling eller endelser, men har ellers brukt standard norsk rettskrivning selv om informantene i mange tilfeller har avveket fra dette i muntlig tale.

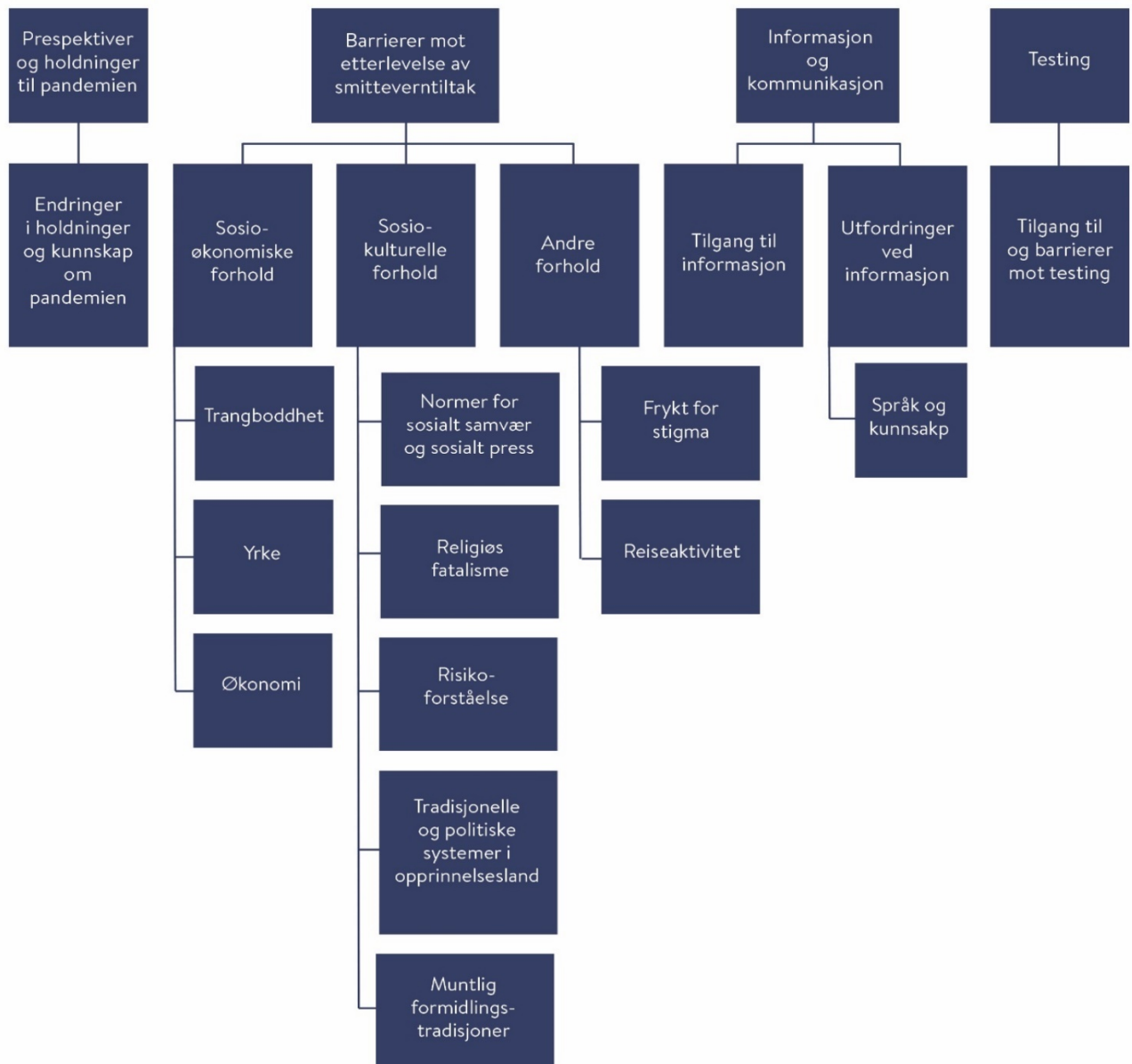
For å sikre anonymitet oppgir vi omtrentlig alder og har fjernet noen referanser til stedsnavn. Disse er erstattet med klammer, for eksempel [Navn på småby].

I enkelte sitater kommer informantene med utsagt av faktisk art, for eksempel om prosentandelen i en gruppe som ikke leser norsk, når noe har vært oversatt, hvilken form for sosiale medier en innvandrergruppe bruker mest etc. Dette må leses som den enkelte informants oppfatning av et faktum. Informanten kan være mer eller mindre velinformert om de faktiske forhold. I en kvalitativ undersøkelse som denne er det informantenes synspunkter vi er interesserte i, vi har derfor ikke etterprøvd eller korrigert faktuelle utsagn som er eller kan være faktisk feil. Vi advarer således mot å klippe ut sitater ut av sammenhengen de fremkommer i her, eller ukritisk bruke utsagn som indikasjon på et gitt faktisk forhold.

Funn

I analysen har vi identifisert seks hovedtemaer, 13 subtemaer, og 15 kategorier. I denne rapporten presenteres funn fra fire hovedtemaer opplevelser av og holdninger til pandemien, barrierer til etterlevelse av smitteverntiltak, informasjon og kommunikasjon og testing (se figur 1), mens to hovedtemaer som er vaksine (informantenes synspunkter om vaksinen) og sekundær konsekvensene av pandemien (sosiale, økonomiske og psykiske effektene av pandemien) ikke omtales her. Disse to temaene vil belyses i senere utgivelser.

Figur 1: Hovedtemaer, temaer og kategorier basert på funn i den kvalitative undersøkelsen



Perspektiver og holdninger til pandemien

Endring i holdninger og kunnskap om pandemien

Informantenes egne holdninger har vært i endring, fra starten av pandemien i mars 2020 til våren 2021, da intervjuene ble gjennomført. De har endret forståelse og egen håndtering av pandemien, samt sin etterlevelse av TISK-strategien (Testing-, Isolering-, Smittesporing- og Karantene).

Alle informantene fortalte at de ikke hadde kjennskap til pandemier før denne pandemien kom. Informantene oppfattet det også slik at det tok lenger tid for mange innvandrere å forstå alvorlighetsgraden av pandemien. Endringer i forståelsen av alvoret ble satt i sammenheng med erfaringene fra dødsfall og sykehusinnleggelse blant familiemedlemmer, venner og bekjente. Flere av informantene kjenner til personer som har vært innlagt på sykehus, og de oppfattet det slik at personer i deres miljø forsto alvoret og risikoen forbundet med korona i takt med innleggelse. I

tillegg hadde de fått informasjon om pandemien i sosiale medier, sett videoer av mennesker som ikke kunne puste og fått høre grusomme historier. Synet på pandemien endret seg fra å være preget av skepsis hos enkelte, konspirasjonsteorier, til aksept og forståelse for alvoret ved covid-19.

«Jeg selv var også skeptisk til pandemien i fjor da korona startet. Men vi har sett videoer på Youtube og sett folk som ikke får puste eller dør av koronaen. Da forsto vi at sykdommen var reell og alvorlig, og Norge ble stengt» (norsksomalier, mann i 40-årene).

«I starten var de [det pakistanske samfunnet] ikke seriøse i det hele tatt, og de fleste av dem trodde at det bare er en annen konspirasjonsteori. Men da noen av dem og familien deres smittet og dessverre så de dødsfallene, innså de at det er noe alvorlig og at det er ekte» (norskpakistaner, kvinne i 50-årene).

Flere har forstått alvoret ved covid-19 og viktigheten av å følge smittevernråd for å beskytte seg selv og andre etter hvert som det er kommet mer kunnskap og informasjon om hvordan viruset overføres, hvordan man kan beskytte seg selv mot smitte, og hva konsekvensene kan være dersom man ikke følger smittevernrådene.

«Vi hadde en periode med uklarerhet om hva vi skulle gjøre, hvordan det [viruset] overføres, hvordan vi kan beskytte oss selv. Men nå har det blitt bedre, spesielt etter at vi har restriksjoner og ilagt bøter. Vi har bedre kunnskap, og vi følger forskrifter om bruk av masker og vasker hender» (norskiraker, mann i 50-årene).

«Det er litt vanskelig. Det som var vanskelig til å begynne med var at somaliere tok dette [pandemien] for gitt, og at man ikke trodde at viruset var så alvorlig. Så man kjente ikke alvorlighetsgraden av viruset. Jeg har selv snakket med flere som trodde at dette var en vanlig forkjølelse. Så i første bølgen var folk ikke klar over alvorlighetsgraden og risikoen ved korona» (norsksomalier, kvinne i 30-årene).

Selv om mange forsto risikoen ved koronaviruset og alvorlighetsgraden, varierte etterlevelse av reglene ved karantene og isolasjon. En informant som testet seg to ganger etter beskjed om å ha vært i nærkontakt, isolerte seg selv og barnet sitt fra mannen sin i en liten leilighet til de hadde fått testsvar. En annen informant etterlevde ikke rådet om å sove på separat soverom da samboeren ble syk, og resonnerte på følgende måte:

«Men det er veldig vanskelig å unngå smitte hvis du bor i samme leilighet, du tar på de samme tingene, du bruker de samme tingene som den andre personen, så det er vanskelig. Jeg tror at om jeg hadde vært smitta, så hadde jeg smitta samboeren min uansett om jeg hadde sovet i et separat rom eller ikke» (norskpolsk, kvinne i 40-årene).

Resonnementet fra denne informanten illustrer at skjønnsmessige og personlige vurderinger er en del av bildet i etterlevelsen av smittevernråd. Det vil si at enkelte informanter ikke helt forstår helheten av smittevernrådet f.eks. at man må være i isolasjon i egnet bolig der den smittede kan oppholde seg separert fra de andre i husstanden.

Barrierer mot etterlevelse av smitteverntiltak

Det er noen faktorer som derimot kan tenkes å synliggjøre barrierer blant innvandrerbefolkningene spesifikt. Denne studien synliggjør ulike barrierer som kan ha påvirket informantenes håndtering av pandemien. Både sosioøkonomiske og sosiokulturelle faktorer er viktige for forståelsen og etterlevelsen av råd om hygiene, sosial distansering, testing, karantene, smittesporing og isolasjon.

Flere av informantene mente at en rekke sosioøkonomiske forhold kan ha påvirket innvandrernes etterlevelse av tiltak. Samtlige informanter mente at forhold som trangboddhet, yrkesrisiko og økonomisk sårbarhet kan ha bidratt til høyere smittetall blant innvandrere.

Trangboddhet, yrkesrisiko og økonomisk sårbarhet

Boligforhold ble ansett som en av hovedårsakene til overrepresentasjon av koronasmitte blant innvandrere. Mange informanter mente at husholdningens størrelse og trangboddhet har betydning for koronasmitte. De mente boligforholdene gjorde det vanskeligere å følge karantene-reglene. Flere informanter fremhevet etterlevelse av karantenebestemmelsene som svært utfordrende. Noen pekte også på utfordringer med overholdelse av sosial distansering og isolasjonsbestemmelser.

«Som sagt vi bor i en leilighet med gjerne 3-4 personer. Når en blir smittet må den som er smitte flytte ut, eller resten familien må flytte ut. Hvis ikke, blir alle smittet. Det kan være årsaken til at mange eritreere blir smittet. Mangel på rom i en leilighet kan være årsak» (norskeritreer, kvinne i 30-årene).

Når informantene ble spurt om hvorfor de tror innvandrere (og de med samme landbakgrunn) er overrepresentert blant koronasmittede, pekte mange på at innvandrere ofte arbeider i utsatte yrker. For eksempel transport (taxi og buss), renhold, varehandel, serviceyrker og i helsevesenet. De fleste mente at det ikke var mulig for mange å jobbe hjemmefra og å holde seg isolerte. Dette førte til at de blir eksponert for relativt høyere risiko for å bli smittet på grunn av jobben, for så å ta smitte med videre til mange familiemedlemmer og venner. I intervjuene fremkommer det også eksempler på at folk har følt seg presset til å gå på jobb, selv om de vet de ikke bør gjøre det.

«Veldig ofte, hvis jeg var syk og ringte, så sa de nei, nei, du må gå på jobb fordi du jobber nesten alene, at det var på kveldstid, så det var ingen på kontoret. Men de skjønner ikke min helse, de skjønner bare at jeg må gå fordi de ikke har noen vikarer» (norskpolisk, kvinne i 30-årene).

Andre økonomiske faktorer som flere informanter har nevnt inkluderer kostnader ved engangsmunnbind og mangelen på tilgang til egen bil slik at man er avhengig av kollektiv transport. De mente dette var eksempler på hvordan det kunne være vanskeligere for de med dårligere råd å etterleve smittevern råd.

«Vi utvikler vårt eget inntrykk og beslutninger, spesielt når det gjelder kostnad. Først har jeg ikke råd til å bruke ansiktsmaske for engangsbruk. Jeg har familier på seks personer, og hvis esken på 10 ansiktsmasker koster 150 kr og månedlig inntekt er begrenset, så bruker jeg en ansiktsmaske av klut som ikke er beskyttende nok. Ansiktsmaskene er dyre å legge til i månedlig budsjett» (norskiraker, kvinne i 30-årene).

Sosiokulturelle forhold

Sosiokulturelle faktorer er kreftene i kulturer og samfunn som påvirker tanker, følelser og atferd. Slike faktorer inkluderer holdninger, kulturforskjeller, diskriminering, etnisk identitet og verdier, familie- og slektsstruktur, religiøs tro og praksis, ritualer og tabuer (Anjalmoose og Arumugam, 2018). Informantene nevnte ulike faktorer, som kan klassifiseres som sosiokulturelle og som har påvirket deres etterlevelse av smittevern råd. Dette er normer for sosialt samvær, religiøse fatalisme, risikovurdering og tradisjonelle og politiske systemer i hjemlandet.

Normer for sosialt samvær og sosial press

Sosialt samvær og fellesskap er svært viktige for de fleste. Normene og tradisjonene for sosialt samvær kan variere og vil kunne påvirke frekvens og størrelse på arrangementer også under en pandemi. Normer og tradisjoner kan være knyttet til sosiale begivenheter som bryllup og begravelse, men også til hvor ofte man besøker venner og slektninger. En del informanter ga uttrykk for at det er vanligere å være mer sosiale i den gruppen de tilhører, enn det de oppfatter at den øvrige norske befolkningen er. Informantene mente at det har vært utfordrende å følge smittevernråd om å være mest mulig hjemme og ikke besøke eller møte andre.

*«Som sagt er vi sosiale mer enn de andre kan jeg si. Det går ikke an å bli usosial i løpet av et år»
(norskeritreer, kvinne i 30-årene).*

«Som nevnt, så har vi afghanere og sikkert veldig mange andre innvandrere, jo veldig nært forhold til hverandre og er veldig opptatt av å være sosial. Årsaken til at afghanere er litt mer utsatt for smitte, kan jo være det her med sosiale sammenkomster, at vi er veldig vant med å være sammen med folk og bruke tida med andre. Og det å være ensom og være for seg selv i en lang periode kan jo være veldig vanskelig. Hadde det vært i en kort periode så hadde det kanskje vært greit, men nå har det jo vært en lang periode nå. Og folk blir jo lei seg til slutt, og uansett så vil man på en måte kunne gi opp. Så på en måte er det sosialt samvær noe som er ikke lett å ha kontroll over» (norskafghaner, k)

Selv om opinionsdannere som ressurspersoner, imamer og organisasjonsledere fra ulike innvandrergupper advarte sterkt mot sosialt samvær, og ga informasjon om sammenhengen mellom sosialt samvær og smitte, nevnte noen informanter at folk ikke tok hensyn til advarslene. Dette indikerer at det er en oppfatning om at innvandrere har sterke tradisjoner og et sterkt behov for sosialt samvær, som er vanskelige å fravike selv i en pandemi. Kanskje kan det henge sammen med risikoforståelse under pandemien.

*«Moskeadministrasjonen markerte bønnestedene med en meters avstand og sørget for at folk kunne følge retningslinjene. Men etter fredagsbønn kom de [personene som var i moskeen] som normalt og klemmer eller håndhilser på imamen og andre muslimer. Selv om administrasjonen gang på gang kunngjorde at de ikke skulle håndhelse eller klemmer hverandre, ble det observert at noen ikke lyttet»
(norskpakistaner, mann i syttiårene).*

I forbindelse med dødsfall eller andre triste og vanskelige hendelser, er det både naturlig og forventet at man samles. Det ble nevnt at det i forbindelse med slike situasjoner ikke ble tatt hensyn til smitteverntiltak og religiøse samlinger ble gjennomført. Dette pekes på som en av årsakene til at det ble vanskelig å kontrollere smittespredningen blant innvandrere.

«En del av de i det afghanske miljøet hadde religiøse seremonier, og de tenkte disse var mer viktigere enn korona. De samlet seg, og da ble mange smittet, jeg tror 50 personer. Sånne ting kan også bidra til hvorfor de er overrepresentert» (norskafghaner, kvinne i 50-årene)

Noen informanter opplevde sosialt press fra familie, venner og nettverk når de tok smitteverntiltak på alvor, særlig når de nektet å håndhelse eller klemme. Informantene mente at det å holde avstand er ukjent i noen kulturer. Fysisk kontakt, som klemming og håndhilsning, er et symbol for respekt, kjærlighet og omsorg. Likeså er det en sosial norm å møte opp når en blir invitert til fester eller andre samlinger. Begrensing av antall personer til samlinger førte til problemer for dem fordi de ikke kunne invitere alle nære familier og venner.

«Men det som kan være vanskelig for noen å forstå at noen afghanere tar covid-19 veldig alvorlig og sier da «nei, jeg skal ikke delta på det. Jeg skal ikke ha besøk, og du kan ikke komme på besøk hos meg, beklager». Og da kan det være noen som tar det veldig personlig, og det føltes litt stygt på en måte» (norskafghaner, kvinne i 20-årene).

Videre er de fleste informantene familieorienterte og har store familier med mange nære kontakter som de er vant til å se regelmessig og som de har mindre sosial distanse til. De kaller dem deres "omgangskrets/slekten", som inkluderer foreldre, svigerforeldre, søsken, søskenbarn, onkler, tanter og besteforeldre. En deltaker nevnte den hierarkiske kulturen og at den eldre generasjonen bestemmer premissene i større grad enn de yngre i sosiale interaksjoner i familiene. Noen deltakere fortalte at det oppleves som en plikt å delta i familiesammenkomster på grunn av frykt for konflikter i familiene, som ble sett på som verre enn å bli smittet med korona.

«Å holde avstand og å tenke på hverandre har vært veldig vanskelig på grunn av kulturen og tradisjon, også å forklare det. Folk kan føle seg avvist. Folk kan føle at du ikke liker dem til tross at man forklarer grunnen. Det er til og med noen sier «jaja, du finner på ting», og det synes jeg har vært veldig vanskelig i mange miljøer. Også de som skal gifte seg og som skal invitere folk, er det veldig mange familier som føler «de liker dem mer enn oss fordi de ble invitert». Men du veit jo sånn brylluper er jo fra 300 -500 personer, også plutselig ble det begrenset til 5-10 personer i starten» (norskafghanere, kvinne i 50-årene).

Religiøs fatalisme

Når informantene ble spurt om hvorfor de tror innvandrere er overrepresentert blant de med koronasmitte og sykehusinnlagte har flere informanter koblet dette til religiøse oppfatninger. Informantene mente at noen innvandrere har en oppfatning at det er Guds vilje om man holder seg frisk, er syk eller skal dø. Slike oppfatninger blir innen samfunnsfagene og religionsforskningen ofte omtalt som Fatalisme, i betydningen. «Troen på at alt som skjer, er forutbestemt og ikke kan avverges eller endres ved menneskets inngripen» (Løøv 2021). Når dette er knyttet til en religiøs tro, slik det blir gjort av informantene i vårt materiale, omtales dette gjerne som religiøs fatalisme.

I intervjumaterialet kom det frem flere eksempler på oppfatninger eller handlinger som kan være uttrykk for religiøs fatalisme. Noen informanter mente at den fatalistiske troen legger alt ansvar i Guds hender og kan ta fra enkeltmennesket opplevelse av handlekraft. Mange informanter ga uttrykk for at det var en oppfatning om at religion er en viktig del av hverdagen til mange innvandrere, og at religionen ga dem trøst under pandemien. Ifølge informantene hadde restriksjonene under pandemien gjort at de troende ikke har kunnet gå til gudstjenester, kollektiv bønn i moskeen, begravelser og spesielle religiøse høytidsdager. Det var en oppfatning blant flere av informantene at risikoforståelse kan henge sammen med religion. Når en av respondentene hevdet at noen personer ikke er redde for å dø, kan den type holdninger være knyttet til religiøsitet, jf. sitatet med at «Gud ... tar livet vårt når tiden kommer».

«Ja, dessverre det finnes folk som sier «Gud har skapt oss og tar livet vårt når tiden kommer. Og da må vi bare overlate alt til Gud fordi Gud bestemmer. Uansett om det blir krig, korona eller blir påkjørt av en bil. Så dette er noe som foregår dessverre, og noe som vi burde kanskje jobbe med» (norsksomalier, kvinne i 30-årene).

Slike oppfatninger som denne informanten bemerker, vil henge sammen med grad av religiøsitet. I denne undersøkelsen ble religiøs fatalisme i hovedsak beskrevet som noe andre har, snarere enn noe informantene selv har.

Risikovurdering

Sterke opplevelser i livet, som for eksempel krig eller andre livstruende hendelser, gjør døden mer dagligdags for personer med bakgrunn fra krigsherjede land. Minner fra krigen i hjemlandet synes å bidra til at pandemien relativt sett oppleves som mindre farlig, fordi frykten for å miste livet er åpenbar i situasjoner som krig. Flere informanter fremhevet at mange har opplevd verre og vondere ting enn covid-19 og at pandemien ikke er noe særlig truende og skummel for dem.

«Men de med begrenset utdanning, de anser døden som noe normalt. Når du ser krigen i Syria, Irak og mennesker som dør foran øynene dine, er denne covid-19 ikke sammenliknbar» ... «Vi sliter i vårt daglige liv, så covid-19-død regnes som mer en skjebne eller noe som er ment å være. Vi er ikke redde for døden» (norskiraker, kvinne i 20-årne).

«Jeg tror du opplever at folk som kanskje har opplevd noe typisk sånn som krig, kanskje ikke er så redd for pandemien. Altså jeg tror til tider at mediene kan overdrive litt også. Men jeg tror at folk som har opplevd verre ting/ en stor, vonde ting, at dette her kanskje ikke er så veldig skummelt» norskbosnisk/serbisk, kvinne i 30-årene).

Risikovurderinger kan også påvirkes av konspirasjonsteorier, og mistro til det norske helsevesenet. En respondent viste til folk som utsetter seg for risiko ved å ikke oppsøke helsehjelp når de er alvorlig syke, fordi de er redde for sykehus.

«Det finnes folk som til og med nekter å gå til lege eller sykehuset fordi de tror at folk dør på sykehusene. Mange av disse som blir smittet av korona, blir værende hjemme fordi de nekter å kontakte lege. Så når de får pustevansker, blir de hentet av ambulansen. Da kan det være for sent» (norsksomalier, kvinne i 30-årene).

Forhold i hjemlandet påvirker også risikovurdering. Enkelte informanter la mer vekt på informasjon fra hjemlandet enn Norge. Et eksempel er en informant som var i tvil om hvordan han skulle forholde seg til informasjon i Norge siden ingen i hjemlandet var opptatt av pandemien og smittevern.

«Det som er litt rart for meg, når jeg følger med nyhetene eller sosiale medier fra Afghanistan, der er det ingenting. Folk lever som vanlig. Også når man snakker med forskjellige mennesker der ned, så har de forskjellige meninger om korona. Dette her er noe som gjør situasjonen litt tvilsomt» (norskafghaner, mann i 40-årene).

Tradisjonelle og politiske systemer i opprinnelsesland

På spørsmål om smitteverntiltakene som ble innført og hvorfor noen velger å ikke etterleve reglene, nevnte noen informanter praksiser fra opprinnelseslandet og sammenliknet dette med systemet i Norge. De fleste som ble intervjuet kommer fra land der myndighetene tar i bruk strengere virkemidler når det gjelder restriksjoner enn det som er tilfelle i Norge. Ifølge informantene bruker de politiske regimene svært sterke maktmidler og når myndighetene innfører tiltak, blir innbyggerne informert om hvilke konsekvenser det kan få dersom bryte reglene. Konsekvensene kan for eksempel være bot, fengsel eller fysisk avstraffelse.

«Folk i hjemlandet fikk ordrer fra myndighetene at ingen kan forlate hjem. Bare en person fra en husstand kan forlate hjem for å handle mat og sånt. De er nødt til å følge myndighetene. I hjemlandet blir man jo redd for konsekvenser. Hvis du ikke følger opp, kan du bli straffet - eller man vet ikke hva som skjer. Derfor er man redd, og man hører på myndighetene, men ikke her i Norge» (norskeritreer, mann i 50-årene).

Innvandrere forventer den samme klare tale fra norske myndigheter. Men i Norge er det stor tillit mellom folk og myndighetene og folk følger i stor grad myndighetenes råd og anbefalinger. Tiltak oppleves imidlertid som mindre viktige for noen innvandrere fordi norsk myndigheter enten ikke har et straffesystem, eller i mindre grad straffefølger brudd på smittevernrestriksjoner. Anbefalinger og råd oppleves i mindre grad som noe man må etterleve.

«Det er en gruppe innad i det polske miljøet som følger kanskje mer det som skjer i Polen enn det som skjer i Norge. Så de er veldig påvirket av det som de hører i Polen, og der er reglene annerledes enn her. Særlig i fjor når det gjelder innreisekarantene. Der var det veldig stor kontroll, du måtte ha app, sende bilder hver eneste dag fra stua, kjøkkenet og så videre. Også var politiet på døren nesten hver dag for å sjekke om du sitter hjemme faktisk. Mens Norge var det tillitsbasert, og på dette tidspunktet var det ikke så mye informasjon på andre språk, ikke på grensen en gang. Så du skjønner, for folk som ikke kjenner til dette systemet, var det vanskelig å skjønne at du har egentlig ansvar selv for å sitte i karantene, og du må følge disse reglene» (norskpolisk, kvinne i 40-årene).

Muntlig formidlingstradisjoner

Lave lese- og skriveferdigheter, og svake norskkunnskaper, påvirker evnen til å forstå og ta til seg større mengder med skriftlig informasjon. Sammen med lav digital kompetanse kan det være vanskelig å finne informasjon i norske aviser eller nasjonale nettsider som fhi.no og helsenorge.no. Flere informanter nevnte at mange innvandrergupper har lange tradisjoner for muntlig formidling av budskap mellom enkeltpersoner og til større grupper. Ifølge informantene kan en del innvandrere oppleve store mengder tekst som vanskelig og vil lettere forstå muntlig informasjon.

«Somaliere er folk som får informasjonen raskt ved å informere hverandre. Vi har både utdannede og ufaglærte personer i vårt samfunn. Men når man får riktig informasjon, så vet vi at somaliere tar informasjonen de får. Dette kan vi se utfra den andre bølgen hvor smitten var i somalisk miljøet sammenliknet med andre innvandrere. Så somaliere forstår koronaen og pandemien nå og har fått bedre risikovurdering» (norsksomalier, mann i 40-årene).

Under intervjuene ble informantene spurt hvordan helsemyndighetene kan kommunisere effektivt med dem selv og andre med lik landbakgrunn. De fleste nevnte at deres miljø raskt kan nås med videoer i sosiale medier. Radio til opplysningsarbeid eller debatter gjennom sosiale medier er også kanaler folk flest bruker. Dette tyder på at for mange innvandrere er ikke skriftlige beskjeder nok og at flere foretrekker muntlig informasjon.

«Språkbarriere er en stor utfordring spesielt for den eldre generasjonen. De får ikke all informasjon fordi det er på norsk som de ikke forstår, og ikke alle eldre bor sammen med barna sine. Derfor bør de gis informasjonen muntlig på sitt eget språk» (norskpakistaner, kvinne i 40-årene).

«Det er vanskelig synes jeg fordi informasjon kommer fra alle kanter. For det andre er det ikke alle som har kompetansen for å bruke digitale medier. Ofte så ser jo man enten på debatten i tv eller i aviser, men det er ikke alltid det. Det er ikke alle som er like gode til å lese, Vi er et muntlig samfunn. Vi stoler mer på det som blir sagt enn det vi leser» (norskeritreer, kvinne i 20-årene).

Andre forhold

Frykt for stigma

Noen informanter har opplevd å bli møtt med stigma, stereotypier og fordommer relatert til pandemien. Hendelsene skjedde i ulike sosiale sammenhenger, men flere hadde opplevelser ved reise med kollektivtransport og på jobb. Å bli påført skam, og få negative reaksjoner fra omgivelsene kan bidra til at sykdommen anses som tabu. Informantene mente at negativ oppmerksomhet kan føre til at folk skjuler at de er blitt smittet av korona. Andre informanter mente også at stereotypier bidrar til at man mister motivasjon og blir marginalisert, som igjen kan bidra til smittespredning og at man forneker pandemien.

«Det virker som at det er mye korona i Norge pga innvandrere. En dame fortalte meg at hun tar buss. Og med en gang hun kom inn, reist seg en voksen mann opp og sa «ut av bussen, jeg vil ikke bli smittet av deg». Og hun sa til meg «jeg følte meg så liten i det øyeblikket og ble så lei meg». Og da fortalte hun meg at det er takk være massemedia fordi de gjør som at folk blir stigmatisert og sett på som at det er de som er «bærere» av covid-19» (Norskafghaner, kvinne i 50-årene).

«Veldig mange opplever det. Som for eksempel, hvis det er polske barn som vil komme på besøk til norske barn, sier de nei på grunn du er polakk: -Du kan ha covid-19 og ta det til oss. Eller vi hadde veldig stor sak i [mellomstor by]. Hvis jeg husker, ble det mange smittede. Det ble mye diskriminering mot polakker. Vi ble anklaget for importsmitte» (norskpolsk, kvinne i 40-årene).

Reiseaktivitet

Selv om det finnes unntak, vil innvandrere, naturlig nok, ha flere nære forbindelser til utlandet. Dette er fordi familie, slektskap og venneforbindelser knytter miljøer sammen på tvers av landegrensler, noe som kan ha påvirket reiseaktiviteten. Informanter forteller om reiser for å besøke familie og slektninger i opprinnelseslandet, til tross for all informasjon om å begrense reiser og pålagte reiserestriksjoner. Enkelte beskriver også at reiseaktiviteten avtok etter innføringen av reisekarantene. Importsmitte som er spredt videre til familie og nærkontakter hjemme i Norge kan ha bidratt til at innvandrere har vært overrepresentert i tilfeller av covid-19.

«Nei, afghanere har jo vært på nummer 3 på liste, men likevel var det på begynnelsen. Og det var veldig mange som hadde reist, og de kom tilbake og tok med seg sykdommen. Det var den gruppen som var øverst på lista, og som hadde en del sykehusinnleggelse» (norskafghaner, kvinne i 50-årene).

Informasjon og kommunikasjon

Myndighetene publiserte sine råd og anbefalinger på offentlige nettsider og formidlet dette gjennom norske medier. Flere informanter mente at informasjonen som ble formidlet var motstridende fordi de opplevde at det ble gitt ulike beskjeder fra ulike eksperter. Det ble oppfattet som at myndighetenes tilnærming til pandemien var en «vent-og-se»-strategi. Det skapte usikkerhet blant folk med innvandrerbakgrunn. Noen informanter opplevde at råd ble endret for ofte og at informasjonen var for omfattende og detaljert. Til tross for gode norskkunnskaper ble informasjonen vanskelig å forstå for noen informanter. Dette kan være en av årsakene at rådene ikke ble etterlevd. Det var frustrerende å prøve å forstå og holde seg oppdatert om for eksempel størrelse på kohorter,

antall personer man kunne ha på besøk og regler for arrangementer i hjemmet og på offentlige steder.

«Venninna mi sa at det var lov å ha samlingen opptil 200 pers så lenge folk hadde faste sitteplasser, mens en annen fortalte at det ikke var tillat med private arrangement og at dette var noe som bare gjaldt offentlige kulturarrangement altså kino, teater etc. Det med nærkontakt var også uklart. Men også sånn, 10 nærkontakter, ... Jeg synes ikke at de ikke nødvendigvis var klare, men av og til så var det så mye informasjon der ute at det ble bare [too much]» (norskpakistaner, mann i 20-årene).

Tilgang til informasjon

På spørsmål om hvilke effektive kommunikasjonskanaler helsemyndighetene kunne ha brukt for å nå fram med budskap, nevnte flere sosiale medier; Facebook, Youtube, Whatsapp og Viber. Ifølge informantene er det mange innvandrere som ikke følger med på nyhetene i norske medier og som dermed ikke får fullverdig informasjon. Sosiale medier var viktig for å få informasjon på eget morsmål, og facebook-grupper ble aktivt brukt for å formidle informasjon i de ulike innvandrergroppene. En del informanter fortalte at lokale innvandrernettaviser, ulike Facebook-grupper og radioapper var kjernekllder til informasjon i noen innvandremiljøer.

«Folk bruker Viber, Messenger, Facebook, mest Viber. Vi har en Viber-gruppe via den eritreiske foreningen, så nesten alle bruker den. I det siste har de begynt å sende informasjon til og med på tigrinja [et eritreisk språk]. Så det kommer nok info der. ... Jeg ville tro at akkurat nå er den Viber-gruppa veldig populær, men Facebook er også de fleste på. ... Så Viber-gruppa funker; det veldig godt, i hvert fall i vårt område» (norskeritreer, kvinne i 30-årene).

Myndighetenes samarbeid med lokale initiativ for å nå ut til innvandrere som ikke snakker norsk, har bidratt til bedre tillit til myndighetene og en følelse av trygghet. Samarbeid med ressurspersoner for å formidle tilstrekkelig informasjon til utsatte innvandrergropper er viktig. I intervjuene kommer det også frem at den informasjonen myndighetene oversatte i begynnelsen av pandemien ikke nødvendigvis nådde frem til målgruppene – og at inntrykket derfor var at dette ikke var gjort.

«... somaliere har språkvanskeligheter. Når man informerer folk, må man bruke informasjonen på et felles språk som folk forstår. Dette kan de også oppnå ved å bruke ressurspersoner for å formidle informasjonen på somali så somaliere får tilstrekkelig informasjon om pandemien. Dette har myndigheten ikke gjort noe med i starten av koronaen. De har gitt informasjonen på norsk, og 60 prosent av somaliere leser ikke eller skriver på norsk» (norsksomalier, mann i 40-årene).

Ulike frivillige organisasjoner har jobbet med formidling av informasjon om korona og vaksine på morsmålet til ulike innvandrergropper. Flere informanter fremhevet likevel at informasjonen ikke har vært tilgjengelig nok for dem som ikke har tilgang til digital teknologi. Oversettelse og distribuering av informasjonsmateriale i form av papir og gjennom radiokanaler på ulike språk har vært en god strategi for å øke kunnskapen om smittevern og dermed til å begrense smitte blant minoritetsbefolkningen, mener flere av informantene. Informasjon om korona i sosiale medier oppleves pålitelig når informasjonen blir formidlet på eget morsmål og av talspersoner med egen landbakgrunn. Dette ble framhevet av nesten alle informanter.

«Man har lansert radio og apper for somaliere som alle kan forstå informasjonen. Men det er også bra at folk får skriftlig informasjon på morsmålet sitt så man også leser det selv enten på arabisk, somali, urdu osv. FHI kan også bruke somalisk nettverk eller apper så folk kan få informasjonen der» (norsksomalier, kvinne i 30-årene).

«Det er viktig å se på hvem som deler eller hvor informasjon kommer fra. Norske kommunikasjonskanaler, og man ser at denne nettsiden er for eksempel FHI, da veit man at det er troverdig informasjon, mener jeg. Og det samme på Facebook, der følger jeg sidene til afghanske helsemyndigheter som jeg veit er troverdig. ... Troverdig er egentlig hva man kjenner til, så hvis det kommer koronainformasjon fra en nettside som jeg ikke kjenner; det kan jeg ikke følge» (norskafghaner, mann i 40-årene).

Utfordringer knyttet til informasjonstiltak

Uklare tolkninger og dårlige oversettelser til sine respektive språk ble ansett som en barriere for å overholde tiltak fra flere deltakere. De nevnte at SMS -en som ble sendt av kommunen var vanskelig å forstå og oversettelsen ble ikke oppfattet som pålitelig fordi den var dårlig skrevet og inneholdt både grammatiske feil og ord- og stavefeil. Flere deltakere ga uttrykk for at reglene og tiltakene ikke alltid var logiske for dem. Derfor var det vanskelig å forstå og etterleve smittevernråd. Flere deltakere synes at mengden informasjon var enorm og ønsket mer konkret og lettere tilgjengelig informasjon. En informant fremhevet at målet med informasjonen må være at folk forstår budskapet som myndighetene formidler til folk. Derfor bør informasjonen være mer effektiv, klar, enkel og mer direkte på hva man skal gjøre.

«Målet med informasjon er at du når de folka som trenger informasjon. Det er ikke det at du kommer med et enormt skrift hvor ingen forstår deg. Kort, konsis og istedenfor å skrive samme tekst opp ned, opp ned på seks sider, så kunne de bare ta endringene helt på toppen siden det er det som er hovedendringene» (norskafghaner, kvinne i 50-årene).

Språk og kunnskap

Samtlige informanter mente at manglende språkkunnskaper medførte begrenset etterlevelse av smitteverntiltak fordi folk ikke fikk med seg riktig informasjon.

«Når vi snakker om minoritetsbakgrunn, er det først og fremst språk i seg selv er jo vanskelig; hvilke uttrykk du bruker, og i tillegg har det vært så mye fram og tilbake med de reglene som har vært veldig vanskelig å forholde seg til» (norskeritreer, kvinne i 20-årene).

Noen av deltakerne hadde problemer med å forstå medisinske og akademiske begrep brukt under intervjuene. Dette gjaldt både de generelle rådene og de spesifikke rådene i forbindelse med utbrudd eller om de selv var satt i karantene. Et eksempel på dette er forståelsen av "smittevern".

«Smittevern», Jeg forstår ikke. For det er et dobbelt ord, ikke sant. Jeg vet hva «smitte» betyr ... Sånn om smitte som skjer nå. «Smittevern», har du hørt det ordet? [Intervjuer spør] «Nei»» (norsksyrer, kvinne i 20-årene).

Generasjonsforskjeller er en annen barriere som ble nevnt. Språkbarrierer og lav digital kunnskap er mer utbredt blant eldre innvandrere. Flere av de eldre fikk derfor problemer med å innhente informasjon selv, og var avhengige av at andre gjorde det for dem. Mens noen eldre bor sammen med sine barn og barnebarn og får informasjonen gjennom familiemedlemmer, bor andre alene eller sammen med slektninger som ikke har utdanning og tilstrekkelig kunnskap. Dette omfatter også nyankomne personer som ikke kan det norske språket, er mindre integrert og dermed har store utfordringer med å følge med på endringene. Dette kan ha ført til at flere innvandrergupper ikke fikk formidlet informasjonen på riktig måte og dermed ikke fikk med seg nødvendig informasjon. Det

kan også være grunnen til at flere innvandrere følger nyhetene i hjemlandet og føler seg bedre informert om situasjonene der.

«Så for folk, som er min alder eller er en viss grad yngre, så er det jo veldig enkelt. Folk i dag er jo veldig opptatt med sosiale medier. For min far, så er det helt ålreit, men jeg har en mor som ikke bruker sosiale medier. Så for henne, å få informasjon via digital teknologi er ikke nyttig på den måten. Noen afghanere, spesielt de eldre, de kan jo ikke innhente informasjon selv, de har ikke nok kunnskap og de har ikke utdanning» (norskafghaner, kvinne)

«De følger ikke NRK og ser ikke på norsk tv. Det kan hende at de har Universal TV [somalisk tv-kanal]. Så de følger ikke hva som skjer her i Norge, men følger de sakene i Somalia» (norsksomalier, kvinne i 30-årene).

Testing

En forutsetning for TISK-strategien er at befolkningen tester seg for koronasmitte. Som informantene har påpekt har bevisstheten og kunnskapen mange har om pandemien utviklet seg over tid. Likevel kan det være andre faktorer enn økt bevissthet som har påvirket etterlevelse av smittevernråd. Ifølge en informant ble testing ansett som en viktig del av smittevernrådet. Informantene påpekte at de var redde for å smitte sine nærmeste, og derfor ville teste seg hvis de hadde mistanke om smitte.

«De tester seg fordi folk er jo opptatt av å ta være på sine nærmeste. Hvis man har mistanke om korona så er det helst lurt å teste seg for at de skal vite helsetilstanden raskere og de som har hatt kontakt med. Så langt har dette ikke vært et problem» (norsksomalier, mann i 20-årene).

Tilgang til og barrierer mot testing

I første bølge av pandemien var testkapasiteten svært begrenset (både i antall tester, teststasjoner og laboratoriekapasitet) og den måtte fra myndighetenes side prioriteres strengt. Det var også en usikkerhet blant fagpersoner og forskere på hva som var symptombildet for covid-19, og hva som burde være indikasjon for testing. Informantene beskriver også den første fasen som utfordrende når det gjaldt tilgang til testing og informasjon om testing. Når respondentene ble spurt om tilgang og bruk av testtjenester, svarte de fleste informantene at det var vanskelig i starten av pandemien fordi man måtte bestille time på sykehuset eller legevakten.

«Vår bydel har et testsenter som er åpent i alle dager, har dropp inn timer. De har også biltestsenter som står rundt i bydelen. Før var det litt vanskelig for folk å teste seg at de måtte reise til Ahus sykehus det er lettere for dem å teste seg nå. Til og med de eldre tester seg og når testlokalene er tilgjengelig nå så det gjør enda lettere for dem. Jeg har ikke sett noen nekter å teste seg» (norsksomalier, kvinne i 30-årene).

Likeså kan bestilling av test over telefon være et hinder og kan være vanskelig særlig for de som har kommunikasjonsutfordringer. Personer som må teste seg etter å ha vært nærkontakt eller ved innreisekarantene blir kontaktet på telefon. Koronatelefon på flere språk til ulike innvandregrupper ble omtalt som et viktig og forbedret tiltak og at det bidro til bedre forståelse av risiko.

«Vi hadde noen tilfeller tilbake i desember [2020] da det var utbruddet i det somaliske miljøet, da gikk jeg ut til smittevernkontoret og spurte om koronatelefon til somalisk personer. Vi leverer budskapet til det somaliske miljøet også ber vi dem om å teste seg. Da fikk vi mange telefoner og spørsmål fra folk

som ville teste seg og noen av dem hadde språkvanskeligheter så vi bestiller koronatest på vegne av dem» (norsksomalier, mann i 20-årene).

Ventetiden for testingen har også gått ned. Krav om å vise attest på negativ covid-19-test ved utreise, innreise og for å avslutte karantene har vært motiverende faktorer og et insentiv som kan bidra til mer testing.

«Du må ha bevis på negativ koronatest så du kan reise til utlandet. Så det er vanskelig for oss å kunne reise til utlandet» (norsksomalier, mann i 30-årene).

Kommunene har samarbeidet med frivillige organisasjoner som har telefontjenester for ulike innvandremiljøer. Tolking og oversettelser av regjeringens pressekonferanse og bruk av tolk i smittesporing og oppfølging av personer i isolasjon og karantene har også vært viktig for å informere innvandrerbefolkningen om pandemien og TISK-strategien. Innvandrere med begrenset språk og digital kompetanse opplevde både engstelse og vanskeligheter med å kontakte testlokalene og bestille time.

Nettbasert timebestilling er for mange utfordrende fordi nettsidene som regel bare er på norsk eller engelsk. Innlogging og timebestilling via bank-ID, eller andre typer innloggingssystemer, krever en digital kompetanse som mange ikke har. Å bruke nettsidene til for eksempel Helsenorge.no for å sjekke testresultat er også utfordrende.

En av informantene driver en frivillig organisasjon som har samarbeidet med lokale myndigheter under pandemien. Informanten fortalte at de hjalp til med timebestilling, og at det var utfordrende å få privat informasjon om personene som trengte hjelp med nettbaserte tjenester. Denne formen for bistand til enkeltpersoner kan ha ført til brudd på taushetsplikten, personvern og sikkerheten til sensitive informasjon.

«[Den] digitale kompetansen eller kunnskapen i en god del av det somaliske miljøet er veldig svakt særlig de eldre og det har jeg opplevd gjennom vårt frivillig arbeid rettet mot somalisk miljøet. Vi pleier å hjelpe de som er i karantene og isolasjon for å bestille koronatest på vegne av folk som har språklige vanskeligheter. Det forekommer av og til at folk har vanskeligheter med å logge seg inn i f.eks. Helsenorge sin nettside og foreta sine egne prøver eller lese prøvesvar. Den delen må noen folk få hjelp med det. Det er selvfølgelig veldig tungt hvis du skal hjelpe en person med å logge inn sin side så må du få deres bank ID og da må du ha fødselsdato, passord og andre private informasjon som du ikke har lyst til å få. Men du er nødt til å få disse informasjonene så at vedkommende får hjelp til koronatest og prøvesvar. Så vi har hatt slike saker» (norsksomalier, mann i 20-årene).

Noen informanter mente at det har vært vanskelig å få testet seg i nærheten av der de bor og utilgjengelige testlokaler var en barriere. Reiseavstanden til teststasjoner og det å måtte reise til nabokommuner ble nevnt som et problem. Personer som har behov for eller krav om å teste seg, måtte reise langt for å få gjennomført testingen. Uten bil ble dette krevende, og kan ha ført til høyere smitte fordi man måtte reise med offentlig transport i flere timer til teststasjonen.

«Det handler også litt om hvor vanskelig det er å komme seg til en teststasjon. Familien min bor i [Navn på tettsted], men de nærmeste teststasjonene er enten i Drammen eller Kongsberg. Og da må man kjøre dit og heldigvis for familien min har vi bil så det går greit. Men for de som ikke har tilgang til en bil eller bor litt langt unna kan det være litt krevende» (norskafghaner, kvinne i 20-årene).

I enkelte kommuner ble det etablert mobile teststasjoner, men ifølge informantene ble det ikke alltid gitt tilstrekkelig informasjon om tilbudet.

Noen informanter nevnte at enkelte miljøer tror det koster penger å teste seg, selv om folk ble informert om at testing er gratis. De kan ha fått feilinformasjon av personer i sine nærmiljøer eller ha misforstått. Et annet element som hindret mange til å teste seg var frykt for smerter som følge av testprosedyren.

«For afghanere, jeg tror de har tilgang til å teste seg, men det er noen misforståelser fordi noen sprer feilinformasjon. For eksempel, noen afghanere tror at det koster penger å teste seg fordi de hørte det fra andre eller at testing gjør kjempevondt. Det er også noen som tror at det tar mange dager til å få testresultatet, så folk kvier seg til å ta en test» (norskafghaner, kvinne i 20-årene).

En informant påpekte at det å teste seg for korona eller være smittet, er sterkt forbundet med skam og tabu. Likevel viste informantene til at de må teste seg når de for eksempel reiser ut eller inn til Norge.

*«Som jeg sa tidligere i samtalen, det er skam og tabu. Folk sier: «har jeg den sykdommen? Jeg er frisk og har vært forsiktig, jeg gjør sånn og sånn» (norsksomalier, kvinne i 30-årene).
«Hvis man ikke ser at det er nødvendig å teste seg så gjør man ikke det. F.eks. når det kreves negativ test ved utreise, så tester man seg. Dette er relatert i hvordan folk ser på korona. Noen ser dette som tabu» (Norsksomalier, mann i 40-årene).*

Diskusjon

Selv om informantene kommer fra mange forskjellige land synes det å være mye felles både i oppfatninger om hva som kan være årsaker til høye smittetall og hvordan innvandrerbakgrunn kan påvirke barrierer til etterlevelse av råd og anbefalinger og smittevernadferd.

Et gjennomgående trekk er at mange informanter mener forståelsen har endret seg over tid, fra en første periode der det fortelles at mange ikke tok pandemien på alvor, til en periode der alvorret ble tydeligere. Dette hang sammen både med tilgangen på informasjon, erfaring med koronasykdom i familie eller omgangskrets og kjennskap til sykdom og dødsfall i opprinnelseslandet. At personlig erfaring med alvorlig sykdom i nær familie eller vennekrets påvirker forståelsen av pandemien er i tråd med det vi også finner i tidligere studier (Aare et al. 2021).

Mange informanter trekker frem sosioøkonomiske forhold som yrke, utdanning økonomi og trangboddhet som forklaringer på høy smitte og høye innleggelsestall. Ideen om dette som de mest sentrale forklaringene synes å være utbredt og står til dels i kontrast til det de registerbaserte undersøkelsene viser, der betydningen av dette synes å være begrenset (Indseth et al. 2021b). Oppfatningene om dette som kommer frem i vår studie er i tråd med funn fra en kvalitativ studie gjennomført i bydel Stovner, der det også kom frem at boforhold ble oppfattet som en årsak til smitte blant innvandrere og at det var en utbredt oppfatning om at mange personer i en bolig gjorde det vanskeligere å isolere seg (Brekke 2021a). De fleste informantene i vår studie mente at trangboddhet gir økt risiko for smitte i innvandrerbefolkningen. Dette skyldes at isolasjon og karantene, som er en viktig del av TISK-arbeidet og avgjørende for å begrense smitte, kan være utfordrende å følge for personer som bor trangt. Til tross for trangboddhet, kan det også se ut som innvandreres etterlevelse av smittevernråd blir påvirket av tette familiebånd og store familier som

besøker hverandre. Derfor kan det være vanskelig å vite hvilken rolle trangboddhet spiller for smitteøkningen, når det også er faktorer knyttet til forskjeller i sosial omgang som overlapper med trangboddhet.

Andre studier viser at personer i eksponerte yrke kan ha større utfordringer med å etterleve smittevernråd enn andre (Orderud et al. 2021). Dette er i tråd med våre funn. Mange innvandrere jobber i utsatte yrker innen transport, servicebransjen, rengjøring, helsetjenesten m.m. noe som oppleves som mer risikofylt (Brekke 2021a, Orderud et al. 2021 & Spilker et al. 2021). Informantene mener at yrke ikke i seg selv en årsak til smitte, men at sekundærsmitte er et problem når personer smitter videre til store familier som bor trangt og derfra videre i miljøet.

Det er en utbredt oppfatning blant informantene at det har vært belastende og utfordrende for mange å etterleve råd som begrenser sosial omgang og som umuliggjør gjennomføring av blant annet bryllup og begravelser på en måte som folk er vant til. Flere informanter viser til at det i mange innvandremiljøer er sterke tradisjoner og normer for både hyppigere sosial omgang og større samlinger når noe skal markeres eller feires. Vi vet ikke hvordan dette har utspilt seg under pandemien, men i vårt materiale fremkommer det at enkelte har opplevd sosialt press for å delta i sammenkomster.

Tidligere undersøkelser har vist at religiøs tro og praksis utgjør en grunnleggende del av livet for mange innvandrere, og at "religionen er en langt viktigere del av livet enn for befolkningen forøvrig, både blant kristne og blant dem som bekjenner seg til andre religioner" (Barstad 2019). Flere informanter trekker frem at religiøse samlinger som for eksempel kollektiv bønn, gudstjenester, begravelser, og høytidsdager er viktige. Religiøse samlinger har vært svært begrenset under pandemien av smittevernhensyn.

Et fenomen som ble nevnt av flere informanter var knyttet til skjebnetro og fatalisme. Vi vet ikke hvor utbredt dette er eller hvordan det kan ha påvirket smittevernadferd. I en studie fra Canada fant man at et fatalistisk syn på covid-19 førte til at man ikke fulgte smittevernrestriksjoner som ville beskyttet en selv og andre (Hayes og Clerk 2021). Studier fra andre forhold indikerer at fatalisme kan påvirke helseadferd som for eksempel ønske om å delta i screeningprogrammer for kreft (Franklin et al. 2007). Hvordan dette fenomenet har påvirket etterlevelse av smittevernråd i Norge kan være verdt å undersøke nærmere med tanke på tiltak ved fremtidige pandemier og kriser eller når det gjelder annen helserelatert adferd.

I migrasjonsforskningen beskrives mange innvandreres liv som transnasjonale, ved at mange fortsetter å ha sterke forbindelser og betydelig orientering mot opprinnelseslandet også lang tid etter de har bosatt seg i nytt land (de Haas 2020). Slike tette forbindelser på tvers av landegrensener kan ha påvirket pandemien på flere måter, både knyttet til reiseaktivitet og til hvor man søker informasjon og hvilken informasjon man stoler på. Informantene i vårt materiale beskriver flere forhold knyttet til det å leve transnasjonale liv, både til et sterkere behov for å reise for å besøke nær slekt i et annet land og gjennom at mange påvirkes av informasjon om pandemien slik den fremkommer i media eller gjennom personlige kontakter i opprinnelseslandet. Beskrivelsene som fremkommer i intervjuene, harmonerer godt med det vi vet om reiseaktivitet til og fra Norge under pandemien (Elgersma et al. 2021).

Orienteringen mot opprinnelseslandet kan også ha påvirket oppfatningen av regler og råd i Norge. Flere av informantene kommer fra land som har et strengt politisk regime hvor myndighetene bruker makt mot folk om de ikke følger smittevernregler. Det synes som om dette også har påvirket enkeltes holdninger og forventninger til myndighetene i Norge når det gjelder synet på konsekvenser som for eksempel bøter, fengsel eller annen straff. Våre funn er i tråd med tidligere forskning hvor forskere sammenlikner demokratiske land mot autoritære system og hvordan forskjellige tilnærminger virker i en pandemi (Mérieau 2021). I et autoritært regime, når myndighetene gir informasjon om tiltak, blir det enten sagt eksplisitt eller det ligger implisitt at brudd vil medføre sterke straffereaksjoner. Dette står i sterk kontrast til Norge der det legges sterk vekt på individuelt ansvar for å følge smitteverntiltak og råd fra myndighetene. Det er imidlertid påfallende hvor sterkt dette kommer frem som element i intervjumaterialet og det kan synes som om en del innvandrere blir sterkt påvirket av autoritære politiske systemers måter å håndtere sivilbefolkningen på. Selv om dette er i tråd med teorier om 'the frame-of-reference effect' hvor innvandrere bruker situasjoner i hjemlandet som referanser (Röder og Mühlau 2012) var det overraskende for oss at dette kommer frem så sterkt i informantenes refleksjoner rundt pandemien. At noen innvandrere i Norge blir påvirket av autoritært system i hjemlandet henger sammen med integrering. Hvor utbredt dette er og i hvilken grad det kan ha bidratt til feiltolkninger av de norske myndighetenes budskap om pandemiens alvorlighetsgrad og viktigheten av etterlevelse av råd vet vi ikke. Ifølge studier vil bedre integrering i bostedsland redusere personers bruk av opprinnelseslandet som referanse (Röder og Mühlau 2012). I Norge er det generelt stor tillit mellom folk og myndighetene. I SSBs levekårsundersøkelse fra 2016 fremkommer det at innvandrere har like høy eller høyere tillit til myndighetene enn den øvrige befolkningen (Vrålstad 2017).

Reglene om smittevern kan være forvirrende for alle, men språkutfordringer kan gjøre en allerede vanskelig situasjon verre. Flere informanter mente at informasjonen som ble formidlet var motstridende og forvirrende både for innvandrere og andre. Det er et kjent fenomen, blant annet fra den offentlige debatten, at smitteverns-råd og regler kan være vanskelige å forstå og å holde seg oppdatert på (Kagge et al. 2021). Dette gjelder ikke spesifikk for innvandrere, men for befolkningen generelt. Ut fra det som fremkommer i intervjuene kan det, ikke overraskende, synes som om dette har vært ekstra utfordrende for personer som ikke snakker så godt norsk og som har andre referanserammer for å tolke råd og regler fra myndighetene. Dette kan ha medført forvirring rundt forståelsen av for eksempel størrelse på kohorter, antall personer man kunne ha på besøk og regler for arrangementer i hjemmet og på offentlige steder. I en kompleks situasjon der smittesituasjonen og kunnskapen om den endrer seg fra dag til dag har det vært svært utfordrende for myndighetene å gi klar, tilpasset og oppdatert informasjon.

Tidlig i pandemien testet innvandrere seg noe mindre enn andre, dette endret seg utover i pandemien (Fretheim et al. 2021a). Andelen positive blant innvandrere har likevel forblitt høy gjennom store deler av pandemien. Dette indikerer at enda flere burde ha testet seg i disse gruppene. I vårt materiale fremkommer det flere forhold som kan påvirke grad av testing. Dette gjelder frykt for tap av inntekt, praktiske forhold rundt testing, informasjon og feil oppfatninger om testing og stigma rundt sykdom og smitte. Informantene fortalte om at de har opplevd at personer som er småsyke avviste at de hadde koronavirus selv om de hadde symptomer, dette kunne være på grunn av frykt for stigma eller frykt for å miste jobben eller få lavere inntekter dersom de holdt seg

hjemme ved symptomer. Studien utført av NIBR fant tilsvarende (Skogheim et al. 2021). For personer i en utsatt posisjon i arbeidsmarkedet kan de økonomiske kostnadene ved å få påvist covid-19 være såpass store at det for noen ligger et sterkt negativt insentiv mot å teste seg. Materialet indikerer også at det i enkelte miljøer finnes et sosialt stigma rundt smitte. Dette er heller ikke ukjent fra samfunnet for øvrig, men i intervjuene gis det inntrykk at dette kan være noe mer utbredt i enkelte innvandrergupper. Slike stigma kan gjøre de sosiale kostnadene ved å teste seg såpass høye at personer som egentlig vet de burde teste seg lar være i frykt for å bli hengt ut dersom svaret viser seg å være positivt. I vårt materiale har stigma vært beskrevet både å kunne komme fra storsamfunnet og fra eget sosialt miljø.

Det er mange likehetstrekk mellom innvandrerne, men det kan tenkes at noen av disse likhetstrekkene også ville vært ytret av informanter som ikke har innvandrerbakgrunn. Det er derfor en svakhet ved vår studie er at vi ikke har intervjuet personer uten innvandrerbakgrunn. Lesere bør derfor ikke tolke fenomenene som fremkommer i denne studien som utelukkende å gjelde innvandrere.

Kvalitative studier som denne kan ikke si noe om utbredelse av fenomenene som nevnes og kan dermed ikke kan si noe generelt om ulike innvandremiljøer. I denne studien er fokuset innvandrernes perspektiv og deres syn på hvorfor de er overrepresentert i smittestatistikken. En eventuell kartlegging av utbredelse av holdninger og erfaringer i ulike grupper ville kreve kvantitative spørreundersøkelser med et representativt utvalg av innvandrere. For å kunne tegne et mer helhetlig bilde er det viktig at funnene som fremkommer i denne studien sees i sammenheng med det som fremkommer i intervjuer med ansatte i helsetjenestene og kommunene og det vi vet fra analyser av registerdata. Gjennom den kvalitative metodetilnærmingen og et komparativt design hadde det vært nyttig å undersøke likhetene, ulikhetene og variasjoner i oppfatninger av pandemien og etterlevelse av smitteverntiltak, ytterligere. Det trenges mer forskning om hvordan ulike informasjonskanaler og informasjonsmaterialer har fungert ovenfor innvandrere. Flere frivillige organisasjoner har bidratt med informasjonsformidling. Vi vet lite om hvordan dette har fungert under pandemien og hva som fungerer og ikke. Videre er det behov for mer kunnskap om hvordan situasjonen i opprinnelseslandet påvirker innvandreres forståelsen av situasjonen i Norge.

Takk til:

Vi ønsker å takke alle informanter som har deltatt i studien for nyttig og verdifull informasjon og innsikt.

Hvordan sitere dette kapittelet:

Sheikh NS, Spilker RS, Nordstrøm C, Duahle H, Tsige SA, Kour P, Qureshi S, Gawad M, Gele A, (2021). Kapittel 9: Erfaringer fra felt: Perspektiver fra personer med innvandrerbakgrunn, i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Kapittel 10

Virkningene av tiltak rettet mot innvandrere

Av Atle Fretheim, Ingeborg Hess Elgersma, Kristin Hestmann Vinjerui, Martin Flatø, og Thor Indseth, Folkehelseinstituttet

Dette er en bearbejdet og oppdatert versjon av tekst som tidligere har vært publisert i delrapport 1

Det har i Norge vært igangsatt en rekke nasjonale og lokale smitteverntiltak i regi av myndigheter, privat sektor og frivilligheten. Det har vist seg utfordrende å få gjennomført evalueringer av denne type tiltak, både i Norge og internasjonalt. De fleste tiltakene er rettet mot befolkningen generelt, eller mot avgrensede områder eller sektorer. Relativt få tiltak har vært rettet mot spesifikke grupper av befolkningen. I mange tilfeller vil det også være flytende overganger mellom hvem som tilhører målgruppen. Ett eksempel er tiltak som primært har som formål å bidra til lavere smitte i innvandrerbefolkningene – slike tiltak har gjerne også omfattet et betydelig antall personer uten innvandrerbakgrunn.

Det er også slik at ikke alle tiltak er praktisk mulige å evaluere med tanke på effekt, og ikke minst under en pandemi. Mange tiltak er iverksatt med en hastegrad som vanskeliggjør planlegging og evaluering i tidsvinduet som er tilgjengelig. Videre vil smittetrykket svinge, tidvis raskt, og blir smittetrykket for høyt er det vanskelig å få aksept for å prøve ut og sammenlikne forskjellige tiltak, mens for lavt smittenivå gjør det praktisk umulig å evaluere effekt av tiltak, da det vil kreve svært store utvalg (Fretheim 2021c).

FHI gjennomførte et intervjuprosjekt med de største kommunene i Norge der vi samlet inn informasjon om tiltak. Dette er nærmere beskrevet i Hussaini et al. 2021. Dessverre var det få av tiltakene der som viste seg å være direkte evaluerbare ved hjelp av data som er tilgjengelig. Men FHI har, i samarbeid med andre aktører, gjennomført følgende delprosjekter for å få mer og bedre kunnskap om effektene av noen smitteverntiltak der innvandrere i Norge utgjorde hele eller en stor del av målgruppa:

- Analyse av enkelte nasjonale tiltak og hvordan disse har innvirket på innvandrergrupper (observasjonell studie basert på data fra Beredskapsregisteret, BEREDT-C19)
- Effektstudie for å måle virkningene av dør-til-dør-aksjoner for å øke testandel i utvalgte grunnkretser i Stovner bydel, Oslo (kvasiekperimentell tilnærming med sammenlikning av endring i testandel blant innbyggere i områder med og uten dør-til-dør-aksjoner – gjentatt tre ganger).
- Effektstudie av gratis utdeling av munnbind (ved «koronaverter» plassert utenfor matbutikker) i Stovner bydel, Oslo (randomisert studie med sammenlikning av munnbindbruk blant kunder, med og uten gratis utdeling av munnbind).

- Effekt av kampanje i sosiale medier, for å øke testing blant innvandrere

To av studiene har vært i samarbeid med Stovner bydel, hvor det bor 33 279 mennesker. Andelen innvandrere her er 39 prosent og 21 prosent har innvandrerforeldre, men er selv født i Norge (Oslo kommune, 2021c). Bydel Stovner har med dette den høyeste andelen innvandrerbefolkning og norskfødte med innvandrerforeldre i Oslo, slik at generelle tiltak også kan vurderes som rettet mot innvandrere.

Effekt av dør-til-dør-aksjoner og drop-in testbuss for å øke testandel

I forbindelse med det høye smittenivået i Stovner bydel ble det i februar 2021 iverksatt tiltak for å oppnå økt testandel blant innbyggerne. Ett av tiltakene var dør-til-dør-aksjoner der ansatte fra bydelen informerte om at det ble utplassert mobile testanlegg i nabolaget påfølgende dag(er), med oppfordring til alle om å benytte anledningen og teste seg etter drop-in prinsippet.

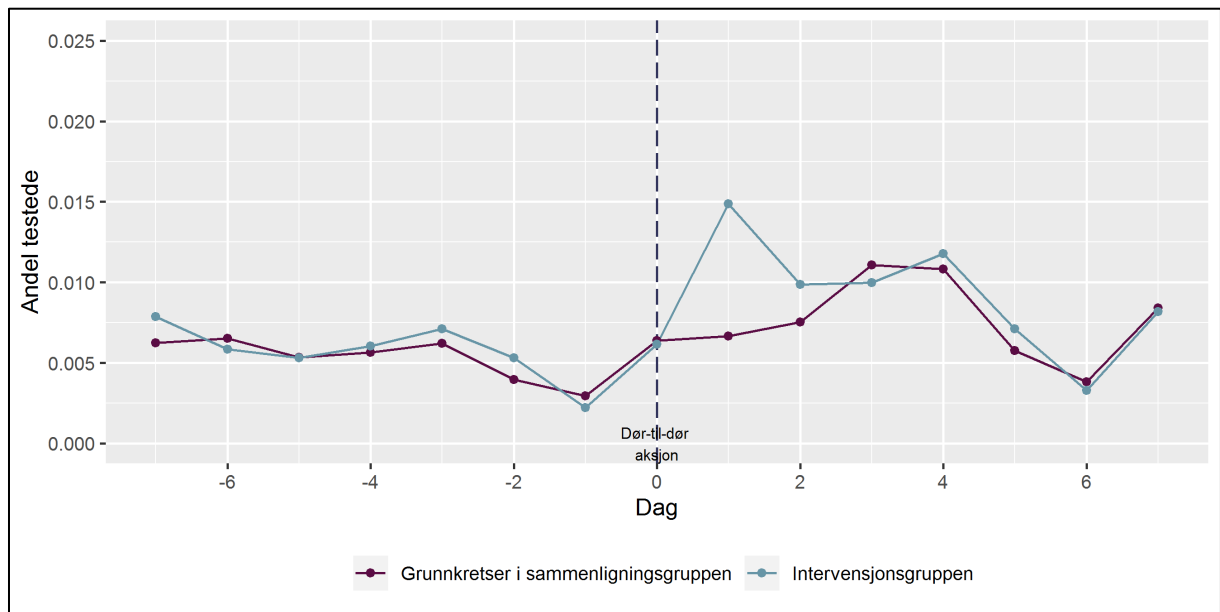
Tiltaket var basert på to grunnleggende hypoteser, a) at økt tilgjengelighet til testing vil gjøre at flere tester seg og b) at muntlig informasjon kan fungere ovenfor grupper som ellers ikke får med seg råd og anbefalinger om testing gjennom andre kanaler (for eksempel bydelens nettsider).

Det ble antatt at innvandrere med svake norskferdigheter og svak tilknytning til det offentlige Norge i mindre grad enn andre kjente til råd om testing og at de har praktiske utfordringer knyttet til testbestilling. Antagelsene hvilte på bydelens og andre offentlige myndigheters erfaringer både før og under pandemien, samt innspill fra dialogmøter om at enkelte har misoppfatninger om testing, for eksempel at det koster penger, kun er for personer i kritiske yrker eller at de ikke vet hvordan de skal bestille time eller finne ut hvor teststasjonen ligger. Utgifter i forbindelse med testing (for eksempel reiseutgifter eller oppfatninger om at det koster penger) har vært nevnt som barrierer for testing i forbindelse med FHIs dialogmøter (Spilker 2021) og i pressen (Majid 2021). I samarbeidsmøter mellom Oslo kommune og FHI kom det fram at det var usikkert om eller i hvilken grad tiltaket hadde en virkning på andelen som testet seg, og det førte til at det ble etablert et samarbeidsprosjekt for å evaluere effekten av dør-til-dør-aksjonene og testbuss. Vi har foreløpig ikke funnet internasjonale effektstudier av tiltak for å øke testandelen i en befolkning.

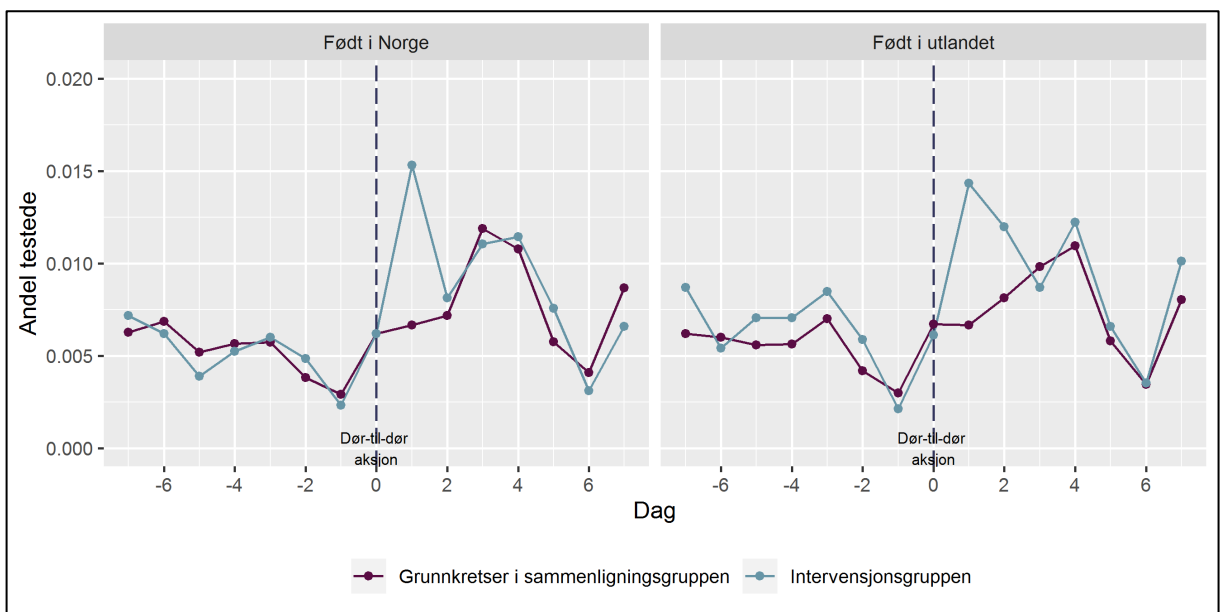
Intervensjonen var gjennomføring av tre dør-til-dør-aksjoner i til sammen seks ulike grunnkretser i bydel Stovner, med to ukers mellomrom. Aksjonene foregikk på dagtid, og grovt sett ble det anslått at man oppnådde kontakt med rundt en tredel av husholdningene. Testbuss var på plass dag 1 og 3 etter dør-til-dør-aksjonene. De resterende 17 grunnkretsene i bydelen ble brukt som sammenligningsgruppe.

Oppmøte på testbussene varierte, fra omkring 20 til over 100 personer per gang. Testandelene i uka før og etter dør-til-dør-aksjonene med testbuss er beskrevet samlet i figur 1 og fordelt på norsk og utenlandsfødte i figur 2. Med testandel mener vi hvor stor andel av innbyggerne i området som hadde fått utført koronatest (PCR-test).

Figur 1: Andel testede syv dager før og etter dør-til-dør-aksjon i grunnkretser med og uten tiltaket, alle tre aksjoner samlet



Figur 2: Andel testede, alle tre dør-til-dør-aksjoner sett under ett, for henholdsvis norsk- og utenlandsfødte.



Sett under ett, var testandelene like før dør-til-dør-aksjonen, med en markant økning i andel testede dag 1 etter dør-til-dør-aksjon i de grunnkretsene som hadde hatt dette. Deretter var testandelene tilnærmet lik i alle grunnkretser igjen. Nivået på andel testede og tidsmønsteret var likt for utenlands- og norskfødte.

For å vurdere i hvilken grad stigningen i testandel i grunnkretser med dør-til-dør-aksjon var en reell effekt av dør-til-dør-aksjonene, brukte vi en statistisk metode kalt forskjeller-i-forskjeller. Denne tar høyde både for endring over tid og for forskjeller mellom de delene av bydelen som hadde dør-til-dør-aksjoner og de som ikke hadde det. Ved bruk av denne metoden, antar man at trendene i de

ulike delene av bydelen hadde vært like dersom aksjonen ikke hadde funnet sted. I dette tilfelle virker antagelsen rimelig ettersom trendene i områdene som ble sammenliknet var svært like i forkant av aksjonene (se figur 1).

Analysene viste en økning i testingen de første tre dagene etter dør-til-dør-aksjonene på 45 % (relativ økning). Grunnet et lite utvalg, 23 grunnkretser, er det en viss usikkerhet i analysen og dermed resultatet.

Én grunnkrets hadde utplassering av testbuss, uten tilhørende dør-til-dør-aksjon. Her fant vi ingen forskjell i testandel før og etter tiltaket, når vi sammenliknet grunnkretsen med testbuss og de øvrige grunnkretsene. Siste runde med dør-til-dør-aksjon, ble gjennomført i grunnkretser som allerede hadde hatt en ekstra testbuss stående i nærheten i flere uker. Her økte testandel i mindre grad etter tiltaket og likt mellom de grunnkretsene der det hadde vært dør-til-dør-aksjon og ikke. I lys av dette, analyseresultatene og den grafiske fremstillingen (figurene 1 og 2), mener vi å kunne konkludere at iverksetting av dør-til-dør-aksjoner i kombinasjon med lett tilgjengelig testbuss, hadde en klar effekt på testhyppigheten.

Aksjonen og evalueringen var rask og enkel å gjennomføre. Første aksjonsdag var 1. februar og rapport ble publisert 25. mars.

Full rapportering av dør-til-dør-studien foreligger i en FHI-rapport og ble publisert i [International Journal of Environmental Research and Public Health](#) 21. oktober 2021 (Vinjerui et al. 2021b).

Effekt av å ha «Koronaverter» som deler ut gratis munnbind

Bruk av munnbind er et tiltak mot spredning av Covid-19 som er anbefalt av Verdens helseorganisasjon i sammenhenger hvor smitterisikoen er høy (WHO 2020). Siden oktober 2020 har Oslo hatt et påbud om bruk av munnbind når man ikke kan holde en eller to meters avstand på kollektivtransport og i taxi, i tros- og livssynshus, og i matbutikker, apotek og andre butikker (Oslo kommune, 2021d). Likevel har smittenivået vært høyt i Oslo, spesielt blant personer med innvandrerbakgrunn og i innvandrertette befolkningsområder som Stovner. En av flere mulige årsaker kan være at innvandrerbefolkningen opplever flere barrierer mot etterlevelse av smitteverntiltak enn majoritetsbefolkningen.

Fra november 2020 rekrutterte bydelen lokale, unge mennesker til å virke som «koronaverter». Dette var ungdom med innvandrerbakgrunn som fikk nyttig arbeidserfaring. De ble satt sammen i par med ulik erfaring og gjerne av begge kjønn. En sentral oppgave for disse var å dele ut gratis munnbind på strategiske steder, f.eks. utenfor butikker og ved T-banestasjoner. I april 2021 stilte bydelen igjen spørsmålet: Virker dette?

Det er svært lite forskning internasjonalt på hvordan man effektivt kan øke bruken av munnbind (Betsch et al. 2020, Capraro et al. 2021, Abaluck et al. 2021). FHI ønsket derfor å finne ut om gratis og personlig utdeling av munnbind kan øke munnbindbruken i bydel Stovner. Vi ønsket dessuten å finne ut om munnbindbruk var på et lavt nivå i bydelen.

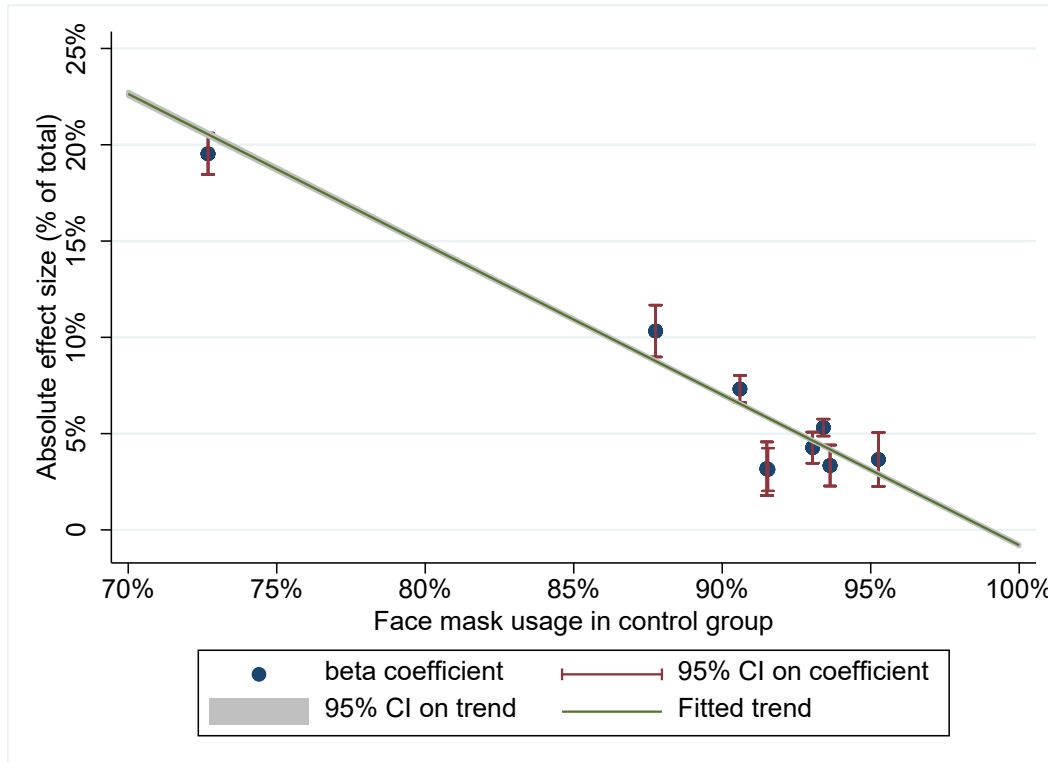
FHI utarbeidet et forslag til et evalueringsprosjekt, som bydelen sluttet opp om. Bydelen rekrutterte ni matvarebutikker som skulle tjene som studiesteder. For hver hverdag over tre uker ble det trukket lodd om hvilke butikker som skulle ha utdeling av munnbind, og hvilke som ikke skulle ha det. Ved

alle butikkene utplasserte vi observatører som mellom kl. 16 og kl. 18 registrerte kundenes bruk av munnbind i det de gikk inn i butikken etter å ha fått tilbud om gratis munnbind: Rett bruk av munnbind (munndbindet dekker nese og munn), feil bruk av munnbind (dekker ikke både nese og munn), og ingen munnbind. Studien ble iverksatt raskt, og foregikk fra 3. mai til 21. mai 2021.

Resultatene viste at munnbindbruken var gjennomgående høy: 92 % selv uten tiltak, og at gratis utdeling av munnbind økte denne andelen med 6 prosentpoeng (statistisk signifikant økning, $p < 0,05$). Det var svært få kunder som brukte munnbindet feil.

Videre fant vi en sterk sammenheng mellom nivå av munnbindbruk uten utdeling og effekten av tiltaket. Figur 3 under viser hvordan effekten varierte mellom de ni butikkene. X-aksen viser andelen som brukte munnbind før utdeling og y-aksen viser effekten av tiltaket i prosentpoeng. Hver av de blå prikkene er effekten i en butikk, og de røde linjestykkene representerer feilmarginen (95% konfidensintervall). Vi ser at i butikker der bruken av munnbind var over 90% var effekten gjennomgående lav, under 5 prosentpoeng. Men i en butikk der munnbindbruken var 87% var effekten 10 prosentpoeng, og butikken med lavest munnbindbruk på 73% fikk vi en effekt av utdelingen på hele 20 prosentpoeng. Dette tyder på at det også er noe å hente på å dele ut munnbind når munnbindbruken er høy, selv om gevinsten er liten. Når munnbindbruken er litt lavere, er det langt større gevinster av å dele ut munnbind. Dette er svært positivt med hensyn til utjevning av forskjeller i etterlevelse av smittevern. Det kan altså være mye å tjene på å rette dette tiltaket spesifikt mot butikker eller andre forsamlinger der munnbindbruken er relativt lav.

Figur 3: Sammenhengen mellom nivået på munnbindbruk uten gratis utdeling og effekten av å iverksette gratis utdeling.



En begrensning ved studien er at vi ikke samlet inn materiale som kan forklare hvorfor noen kunder ikke bruker munnbind og hvordan utdelingen påvirket deres atferd. Vi har to teorier som kan forklare effektene. En teori er at mange kunder glemmer å medbringe munnbind, ikke har råd til å kjøpe eller

ikke ønsker å bruke munnbind for å handle. En annen forklaring er at utdelingen medfører et sosialt press som gjør det vanskelig å ikke bære munnbind. Videre forskning bør forsøke å studere hvorfor en liten andel vegrer seg for å bruke munnbind i innvandrer-tette befolkningsområder. Det hadde vært nyttig å vite om det er økonomiske, sosiale, kunnskapsmessige eller kulturelle barrierer som gjør at smittevernstiltaket ikke blir etterfulgt av alle. Det hører også med å påpeke at en liten andel har fritak fra påbudet om munnbind av medisinske eller andre årsaker.

Resultatene fra studien ble publisert i tidsskriftet *International Journal of Environmental Research and Public Health* 26. august 2021 (Fretheim. 2021b).

Effekt av kampanje i sosiale medier, for økt testandel blant innvandrere

Sosiale medier har vært en viktig kommunikasjonskanal for myndighetenes kampanjer under pandemien, blant annet fordi det er mulig å definere spesifikke målgrupper som en ønsker å nå, relativt enkelt. En kan f.eks. velge ut befolkningsgrupper basert på geografi, alder m.m. Ved hjelp av brukernes språkvalg eller enkle algoritmer kan en også treffe spesifikke innvandrergrupper.

Å øke testandelen blant innvandrere fremstod som spesielt viktig fordi andelen som testet positivt av de som testet seg var spesielt høy i flere innvandrergrupper. En høy andel positive tester kan tyde på høye mørketall - dette ble tydelig da FHI fikk statistikk over dette fordelt på fødeland i oktober 2020. Samtidig hadde FHI og Helsedirektoratet mottatt signaler om at det var en del forvirring i innvandrerbefolkningen om hvorvidt testing var gratis, eller ei.

Helsedirektoratet har i samarbeid med FHI gjennomført kampanjer i sosiale medier rettet mot innvandrerbefolkningene gjennom store deler av pandemiene. Omfanget, tilpasningen og målrettingen av dette arbeidet økte betydelig fra høsten 2020. Det var også første gang det ble kjørt større målrettede kampanjer for å få flere innvandrere til å teste seg. Kampanjene ble både kjørt nasjonalt og regionalt i forbindelse med utbrudd.

I statistikken over testaktivitet ser vi at testaktiviteten tiltok betydelig blant innvandrere i samme periode som disse kampanjene ble kjørt (Indseth et al. 2021). Vi observerer altså en korrelasjon mellom kampanjer og økt testing. Til sammenlikning har tall for testing blant innvandrere i Danmark forblitt lave gjennom pandemien (Statens serum institutt 2021).

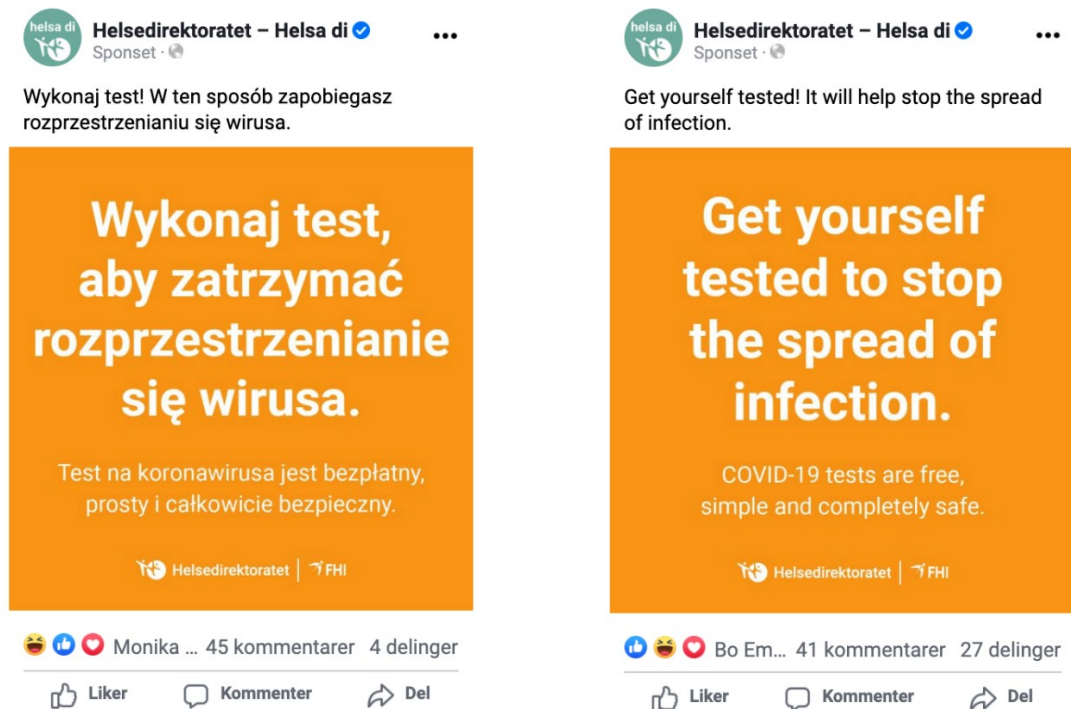
For å kunne sannsynliggjøre om effekten av disse kampanjene har hatt effekt eller om korrelasjonen skyldes andre forhold, ønsket vi å teste kampanjen mer isolert, med bruk av kontrollgruppe. Det ble inngått et samarbeid mellom forskere fra FHI og kommunikasjonsavdelingen til Helsedirektoratet med mål om å gjennomføre en eksperimentell studie for å studere virkningen av en målrettet kampanje i sosiale medier for å få flere innvandrere til å teste seg.

Målgruppa for forsøket bestod av voksne personer med fødeland Syria, Pakistan, Eritrea, Tyrkia, Russland og Irak, totalt 233 903 personer. Disse gruppene ble valgt på grunn av høyt smittetrykk og høye andeler positive tester.

Alle norske kommuner (og bydeler for Trondheim, Bergen og Oslo) der det bodde personer i målgruppen ble ved loddretning fordelt til intervensjons- eller kontrollkommuner. I intervensjonskommunene ble innvandrere forsøkt nådd gjennom en Facebookkampanje. Innholdet i

kampanjen var en sponset post med en enkel beskjed: «Å teste seg for COVID-19 er gratis, enkelt og helt trygt. Test deg for å stoppe spredningen av viruset.»

Figur 4: Screenshot av kampanjen på polsk



Kampanjen startet 1. juni og varte i en fjortendagersperiode. Den ble distribuert på tigrinja, polsk, urdu, somali, russisk, kurmanji, engelsk, arabisk og sorani. Data fra Facebook viste at kampanjen nådde mange brukere.

I løpet av de to ukene kampanjen pågikk var den predikerte sannsynligheten for teste seg for COVID-19 4,8 % (konfidensintervall: 4,5 % - 5,2 %) i kontrollgruppen, og 5,6 % (konfidensintervall: 5,2 % - 6,0 %) i intervensjonsgruppen ($p=0.004$). Analysen viste altså at kampanjen økte testandelen i målgruppa med rundt 0,8 prosentpoeng, som tilsier en relativ økning på rundt 16 %.

En begrensning ved studiedesignet var at det ikke var mulig å spre kampanjen over flere plattformer og formater. I tillegg kan personer i intervensjonsgruppen ha delt kampanjen videre på sine profiler – det kan altså ha vært noe lekkasje til kontrollgruppen, noe som kan ha medført at vi har underestimert effekten av kampanjen.

I slutten av mai var smittetrenden nedadgående. Flere kampanjer rettet mot innvandrere hadde gått i månedene fram mot forsøket. Resultatet må ses i lys av disse trendene. Vår vurdering er at det er rimelig å anta at kampanjen slik den ble kjørt tidligere i pandemien (før undersøkelsen) antakelig var mer effektiv enn det vi fanget opp i denne studien. Både fordi de tidligere kampanjene var mer omfangsrrike og mer målrettede, og fordi de ble gjennomført i en tid da budskapet antakelig var mindre kjent i målgruppene. Resultatene fra studien er sendt inn til et vitenskapelig tidsskrift.

Dør-til-dør-aksjon med testbusser, utdeling av munnbind, og kampanjer i sosiale medier – hva er fellesnevnerne?

De to effektevalueringene som er gjennomført i Stovner bydel i Oslo, og som vi har rapportert resultatene fra her, gir sterke holdepunkter for at tiltakene fungerte etter hensikten: Det er vanskelig å finne noen troverdig forklaring på det markante oppsvinget i testing etter dør-til-dør-aksjoner, annet enn at det var en direkte følge av aksjonene, og resultatene fra munnbindeksperimentet utgjør overbevisende dokumentasjon for at tiltaket medførte økt munnbindbruk.

Tiltakene var utformet lokalt i bydelsadministrasjonen, uten noen eksplisitt teoriforankring eller involvering fra forskere. Det var ansatte i bydelsadministrasjonen som så behovet for å iverksette tiltak – «å gjøre noe» – på grunn av det høye smittetrykket i bydelen. Tiltakene baserte seg på en uklar blanding av lokalt utviklede ideer, innspill fra myndighetene og sunn fornuft.

Sunn fornuft kan i seg selv være tilstrekkelig begrunnelse for å tro at et tiltak er effektivt. En kan for eksempel hevde at dør-til-dør-aksjoner og utdeling av munnbind helt åpenbart må være effektivt – så åpenbart at det ikke er behov for noen formell evaluering av tiltakets effekt. På den annen side kan det være grunn til å innta en mer skeptisk holdning: Slike tiltak vil kunne ha ulike effekter, ønskede og uønskede, og størrelsen på effekten må være kjent for at nytten av tiltaket skal kunne veies opp mot kostnadene. Det faktum at dør-til-dør-aksjoner og utdeling av munnbind kun i liten grad har blitt iverksatt utenfor Stovner, tyder på at gevinsten av slike tiltak ikke er åpenbar for alle. Derfor er det viktig å gjøre disse tiltakene og de positive effektene kjent for et større publikum. Samtidig må en vurdere den forventede nytten opp mot kostnadene knyttet til å iverksette et tilsvarende tiltak. Mer spredt bosetting, høyere testandeler i utgangspunktet og andre forhold må tas med i vurderingen.

Vi tror det er noen fellesnevner ved de to tiltakene som muligens bidrar til å forklare hvorfor tiltakene virket som de gjorde, og som er relevante momenter å ta høyde for dersom liknende tiltak skal utformes og iverksettes i andre kommuner eller bydeler.

Selv om kampanjen i sosiale medier skiller seg mye fra de to tiltakene på Stovner, er det muligens også noen læringspunkter fra denne som kan ses i sammenheng med evalueringene av dør-til-dør-aksjonene og munnbindutdelingen.

Brukermedvirkning, lokalkunnskap og lokal forankring

Kjennskap til lokale forhold og lokal involvering regnes som viktige forutsetninger for vellykket utforming av folkehelseiltak (O'Mara-Eves et al. 2015) – her skårer alle tre tiltakene høyt: De ansatte i administrasjonen i Stovner bydel var ikke nødvendigvis bosatt i bydelen, men hadde god kjennskap til området gjennom sitt arbeid. I tillegg sørget en for eksempel for at «koronavertene» som ble ansatt for å dele ut munnbind osv., var rekruttert fra lokalbefolkningen. Involvering av brukergruppen var også en vesentlig del av strategien for utforming av kampanjen i sosiale medier. Kommunikasjonsavdelingen i Helsedirektoratet innhentet innspill fra representanter fra flere a innvandrermiljøene for å sikre at kampanjen "traff" så godt som mulig.

Erfaringene evalueringene av alle disse tre tiltakene kan tas til inntekt for viktigheten av lokalkunnskap og brukerinvolvering, for eksempel ved så banale ting som å vite hvordan en best legger opp logistikken rundt en dør-til-dør-aksjon, hvor det er strategisk smart å plassere folk for å få

mest mulig ut av munnbindutdelingen, eller hvordan et budskap bør utformes for at det skal bli best mulig forstått.



Fra dør-til-dør-aksjonen på Stovner, Foto: Terje Hauganes, med tillatelse fra NRK

Økt tilgjengelighet og dulting («nudging»)

Alle de tre tiltakene som ble iverksatt og evaluert var implisitt basert på teorien om at økt tilgjengelighet medfører økt bruk: Dersom teststasjonen blir lettere tilgjengelig vil flere teste seg, dersom munnbind tilbys kostnadsfritt på stedet vil flere bruke det, og alle blir klar over at det er gratis å ta en test så vil flere gjøre det. Det er godt belegg, både teoretisk og erfaringsmessig, for at slike tilnærminger kan være effektive for å oppnå atferdsendring (Helsedirektoratet 2018). For enkelte grupper vil dette være særskilt viktig, for eksempel for personer med svake norskferdigheter og/eller svake digitale ferdigheter. Brukertrafikk tall for Oslo kommunes nettsider viser dessuten en betydelig skjevhet i hvem som benytter seg av kommunens nettsider med koronainformasjon. Tidligere undersøkelser viser også svakere helsekompetanse og digitale ferdigheter blant mange innvandrere (Le et al 2021), og i enkelte innvandrergupper er det også enkelte som ikke kan lese og skrive. Alternative former for å komme i dialog med disse gruppene vil derfor være avgjørende. Oppsøkende virksomhet for eksempel i form av dør-til-dør eller muntlig oppfordringer ute i bymiljøet kan derfor være nødvendig for å nå ut til disse gruppene. Samtidig er en stor andel av innvandrerbefolkningen aktive brukere av sosiale medier, og det gir derfor god mening å også forsøke å nå ut gjennom slike kanaler.

En nært beslekta strategi er såkalt dulting eller «nudging», som innebærer «å forenkle valgsituasjoner ved at mennesker dultes i en ønsket retning uten å gjøre veloverveide valg hvor selvkontroll og viljestyrke må benyttes» (Helsedirektoratet 2018). Dulting benyttes i markedsføring, i butikker og i økende grad på folkehelseområdet (Taylor et al. 2021). Utdeling av munnbind har elementer av et slikt tiltak, ved at tilgjengeligheten gjør at munnbindbruk fremstår som det enkleste alternativet. Samtidig er det også et tiltak som gjør et privatgode gratis. For personer med lav betalingsvillighet grunnet liten tiltro til tiltaket eller trang økonomi kan kostnadsfriheten være den avgjørende faktoren. Vi vet lite om hvilken av disse effektene som er mest fremtredende.

Formålet, både med dør-til-dør-aksjonene, utdelingen av munnbind og kampanjen i sosiale medier, var å legge til rette for etterlevelse av gjeldende smittevernregler og -råd. Antakelig var det allerede utgangspunktet et visst sosialt press rundt testing og bruk av munnbind. Det å møte en person som oppfordrer til testing eller maskebruk kan ses på som en form for «nudging», iblandet et visst sosialt press. Det er grunn til å betvile at en kunne ha oppnådd samme virkningen ved å formidle

informasjonen i postkassa, eller ved å la munnbind stå fritt tilgjengelig på et bord. På Stovner brukte en dessuten stort sett personer fra lokalmiljøet, noe som kan ha bidratt til å forsterke denne effekten. På den annen side: Kampanjen i sosiale medier hadde også en effekt, på tross av at det neppe innebar et økt sosialt press av betydning. Nye, effektive tiltak

Det er vanskelig å forutsi hvor godt et tiltak vil komme til å virke, og selv om en sørger for lokal forankring og kunnskap, og legger inn faktorer som økt tilgjengelighet eller et visst sosialt press, vil det fremdeles være usikkert om tiltaket vil få den ønskete effekt. Likevel mener vi dette er elementer en bør vurdere ved utforming av nye tiltak, og at erfaringene fra Stovner og fra sosiale medier-kampanjen gir god støtte for dette.

Konklusjon

Undersøkelsene vi har gjennomført gir gode holdepunkter for at oppsøkende virksomhet, som dør-til-dør aksjoner, utdeling av munnbind og enkle tilpassede budskap i sosiale medier, er en god måte å nå ut til befolkningen på for å oppnå økt etterlevelse av råd og regler om smittevern.

Hvordan sitere dette kapittelet:

Fretheim A, Elgersma I, Vinjerui KH, Flatø M, Indseth T (2021). Kapittel 10: Virkningene av tiltak rettet mot innvandrere for å redusere covid-19 smitte, i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Kapittel 11

Implementering og effekter av lokale tiltak: forskjeller etter fødeland

Av Anna Godøy, Maja Weemes Grøtting og Kjersti Hernæs, Folkehelseinstituttet

Dette er en bearbejdet og oppdatert versjon av tekst som tidligere har vært publisert i delrapport 1

Personer som er født i utlandet, har vesentlig høyere forekomst av covid-19, legges oftere inn på sykehus, og mottar oftere respiratorbehandling, sammenlignet med personer som er født i Norge. Vi vet fortsatt lite om årsakene til disse forskjellene. En mulig forklaring på denne overrepresentasjonen er at smitteverntiltak treffer utenlandsfødte dårligere enn norskfødte. I dette kapitlet undersøker vi sammenhenger mellom innføring av lokale smitteverntiltak og covid-19 utfall for innvandrere og norskfødte.

I utgangspunktet er det flere mulige årsaker til at effekten av smitteverntiltak kan variere mellom innvandrere og norskfødte. Språkbarrierer kan gjøre det vanskelig å ta til seg informasjon om hvilke tiltak som til enhver tid gjelder, særlig i situasjoner der reglene endrer seg fort. Sosiale og kulturelle faktorer kan også utgjøre en barriere med tanke på etterlevelse, for eksempel vil en forventning om å opprettholde sosial kontakt i storfamilier gjøre det vanskelig å følge anbefalinger om å begrense sosial kontakt på tvers av husholdninger. Sosioøkonomiske forskjeller kan også påvirke etterlevelse. Det kan også være færre innvandrere som har muligheten til å ha hjemmekontor og flere som er avhengige av å benytte kollektivtransport for å komme på jobb.

En rekke internasjonale studier har undersøkt effekter av lokale og regionale smitteverntiltak (se for eksempel Dave et al. 2021; Goolsbee et al. 2020; Goolsbee and Syverson 2021; Sears et al. 2020). Funnene er til dels blandet: mens flere studier finner at tiltak reduserer smitte, viser samtidig andre studier at høye smittetall i seg selv kan utløse endringer i atferd, også uten lokale smitteverntiltak (Alexander et al., 2021; Cronin et al., 2020; Courtemanche et al., 2020; Goolsbee et al., 2021). Flere av disse studiene er fra USA, der langt flere mennesker har blitt smittet og dødd av covid-19. Disse studiene vil dermed kunne ha begrenset overføringsverdi til Norge.

Det er gjort mindre forskning på hvordan smitteverntiltak slår ut for ulike sosioøkonomiske og demografiske grupper. I en studie fra Santiago i Chile fant man at de som bor i fattigere deler av byen, i mindre grad tilpasset seg smitteverntiltakene enn de som bor i de rikere bydelene (Carranza et al. 2021). Forfatterne argumenterer for at grunnen til at de ser mindre etterlevelse blant de som bor i fattigere bydeler, er at de i mindre grad kan jobbe hjemmefra og at de fleste reiser de foretar seg er nødvendige reiser. Tilsvarende resultater er også funnet i USA (Brzezinski et al. 2020). Videre viser flere studier fra USA at politisk overbevisning er viktig for hvordan folk tilpasser seg pandemien og smitteverntiltak (Chen et al. 2020; Brzezinski et al. 2020).

Data og metode

I april 2020 etablerte FHI et beredskapsregister, kalt BeredtC19, for å hurtig kunne skaffe kunnskap til håndtering av pandemien. Registeret inkluderer blant annet opplysninger fra MSIS (Meldingssystem for smittsomme sykdommer)/laboratoriedatabasen, Folkeregisteret, og grunnlagsdata for Norsk Pasientregister (NPR).

Vi benytter data fra BeredtC19 til å konstruere et datasett på kommune-dag nivå. Datasettet inneholder følgende variabler: tester, bekreftet smitte, og innleggelser (per 100,000 innbyggere), og befolkning. For alle tre utfallene er tidfestingen basert på dato hvor prøven ble tatt, det vil si at vi for innleggelser legger til grunn prøvedato, og ikke innleggelsesdato (som kan komme både før eller senere). Disse ratene er beregnet for befolkningen samlet, samt for utenlandsfødte og norskfødte hver for seg.

Det finnes lite samordnet informasjon om lokale tiltak i offentlige kilder. I disse analysene benytter vi data for lokale tiltak som er samlet inn av VG. Disse dataene dekker perioden fra 19. november til 27. april, og inkluderer informasjon om type tiltak: påbud, forbud, stenging, fraråding og anbefaling. I denne analysen fokuserer vi på de tre førstnevnte: påbud, forbud og stenging.

Både lokale og nasjonale tiltak henger tett sammen med smittenivået. Ofte vil det være slik at det iverksettes tiltak når smitten er på vei opp, og at smitten deretter faller en viss tid (noen dager) etter tiltaket. Når smitten og tiltakene henger så tett sammen, kan det være vanskelig å peke presist på årsak og virkning, det man i statistiske analyser kaller kausalitet.

I våre analyser definerer vi kausaleffekter av smitteverntiltak som forskjeller mellom de faktiske utfallene etter at smitteverntiltakene ble innført, og de kontrafaktiske utfallene. Med kontrafaktiske utfall mener vi her hvordan testing, smitte og innleggelse ville ha utviklet seg dersom tiltakene ikke hadde blitt innført. Kausaleffekten definert på denne måten vil fange opp reduksjoner som følge av pålagte atferdsendringer som er direkte knyttet til tiltaket. Effekten av tiltak kan i tillegg inkludere ytterligere reduksjoner i smittenivå som oppstår idet befolkningen i kommunen forstår tiltaket som et signal om høyt smittenivå, og dermed frivillig reduserer sosial kontakt for å unngå smitte.

Det grunnleggende problemet vårt, er at vi ikke observerer de kontrafaktiske utfallene i tiltakskommunene. Vi vet altså ikke hvordan smittetallene ville utviklet seg dersom tiltakene ikke hadde blitt innført. Det vi imidlertid kan observere, er utviklingen i kommuner vi kan sammenligne tiltakskommunene med. Denne metoden kalles forskjeller i forskjeller ("difference in differences"), og hviler på en antagelse om parallelle trender. Denne antagelsen innebærer at smittetrykket i tiltakskommunene ville utviklet seg parallelt med smittetrykket i sammenligningskommunene dersom tiltaket ikke ble innført. Utviklingen i sammenligningskommunene kan i så fall brukes til å estimere de kontrafaktiske utfallene, og en forskjeller i forskjeller-modell vil estimere kausaleffekten av tiltakene.

I våre analyser fokuserer vi på innføring av nye tiltak, det vil si tiltak som innføres minst fire uker etter foregående tiltak. Denne definisjonen gir oss 276 «nye» tiltak. For hver av disse hendelsene konstruerer vi en gruppe sammenligningskommuner som ikke innførte tiltak i et +/- fire ukers vindu rundt datoen tiltaket ble innført.

I en slik analyse vil definisjonen av sammenligningskommunene være et viktig spørsmål. Vi vurderer to alternativer: (1) alle kommuner i Norge som ikke innfører tiltak, (2) nabokommuner, definert som tilgrensende kommuner, som ikke innfører tiltak. Begge definisjonene har fordeler og ulemper. Når vi sammenligner med kommuner som ligger langt unna, vil det kunne være større forskjeller i underliggende smittetrender. Dette vil utgjøre en mulig feilkilde i våre modeller. For nabokommuner vil det derimot kunne oppstå spillovereffekter, dersom innbyggerne i nabokommunene blir påvirket av tiltakene. Slike spillovereffekter kan i prinsippet gå begge veier: for eksempel vil stenging av forretninger kunne føre til redusert mobilitet ved at folk i nabokommunen avlyser handleturen til tiltakskommunen, men det kan også tenkes at personer bosatt i tiltakskommunen legger handleturen til nabokommunen, slik at smittetrykket i nabokommunen øker. Eventuelle spillovereffekter vil igjen kunne utgjøre en mulig feilkilde i våre modeller.

Vi begynner våre empiriske analyser med å beregne gjennomsnittlige rater for testing, insidens og innleggelse i tiltakskommuner og sammenligningskommuner. Videre estimerer vi følgende event study regresjonsmodell (Cengiz et al. 2019; Baker, Larcker, and Wang 2021).

$$y_{its} = \theta_{is} + \theta_{ts} + \sum_{k=-4, k \neq -1}^4 \pi_{k(its)} \rho^k + \varepsilon_{its} \quad (1)$$

Her er y_{its} utfall i kommune i , dag t , hendelse s . θ_{is} og θ_{ts} er hendelses-spesifikke faste effekter for kommune og dato. Variablene $\pi_{k(its)}$ er et sett med binære variabler som indikerer hvor mange uker som har gått siden tiltaket ble innført:

$$\pi_{k(its)} = 1(t - t_s^* \in [k \times 7, k \times 7 + 6])$$

Vi setter den siste syvdagers-perioden før innføringen av tiltaket som referansekategori. For $k < -1$ vil koeffisientene ρ^k fange opp pre-trender, det vil si systematiske endringer i utfall i tiltakskommunene og sammenligningskommunene i ukene før tiltaket innføres. De estimerte pre-trendene vil være viktige for å vurdere hvor sannsynlig det er at antagelsen om parallelle trender holder. Koeffisientene ρ^k for $k > 0$ fanger opp forskjeller i endringer av utfallene i ukene etter at tiltaket innføres.

Et viktig spørsmål er hvor raskt vi vil kunne forvente å se effekter av tiltak. Selv om endringer i atferd vil kunne skje umiddelbart etter innføring av tiltak, vil det kunne ta tid før dette viser seg i lavere smittetall. Median inkubasjonstid for covid-19 er estimert til omtrent 5 dager. Vi forventer derfor at en eventuell reduksjon i smitte primært vil vise seg i de tre siste ukene i event-vinduet vårt. For å sammenfatte modellene estimerer vi følgende regresjonsligning, der vi grupperer event-tid-koeffisientene for pre-perioden ($k < -1$), innføringsuken ($k = 0$), og post-perioden ($k > 0$):

$$y_{its} = \theta_{is} + \theta_{ts} + \pi_{\text{PRE}(its)} \rho^{\text{PRE}} + \pi_{\text{INNFØRING}(its)} \rho^{\text{INNFØRING}} + \pi_{\text{POST}(its)} \rho^{\text{POST}} + \varepsilon_{its} \quad (2)$$

Ligning (1) og (2) estimeres med minste kvadraters metode, standardfeilene klustres på kommunenivå, og observasjoner vektet med befolkningen i hver kommune.

Resultater

Figur 1 viser trender i testing, smitte og innleggelser i tiltakskommuner og sammenligningskommuner, for personer født i Norge og personer født i utlandet. Norskfødte og utenlandsfødte har lignende nivåer for testing, men utenlandsfødte har høyere insidens (forekomst av smitte) og flere innleggelser sammenlignet med norskfødte. Dette gjelder både i tiltakskommunene og sammenligningskommunene.

Fire uker før innføring av tiltak, ligger nivået for testing, smitte og innleggelser i tiltakskommunene på nivå med nabokommunene. I de fire ukene som leder opp til innføringen av tiltakene, ser vi imidlertid en økende trend i tiltakskommunene, relativt til sammenligningskommunene. Antallet som tester seg øker også i innføringsuken, mens smittetall og innleggelser holder seg på samme nivå. Alle viser imidlertid en fallende trend uken etter. Dette gjelder både norskfødte og utenlandsfødte.

Figur 2 viser de estimerte event study-modellene, for norskfødte og utenlandsfødte separat. Vi ser en signifikant økende pre-trend i testing, for både norskfødte og utenlandsfødte. Event-tid-koeffisientene for testing når et toppunkt i uke 0 (innføringsuken). Fra uke 1-3 faller testraten igjen, men forblir på et høyere nivå enn ved starten av event-vinduet.

For insidens finner vi også signifikant økende pre-trender, samt et toppunkt i innføringsuken. Event-tid-koeffisientene faller også skarpt fra uke 1, og holder seg lave ut uke 3. Det at testnivået holder seg høyt er relevant for å tolke reduksjonen i insidens: det at vi ikke finner et fall i testing, tyder på at lavere insidens skyldes en reell smittereduksjon, heller enn endring i testatferd.

For innleggelser er bildet mer uklart. Blant norskfødte, tyder resultatene på en svak nedgang. Blant utenlandsfødte kan vi vanskelig trekke noen konklusjoner om effekten på innleggelser rundt innføringen av tiltakene. Det er langt flere som tester seg eller blir smittet, sammenlignet med antallet som blir innlagt. Usikkerheten rundt disse estimatene, reflekteres i bredden på konfidensintervallene. Bredere konfidensintervall tyder på større statistisk usikkerhet.

Event study-modellene for testing og innleggelser følger et lignende mønster for norsk- og utenlandsfødte. Både pre-trender og endringer etter innføringen av tiltak er større i absoluttverdi for utenlandsfødte. Dette kan sees i sammenheng med høyere baseline rater i denne gruppen.

Tabell 1 sammenfatter resultatene fra event study spesifikasjonen fra ligning (2). I denne tabellen rapporterer vi også gjennomsnittverdien for utfallene (daglig rate tester/insidens/smitte per 100,000) for utenlandsfødte og norskfødte i tiltakskommunene i pre-perioden. Disse tallene gjør det mulig å skalere estimatene slik at vi også kan sammenligne relative endringer mellom grupper.

For testing er pre-trenden og hoppet i innføringsuken statistisk signifikante for befolkningen samlet, samt i begge fødelandsgruppene. Det vil si at nivået for testing i referanseuken, er signifikant høyere enn de foregående ukene. Reduksjonen i testing i uke 1-3 derimot, er ikke signifikant forskjellig fra nivået i innføringsuken.

For insidens finner vi også statistisk signifikante pre-trender. Det vil si at insidensen i referanseuken er høyere enn i ukene før. For uke 1-3 finner vi en statistisk signifikant reduksjon i insidens for både befolkningen under ett, samt for norskfødte og utenlandsfødte hver for seg. Konsistent med resultatene i figur 2 finner vi at den absolutte nedgangen i smittetallene er størst for utenlandsfødte: 3.8 vs 2.3 færre smittet per 100,000 innbyggere/dag. Denne sammenligningen tar imidlertid ikke høyde for at utenlandsfødte har høyere insidens i utgangspunktet. Når vi deler estimatene på

gjennomsnittlig insidens i ukene før innføring, finner vi en 35% reduksjon i for norskfødte, og en 26% reduksjon for utenlandsfødte. Med andre ord er den relative reduksjonen i påvist smitte størst for norskfødte. Den statistiske presisjonen til estimatene er ikke tilstrekkelig til å fastslå at noen av disse forskjellene er statistisk signifikante.

Diskusjon

Analysen har en rekke begrensninger som gjør det vanskelig å tallfeste nøyaktig hvor mye lokale smitteverntiltak bidrar til å redusere forekomsten av covid-19. Først, og mest grunnleggende, er det at tiltakene innføres som en reaksjon på stigende lokale smittetrender. Dersom antagelsen om parallelle trender ikke holder, vil en forskjell i forskjell-modell generelt ikke avdekke kausaleffekten. Det at vi finner en stigende pre-trend i smittenivået, kan tyde på at parallelle trender ikke holder. Økende pre-trender kan tyde på at smittetrykket i tiltakskommunene ville fortsatt å øke relativt til sammenligningskommunene, dersom tiltakene ikke ville blitt innført. I så fall vil estimatene i tabell 1 underestimere de faktiske kausaleffektene av smitteverntiltak på smitte.

Vi kan ikke skille mellom smittereduksjon som kommer som følge av tiltaket, og fallende smitte som følger av at innbyggerne frivillig reduserer sosiale interaksjoner som en reaksjon på høyere smittenivå, for å unngå å bli smittet. Stigende smittetall vil i seg selv kunne ha en effekt på atferd, dersom folk frivillig reduserer sosial kontakt i et forsøk på å unngå smitte.

Ettersom vi mangler data på mobilitet etter fødeland, har vi ikke mulighet til å se på etterlevelse direkte. Det at vi finner lignende reduksjoner i smitte mellom utenlandsfødte og norskfødte betyr ikke at etterlevelsen av tiltak er lik, dersom sammenhengen mellom etterlevelse og smitte varierer etter landbakgrunn.

Konklusjon

Gjennom pandemien har det vært foreslått at språkbarrierer, samt økonomiske, sosiale og kulturelle faktorer, kan gjøre at smitteverntiltak ikke når innvandrerbefolkningen i samme grad som norskfødte uten innvandrerbakgrunn. Våre analyser avdekker at utviklingen i smittetall rundt innføringen av lokale tiltak ser forholdsvis lik ut for utenlandsfødte og norskfødte. Vi finner et mønster der lokale tiltak innføres etter en periode med økende påvist smitte; smitten faller deretter i ukene som følger innføringen av tiltaket. Denne reduksjonen er i samme størrelsesorden for norskfødte og utenlandsfødte: I absoluttverdi er reduksjonen noe større for utenlandsfødte, mens den relative reduksjonen i insidens sett i forhold til baseline insidens er noe større for norskfødte. Resultatene tyder på at lokale smitteverntiltak kan være effektive i å bremse og reversere økende smittetrender for både norskfødte og utenlandsfødte.

Disse funnene er relevante for debatten rundt årsakene til de høye smittetallene blant utenlandsfødte i Norge. Når vi finner at reduksjonene i påvist smitte er omtrent like store for utenlandsfødte og norskfødte, kan det tyde på at etterlevelsen er relativt lik for begge gruppene. Systematiske forskjeller i livssituasjon, som for eksempel forskjeller i familiestruktur og husholdningsstørrelse, kan gjøre at de samme tiltakene treffer utenlandsfødte annerledes enn norskfødte. Funnene våre kan imidlertid tyde på at tiltakene jevnt over treffer både norskfødte og utenlandsfødte noenlunde likt.

Hvordan sitere dette kapittelet:

Godøy A, Grøtting MW, Hernæs K (2021). Kapittel 11: Implementering og effekter av lokale tiltak: forskjeller etter fødeland, i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Kapittel 12

Innreisetiltak og innreise etter landbakgrunn

Av Ingeborg Hess Elgersma, Kjetil Telle, Helena Eide, Julie Fevåg, Thor Indseth, Anja Bråthen Kristoffersen, Folkehelseinstituttet

Dette er en bearbejdet og oppdatert versjon av tekst som tidligere har vært publisert i delrapport 1

Sammendrag

Fra siste halvdel av mars 2021 fram til slutten av september 2021 var det krav om karantenehotell for mange innreisende til Norge. I tillegg til ulempen oppholdet på hotellet medførte, har reisende selv måttet dekke deler av kostnadene, noe som har betydd en betydelig ekstrakostnad ved reiser. I dette kapittelet undersøker vi om det er tegn til at slike tiltak påvirket reiseaktiviteten etter landbakgrunn våren 2021.

Tall fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskaps (DSB) innreiseregister tyder på at reiseaktiviteten falt betydelig fra slutten av mars og frem til juni, da denne studien ble slutført. Dette gjelder særlig innreisende fra Vest-Asia, som for eksempel Pakistan og Tyrkia. Det er også tegn til fall, særlig i april og mai, for innreisende fra Litauen, Russland og Polen. Dataene tyder på at de som reiser inn til Norge fra disse avreiselandene i denne perioden i stor grad er født i avreiselandet.

Gjennom våren 2021 testet en stor andel av de reisende som har identifikasjonsnummer seg innen 10 dager. Andelen som testet seg, var noe høyere blant innreisende født utenfor Norge. Fram til midten av april testet en høy andel positivt av de innreisende som var født i India og Pakistan. Høyt smittenivå i utlandet kan, i tillegg til kravene om hotellkarantene og økt mediafokus, ha bidratt til å redusere reiseaktiviteten.

Innreiseregisteret gir ikke full informasjon om alle reiser til Norge i perioden. Ikke alle reisende hadde registreringsplikt, og mange av de registrerte reisene kan ikke kobles til andre datakilder som folkeregisteret og data om testing og påviste tilfeller. Vi bruker likevel disse dataene til å telle opp innreisende per uke etter avreiseland, fødeland og testresultat og testutfall, da disse dataene er det mest komplette grunnlaget for overvåking av reiseaktivitet til Norge.

Innledning

I Norge har innvandrere vært svært hardt rammet under pandemien. Både andelen med påvist smitte, andelen innlagt på sykehus og andelen døde er høyere i denne gruppen enn den øvrige befolkningen (Indseth et al. 2020a,b; Indseth et al. 2021b,c,e,f; Telle et al. 2021; Labberton et al. 2021). Eksempelvis var det 9 ganger så mange smittetilfeller og 24 ganger så mange sykehusinnleggelseser med covid-19 blant nordmenn født i Pakistan som blant nordmenn født i Norge i perioden 15. juni 2020 – 31. mars 2021 (ujusterte tall, tabell 1, i Indseth et al. 2021b). Mye tyder på at det også har vært overdødelighet (Indseth et al. 2021c og Telle et al. 2021). Selv om noe av

overrepresentasjonen kan forklares med sosioøkonomiske forhold, er det fremdeles mye vi ikke vet om hvorfor innvandrere har blitt så hardt rammet (Indseth et al. 2021b).

Innvandrere har generelt sterkere bånd til andre land enn norskfødte nordmenn. Mange har familie i sitt opprinnelsesland, og dermed behov for å være til stede ved for eksempel alvorlig sykdom eller død. Noen har også eiendom utenfor Norge. En undersøkelse viser for eksempel at 22 prosent av pakistanske innvandrere i Norge har eiendom i Pakistan (Vrålstad og Wiggen 2017). I tillegg har mange innvandrere familie og venner i andre europeiske land.

I denne artikkelen undersøker vi hvordan noen av tiltakene innført for å hindre importsmitte har påvirket reiseaktiviteten. Vi forsøker å spore om volumet av reisende og andelen som har testet seg har endret seg i tiden etter innføring av noen tiltak våren 2021. I tillegg beskriver vi datakildene som står til disposisjon. Dette er datakilder som er beheftet med stor usikkerhet, da vi ikke vet så mye om hvem som dekkes eller hva datakildene egentlig måler. Hoved-datakilden er innreiseregisteret i Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). Reisende til Norge fra områder med karanteneplikt er pliktige til å registrere hvor de reiser fra og hvordan karantene etter innreise skal gjennomføres, i innreiseregisteret. Det digitale reiseregisteret, som erstattet den midlertidige, papirbaserte løsningen, ble etablert 2. januar 2021.

Vi starter med å beskrive reiserestriksjonene i perioden kort, dvs. Utenriksdepartementets reiseråd som regulerer reise til og fra utlandet for norske borgere og personer bosatt i Norge, innreiserestriksjonene som regulerer innreise til Norge for utenlandske borgere som ikke er bosatt i Norge, samt tiltakskjeden etter ankomst (testing, karantene inkl. karantenehotell). Deretter beskriver vi datakildene og hva opplysningene sier om innreise fra ulike avreiseland og etter bosatte personers fødeland. Til sist ser vi eventuelle endringer i tall for innreise i sammenheng med tidspunkt for endringer i reiserestriksjonene i et forsøk på å belyse om endringer i reiserestriksjonene kan ha påvirket reisemønstrene for ulike grupper.

Reiseregler

Hvilke reiseregler som gjelder for den enkelte reisende, har gjennom pandemien vært betinget av reisens formål, den reisendes tilknytting til Norge og avreiselandet. Her beskriver de viktigste endringer i reisereglene fra starten av pandemien fram til slutten av mai 2021.

Siden starten av pandemien var det i Norge vært krav om karantene etter opphold i såkalte *røde* (eller *rødt-skraverte*) land. De aller fleste land i verden var røde fra høsten 2020 til starten av juni 2021, kun enkelte regioner i Finland, Island, Færøyene, Grønland hadde periodevis lav smitte (*gule* områder) og vært unntatt karanteneplikt.⁷ I tillegg har det vært enkelte unntak i karanteneplikten for arbeidsreisende og reisende med spesielle formål.⁸

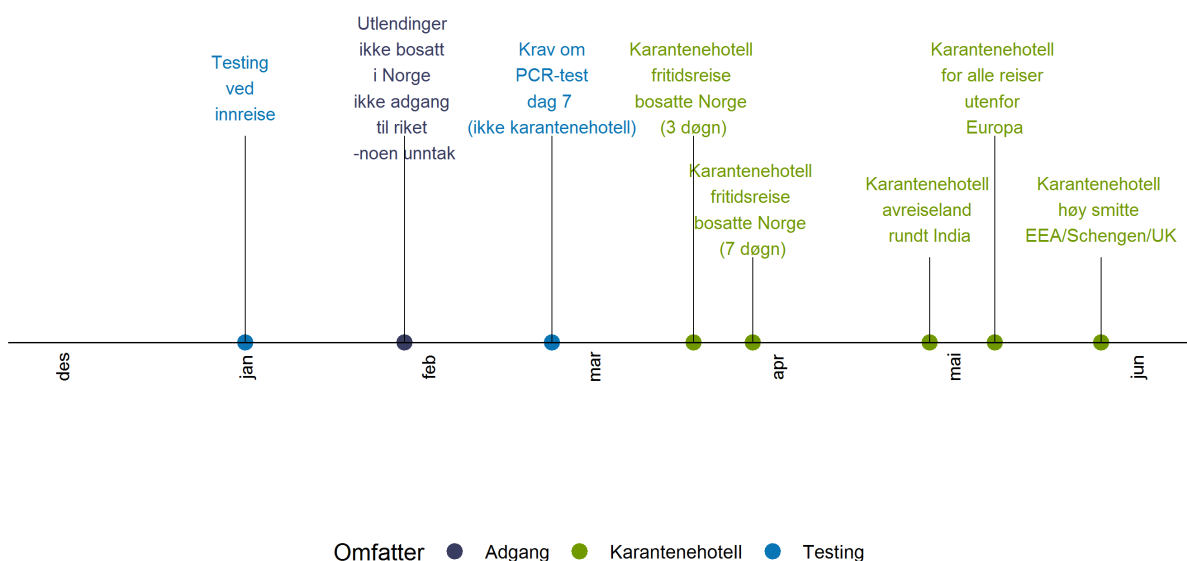
⁷ Fra 5. juli 2021 tilpasset Norge seg EUs koronakart, og nye fargekoder. Den gule fargen opphørte, og ble til dels erstattet av grønn fargekode (men med andre terskler). I denne teksten referer vi til fargekodene før endringene i innreiserestriksjonene 5. juli 2021.

⁸ I midten av mars 2020 ble bortvisningsforskriften vedtatt, hvilket gjorde det svært vanskelig for utlendinger som ikke var bosatt i Norge, å reise inn i landet. Utover våren og høsten 2020 ble det vedtatt gradvise lettelse i innreiserestriksjonene, før regjeringen på nytt 29. januar 2021 strammet kraftig inn på ikke-bosattes adgang til Norge. Dette førte blant annet til at en del gjestearbeidere og utenlandske familiemedlemmer ikke lenger kunne reise inn i landet. Fra 20. februar 2021 ble det lempet på innreiserestriksjonene for enkelte arbeidsreisende.

Etter opphold i røde land har det vært krav om innreisekarantene i 10 døgn. Fra 9. november 2020 måtte reisende fra røde land fremvise attest på negativ covid-19-test da de ankom Norge. Fra 2. januar 2021 ble det innført obligatorisk testing ved innreise, og obligatorisk testing 7 døgn etter ankomst ble innført 28. april 2021.

Karantenehotellordningen ble etablert november 2020 med hensikt å redusere smittespredning etter innreise. Opprinnelig var personer bosatt i Norge og personer som eier bolig i Norge unntatt plikten til å gjennomføre karantenetiden på karantenehotell. Arbeidsreisende var også unntatt denne plikten dersom arbeidsgiver sørget for egnet oppholdssted med enerom. Våren 2021 ble ordningen gradvis utvidet. Den 19. mars endret regjeringen reglene for karantenehotell til at alle tilreisende til Norge, også de som var bosatt i Norge, pliktet å gjennomføre karantene på karantenehotell. Det var frem til månedsskiftet april-mai 2021 et unntak fra karantenehotell for reisende som hadde vært på såkalte *nødvendige* reiser som f.eks. arbeidsreiser eller begravelser. På grunn av en kraftig økning i andelen reisende som testet positivt fra det indiske subkontinentet og bekymring knyttet til import av delta-varianten, pliktet alle reisende fra Bangladesh, India, Irak, Nepal og Pakistan å gjennomføre karantene på karantenehotell fra 28. april. Den 9. mai ble denne plikten utvidet til alle reisende fra alle land utenfor EU/EØS og Storbritannia, og fra 27. mai ble også reisende fra europeiske land med høy smitteforekomst omfattet av plikten.

Vi forventer særlig å se en nedgang i utenlandsreiser fra land med mange innvandrere i Norge, særlig i Vest-Asia, noen uker etter 19. mars, og ytterligere nedgang som følge av innstramningene for innreiser fra det indiske subkontinentet 28. april. Tilsvarende forventer vi å se et fall etter at kravet om karantenehotell for alle reiser utenfor Europa ble innført 9. mai. Kostnadene ved karantenehotell måtte delvis dekkes av den innreisende selv. Det innebar at mange utenlandsreiser etter 19. mars 2021, og alle reiser fra det indiske subkontinentet etter 28. april, i realiteten ble betydelig dyrere fordi karantenehotell i 10 dager kom på toppen av vanlige reisekostnader. Økt reisekostnader kommer i tillegg til den ulempen det å tilbringe 10 dager utenfor eget hjem medfører de reisende. Det er derfor grunn til å tro at disse regelendringene har hatt innvirkning på insentivene til å foreta reiser i den perioden vi ser på.



For hele perioden vi har sett på, har det vært drevet informasjonskampanjer der hensikten har vært å informere om reisebestemmelsene og opplyse om at myndighetene fraråder reiser. Enkelte av disse kampanjene har vært målrettet mot ulike deler av innvandrerbefolkningene. Blant annet har annonsemålretting i sosiale medier etter språkinnstillinger og søkehistorikk som indikerer planer om utenlandsreiser vært tatt i bruk.

Data

Det finnes ikke fullstendige data over hvordan smitte fra utlandet bringes inn i Norge. To av de beste kildene, som begge er beheftet med store svakheter, er DSBs innreiseregistreringssystem (IRRS) og testing for covid-19 på grenseteststasjoner i MSIS-laboratoriedatabasen. Begge kildene har vært tilgjengelige for oss i FHIs beredskapsregister [BeredtC19](#), der opplysningene også kan kobles til annen informasjon på individnivå dersom de reisende har registrert fødselsnummer eller d-nummer.

I IRRS er det den reisende selv som registrerer informasjon om reisen, men ikke alle reisende har hatt registreringsplikt. Kun reisende fra land/områder med karanteneplikt måtte registrere seg før de krysser grensen fram til slutten av mai 2021, og det var også reisende som var unntatt registreringsplikten, uavhengig av avreiseland/område. For registreringspliktige reiser er det også feilkilder. Fram til uke 23 var det ingen validering av hvorvidt de registrerte reisene faktisk ble foretatt. Selv om det i stor grad ble sjekket på grensen, er det også usikkert om alle reiser med registreringsplikt er registrert. Videre er analyser knyttet til fødeland kun mulig å gjennomføre for reisende som har oppgitt gyldig identifikasjonsnummer (fødselsnummer eller d-nummer, dvs. er bosatt/statsborger eller har midlertidig opphold i Norge). Andelen registrerte reiser med identifikasjonsnummer som kan kobles til Folkeregisteret lå stabilt på i overkant av 40 prosent fram til slutten av mai 2021. Den resterende andelen kan være reisende uten fødsels- eller d-nummer, eller reisende med slike nummer som har oppgitt feil informasjon. Restriksjonene våren 2021 ga utlendinger uten opphold i Norge liten anledning til å reise inn i landet. Dette gir grunn til å tro at det var et begrenset antall innreisende som ikke hadde et gyldig identifikasjonsnummer.

IRRS ble tatt inn i FHIs beredskapsregister 25. februar, men fram til slutten av mai ble ikke-anonyme data slettet etter 20 dager og kun aggregerte anonyme data beholdt (ikke-anonyme data fra og med 12. mai blir beholdt på linje med andre opplysninger i BeredtC19, i form av aidentifiserte personopplysninger). I tillegg har vi hatt tilgang til alle registreringer i IRRS uten personopplysninger, som muliggjør det å produsere statistikk på reiser foretatt før 25. februar, men det er ikke mulig å fjerne duplikater eller feilregistreringer fra disse dataene. Statistikk har hver uke blitt gjort tilgjengelig i ukesrapportene og i eget notat som er offentliggjort på Helsedirektoratets nettsider (Folkehelseinstituttet 2021a, 2021b).

Den andre kilden er testing for SARS-CoV-2 på grenseteststasjoner i MSIS-laboratoriedatabasen. Fra 2. januar 2021 ble det innført obligatorisk testing ved innreise, og FHI har identifisert teststasjonene som benyttes til slik obligatorisk testing. Vi vet derfor hvem som er testet på disse stasjonene (fordi vi har identifikasjonsnummer for dem), men vi kan ikke være sikre på at alle som reiser inn på disse stasjonene faktisk blir testet. Det vil også være noen som ikke har identifikasjonsnummer, eksempelvis alle som ikke har eller har hatt fast eller midlertidig opphold i Norge. Det kan tenkes at enkelte kommuner har benyttet grenseteststasjonene til vanlig testing av innbyggerne, og i så fall vil ikke alle som er testet på disse stasjonene faktisk ha vært på reise.

I dette kapittelet har vi i all hovedsak basert oss på data fra IRRS, og i de tilfellene der vi har benyttet data fra teststasjonene (kun i vedlegg) er det eksplisitt angitt. For personer som har registrert gyldig identifikasjonsnummer (f- eller d-nummer) har vi i BeredtC19 kunnet koble med opplysninger fra Folkeregisteret om fødeland og bostedskommune, samt med opplysninger i MSIS/labdatabasen om testing for SARS-CoV-2 og testresultat (PCR og antigenester).

Resultater

Vi skiller i resultatene mellom antall innreisende og antall registrerte reiser. Antall innreisende eller reisende er definert som antall unike personer reiser i løpet av en uke, uavhengig av om en person har reist én eller flere ganger. Antall reiser viser til hvor mange reiser som er registrert per uke.

Utviklingen i antallet reiser og antall reisende

Figur 1 viser det totale antallet unike reisende per uke siden FHI startet å publisere slike tall i sine ukerapporter (Folkeregisteret 2021b). Antallet innreisende steg fra drøyt 20 000 i uke 10 til oppunder 40 000 i uke 21. Andelen av de innreisende som tester positivt innen 10 dager falt gradvis fra rundt 0,8 prosent frem til midten av april, til under 0,3 prosent fra midten av mai.

I tillegg til å måle reiseaktivitet ved antall reisende, kan vi også måle antall reiser. For hver uke vil antall reiser være høyere enn antall reisende, fordi mange av de reisende er pendlere eller yrkessjåfører som krysser grensene flere ganger i løpet av en uke.

Figur 2 viser det ukentlige antallet registrerte reiser i IRRS siden oppstarten av registeret 2. januar fordelt på avreiseverdensdel. Asia er her delt i to, Øst-Asia inkluderer land som Bangladesh, India, Kina og Sri Lanka, mens Vest-Asia inkluderer land som Armenia, Aserbajdsjan, Afghanistan, De forente arabiske emirater og Pakistan (jf. inndelingen Nilsen et al. 2020). Det har vært flest reiser fra Europa, med mellom 10 000 og 50 000 registrerte reiser i uken gjennom hele perioden. Det var en kraftig økning i antall reiser fra mai 2021, til tross for at kravene til karantenehotell også omfattet mange land i Europa fra 9. mai 2021.

Blant de andre verdensdelene ligger antall registrerte reiser fra Vest-Asia høyest. Med rundt 900 ukentlige registrerte reiser gjennom perioden, er antallet langt under Europa. Det var et kraftig fall i reiser fra Vest-Asia fra uke 14, to uker etter innføringen av karantenehotell. Da reglene om karantenehotell ble utvidet 28. mai, fortsatte nedgangen i reiser fra Vest-Asia. Uken etter var det et klart fall i reiser også fra Øst-Asia. For reiser fra andre verdensdeler enn Europa og Asia, er det små forandringer over tid i perioden vi ser på.

Ser vi på enkeltland i Asia, så er det særlig antall reisende med avreiseland Pakistan, Tyrkia og delvis India som faller i ukene etter innføringen av karantenehotell i midten av mars og slutten av april 2021 (figur 3).

Dataene i IRRS inneholder opplysninger om avreiseland, men ikke fødeland. For personer bosatt i Norge med identifikasjonsnummer i IRRS, kan vi koble på fødeland fra folkeregisteret. For denne undergruppen av personer (drøyt 40 prosent av de reisende registrerte IRRS) kan vi dermed se hvor stor andel av dem med et avreiseland, for eksempel Latvia, som også er født i avreiselandet (Latvia) eller i andre deler av verden (for eksempel Norge eller Asia). Figur 4 viser samsvar mellom avreiseland og fødeland i perioden 12. mai til 9. juni. Kun avreiseland med mer enn 50 reisende er

inkludert. For mange avreiseland er dette samsvaret stort, det gjelder for eksempel Litauen, Somalia, Polen og India, der minst 90 prosent er født i avreiselandet. For enkelte avreiseland, som for eksempel Pakistan og India, er det også en betydelig andel av de reisende som selv er født i Norge, men som har foreldre som er født i avreiselandet.

Enkelte land kan se ut til å være transittland eller møttesteder. En mindre del av de reisende fra Kenya og Etiopia, er født i disse landene, men en stor del er født i Afrika. Tilsvarende er det mange som er født i Vest-Asia som er kommet fra Egypt, Tyrkia og De forente arabiske emirater. Noen avreiseland utenfor Europa domineres av norskfødte innreisende, det gjelder særlig Thailand, Brasil, Mexico og USA.

Relativt til befolkningen i Norge er utenlandsfødte overrepresentert på nesten alle avreisedestinasjoner i denne perioden. Av de innreisende med kjent fødeland var andelen utenlandsfødte 43 prosent (hvit stippet linje i figur 4), en tydelig overrepresentasjon da andelen utenlandsfødte blant bosatte i Norge ligger på rundt 16 prosent (Indseth et al. 2021c). I vedleggstabell 1 oppgir vi antall innreisende fordelt etter fødeland, andelen av de innreisende fra hvert av disse landene og andelen personer fra hvert fødeland utgjør blant alle bosatte i Norge. Vi teller kun bosatte innreisende med fødselsnummer og vi viser kun fødeland med minst 50 innreisende i perioden og minst 1000 bosatte fra landet. Relativt til andelen bosatt i Norge, er det særlig mange født i Polen og Sverige som har reist inn til Norge i perioden (hhv. 6,9 og 5,5 prosent av alle reisende med kjent fødeland). Tilsvarende er andelen av de reisende født i Eritrea (0,4 prosent), Syria (0,5 prosent), Thailand (0,6 prosent) og Norge (0,7 prosent) underrepresentert blant de innreisende i forhold til andelen av de bosatte i Norge.

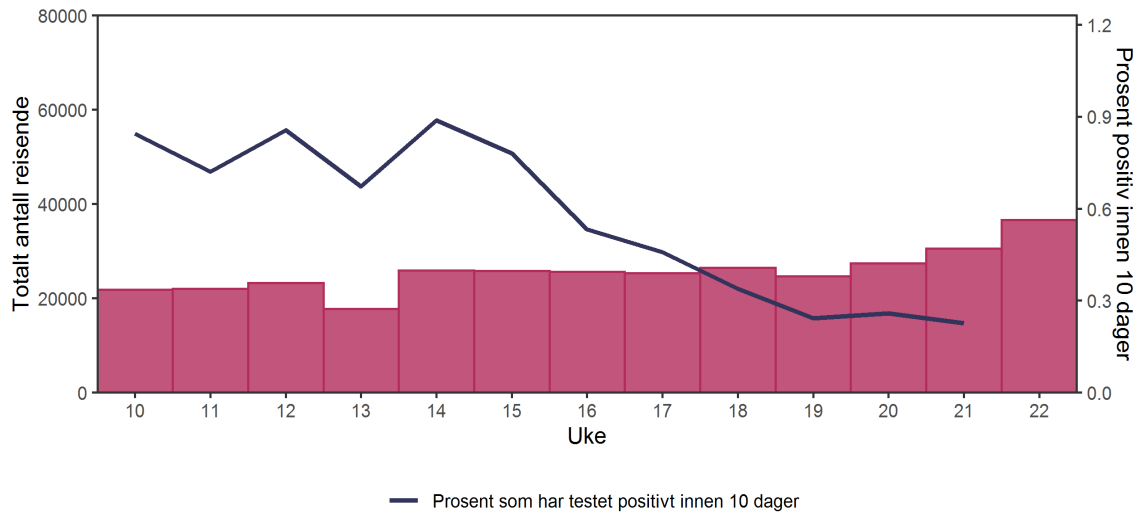
Utviklingen i antallet som tester seg, tester seg på grensa og andelen som tester positivt
Figur 5 viser andelen av de registrerte innreisende med identifikasjonsnummer som testet seg innen 10 dager, og hvor mange som testet positivt, fordelt etter fødeland. Utvalget av fødeland som vises har mange innreisende over tid og/eller mange som har testet positivt. Observasjoner for fødeland med færre enn 50 reisende i en uke er ikke vist. En mulig grunn til forskjellene i andelen testede er at reisende med enkelte fødeland oftere foretar arbeidsreiser/pendler, eller reiser fra områder som er unntatt fra krav om registrering og testing. I Finland var det en del karantenefrie områder uten krav til test etter ankomst. Det kan bidra til å forklare hvorfor andelen testede blant finskfødte var lav.

Figur 5 viser at blant reisende med fødeland med høy andel som testet positivt, ser vi at andelen som testet seg innen 10 dager også var høy. Dette gjelder for eksempel personer med fødeland Pakistan, India eller Irak. Mange av disse reiste fra de samme landene. Over den tidsperioden vi har data for, var testandelen stabil. Andelen som testet positiv, sank imidlertid noe gjennom perioden.

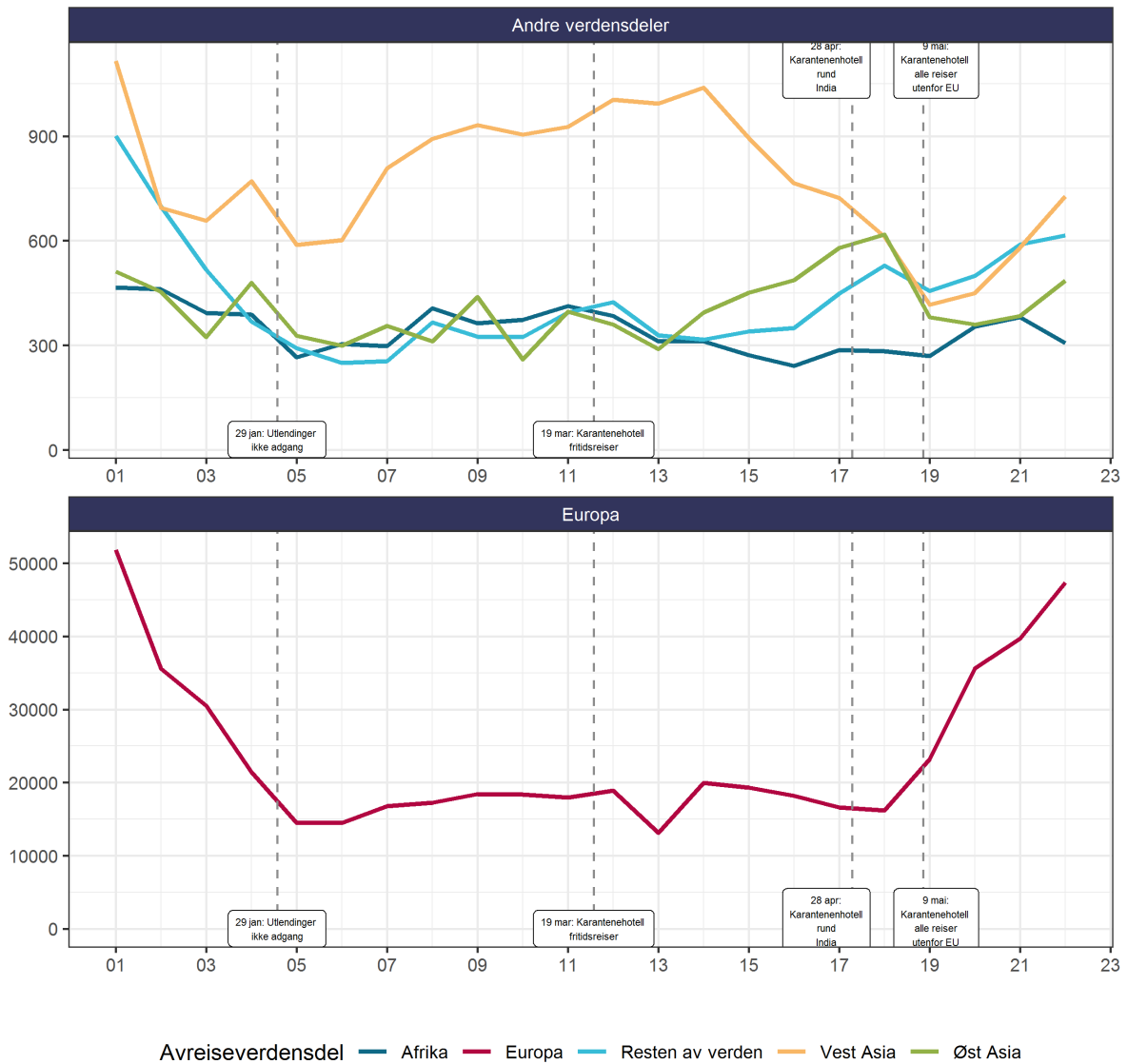
I vedleggsfigur 1 viser vi antall innreisende testet på en grensestasjon (kun dem med gyldig identifikasjonsnummer, data fra MSIS labdatabasen). Vi ser at hovedbildet her samsvarer med det i figur 1, som viser tall fra IRRS. Testede med fødeland i Norge eller andre land i Europa utgjør det største volumet av testede på grensen. Selv om volumet testede var betraktelig mindre, var likevel antall positive tester blant reisende født i Asia enkelte uker på høyde med det blant reisende født i Europa. Tallene fra MSIS-labdatabasen går lengre tilbake i tid. Disse tallene viser en kraftig økning i antall personer testet på grensen etter at kravet om obligatorisk testing ble innført 2. januar. Deler av oppgangen må ses i sammenheng med økt reisevirksomhet knyttet til juleferien. Antall testede sank noe etter at personer bosatt utenfor riket ikke lenger fikk reise inn (29. januar) og etter at

kravet om karantenehotell ved fritidsreise ble innført 19. mars. Dette mønstret samsvarer i stort sett med antall registrerte reiser i IRRS, som også sank etter at krav om karantenehotell ved fritidsreise ble innført (jf. figur 1 og 2). Totalt sett indikerer dette at de to datakildene iallfall ikke har gitt et veldig ulikt overordnet bilde av reiseaktiviteten.

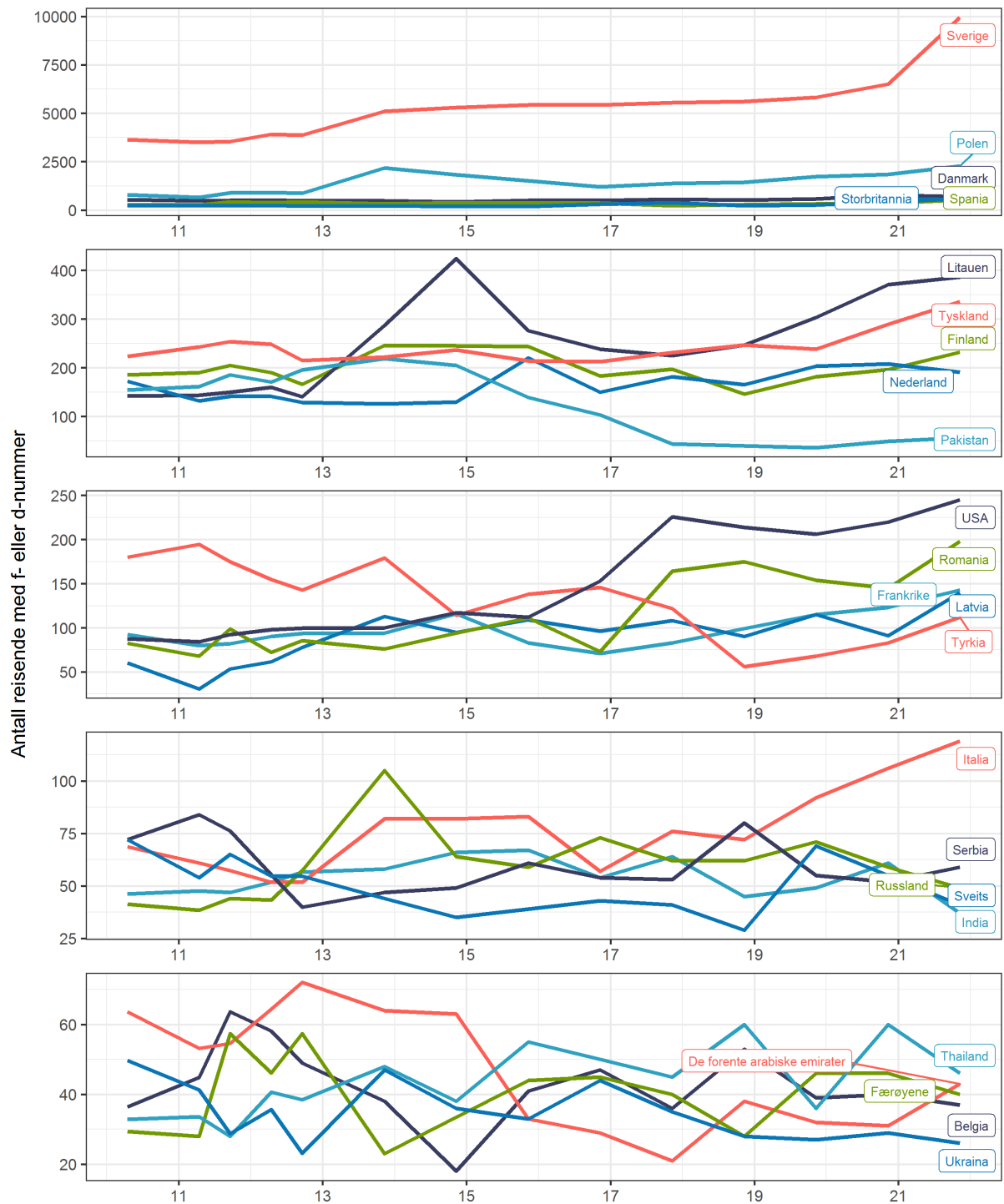
Figur 1: Antall unike reisende registrert i IRRS og prosentandelen av de med identifikasjonsnummer som tester positivt innen 10 dager.



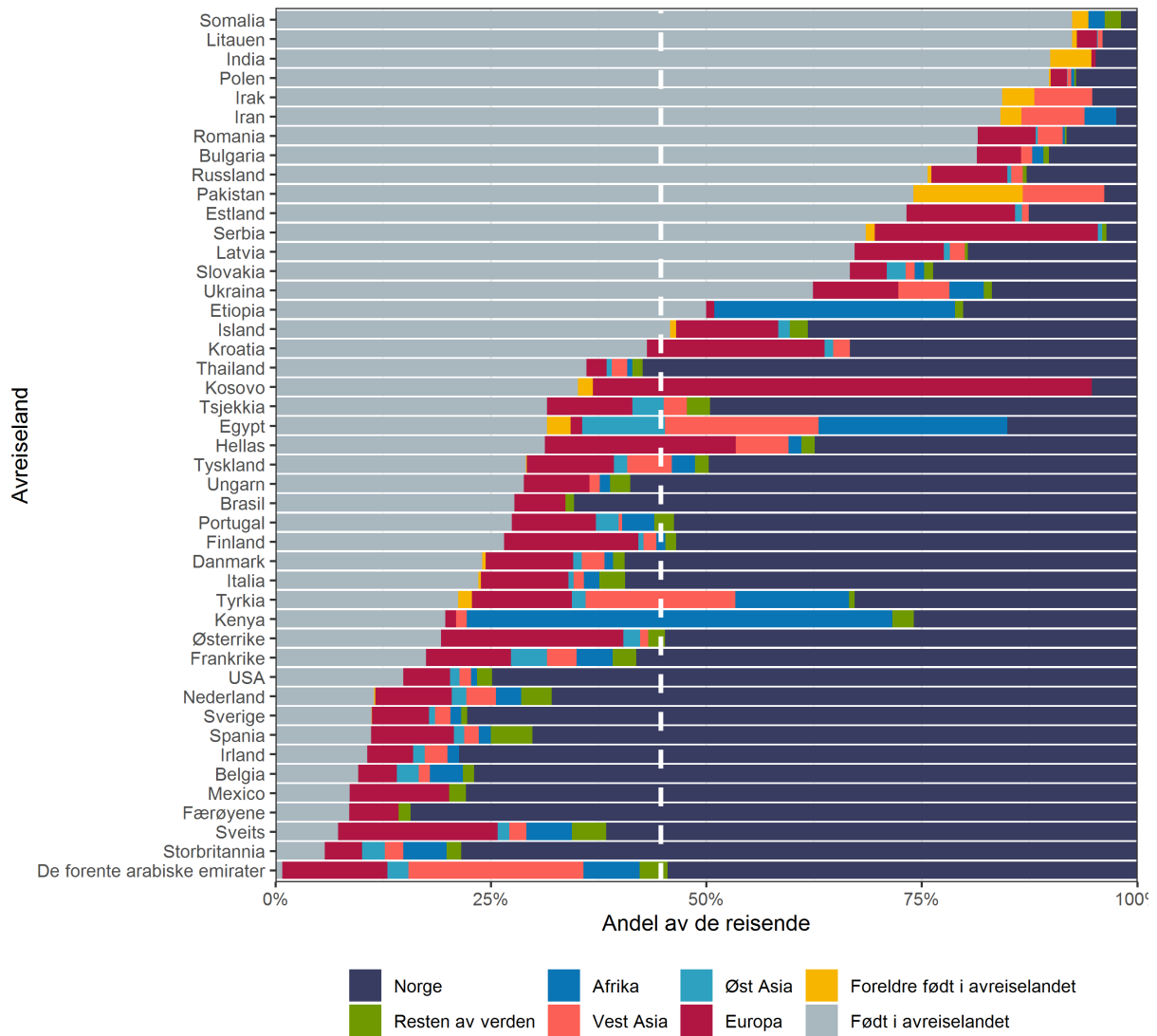
Figur 2: Antall innreiser registrert i IRRS, etter avreiseland (verdensdel). Basert på historiske data uten identifikasjonsnummer.



Figur 3: Antall innreisende personer etter avreiseland. IRRS, kun personer med gyldig identifikasjonsnummer. Før uke 14 ble disse dataene aggregert i 10 dagers perioder (som ikke samsvarer med en uke). For disse periodene har vi delt på 10 og ganget med 7 for å få sammenlignbare ukeseleksjoner.

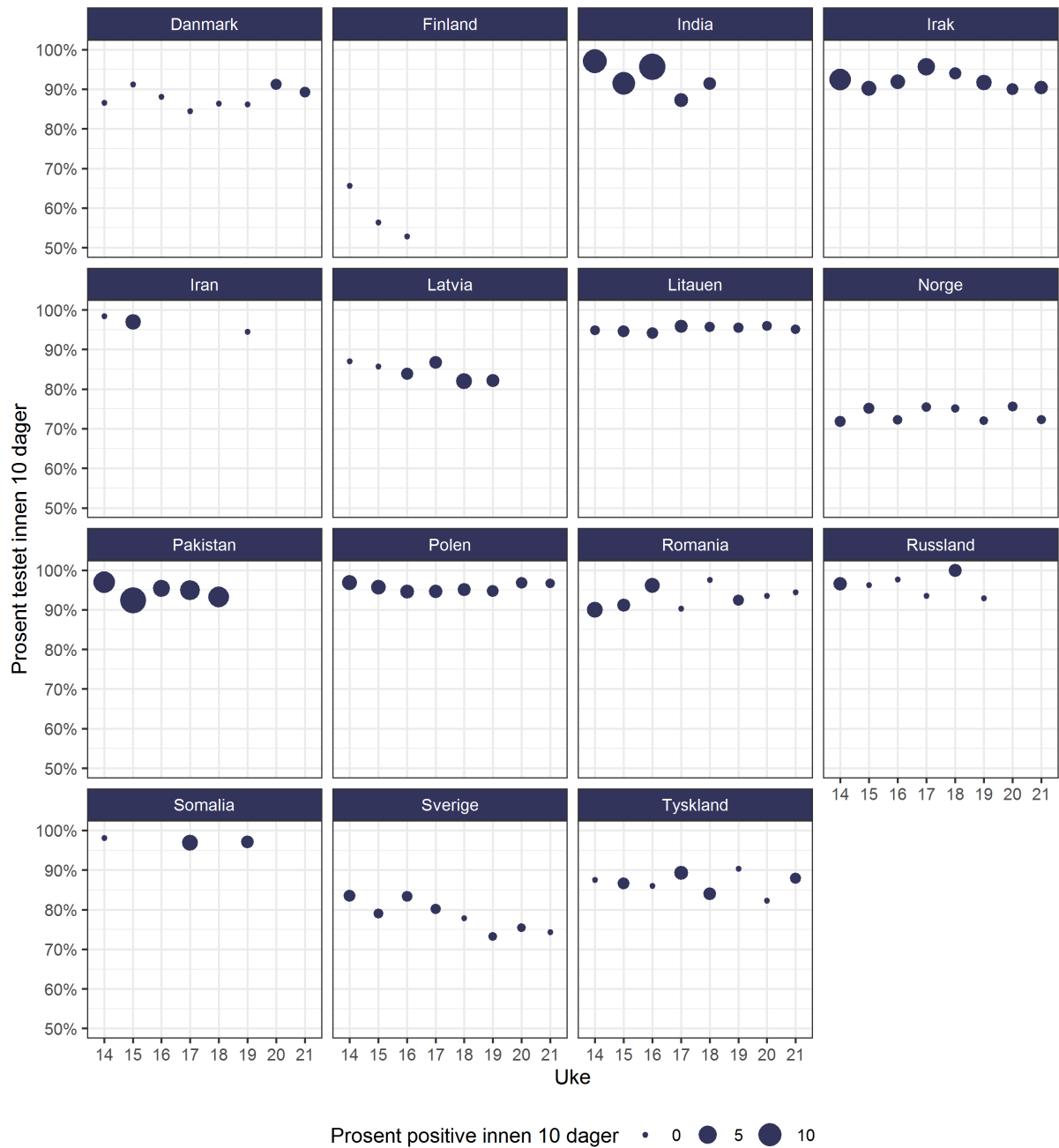


Figur 4: Samsvar mellom avreiseland og fødeland. Basert på fødeland med mer enn 50 reisende. Kun innreisende med f-nummer som er bosatte i Norge og der fødeland er kjent. Hvit stiplet linje viser gjennomsnittet utenlandsfødte for alle avreiseland.



f.o.m. 12.05.21 t.o.m 09.06.21

Figur 5: Prosent av de innreisende i IRRS med identifikasjonsnummer som er testet innen 10 dager og andelen positive, etter fødeland. Kun observasjoner med mer enn 50 reisende per uke er tatt med.



Diskusjon

Det har vært inngripende reguleringer av innreise til Norge i store deler av pandemien, med tiltakende krav til testing og reisekarantene på karantenehotell utover våren 2021. Krav om karantenehotell betalt av den reisende selv, ble fulgt av et betydelig fall i innreise fra slutten av mars og fram til juni 2021. Dette gjelder særlig innreisende fra Vest-Asia, blant annet Pakistan og Tyrkia. Det er også tegn til nedgang i antall reisende fra, Litauen, Russland og Polen, særlig i april og mai.

Tiltakene som er satt inn for å begrense videre smittespredning etter innreise kan grovt deles i to; tiltak som er rettet mot å øke andelen som testes på grensen, og tiltak som er rettet mot å begrense innreise fra land med høyt smittetrykk. Førstnevnte inkluderer obligatorisk testing på grensen, og sistnevnte inkluderer krav om karantenehotell og fargekart. Tiltak som er rettet mot å øke testandelen, kan se ut til å ha lyktes. Fra land der andelen som tester positivt var høy, var også testandelen høy. Data fra teststasjoner på grensen viser at antallet testede steg etter at kravet om obligatorisk testing ved innreise ble innført 2. januar 2021, men deler av økningen kan også henge sammen med at mange da returnerte til Norge etter juleferie. Dessverre har vi ikke data fra IRRS før denne endringen ble iverksatt. Andelen som tester seg basert på data fra IRRS forble stabil utover våren 2021 (mellom uke 10 og uke 22).

Det er mindre rett fram å tolke hvordan innreiserestriksjonene har påvirket reiseaktiviteten i de ulike fødelandsgruppene. Mange av tiltakene har vært rettet mot personer som ikke er bosatt i Norge. Siden de vi kan koble til folkeregisteret må være bosatt, ev. ha registrert midlertidig opphold og d-nummer, i Norge, kan vi ikke forvente å observere effekter av slike tiltak i vårt datamateriale. Tre av tiltakene skal imidlertid treffe bosatte i Norge. Dette gjelder kravet om opphold på karantenehotell etter fritidsreise (19. mars 2021), kravet om opphold på karantenehotell etter alle reiser (også såkalte *nødvendige*) for reisende fra det indiske subkontinentet (28. april) og kravet om opphold på karantenehotell etter alle reiser for reisende fra alle land utenfor Europa og noen land i Europa (9. mai).

Det er vanskelig å tolke endringer i antall reisende som et resultat av tiltakene. For det første kan det være sesongsvingninger som forklarer variasjonen, og for det andre så kan det være folkeregistrerte i Norge som bor i utlandet som vender hjem ved stort smittetrykk i avreiselandet. Vi ser noen tegn til at reiseaktiviteten falt på en måte som er konsistent med at tiltakene virker, særlig for innreisende fra Vest-Asia. Antall innreisende fra Pakistan var stabilt fram til uke 14, og etter dette falt antallet betydelig i mange uker. Dette kan skyldes at krav om karantenehotell ble innført i uke 12, og strammet ytterligere inn fra slutten av april, med tilhørende kostnader ved retur. Men det kan selvsagt også handle om økt smitte i Pakistan som kan ha medført at flere vegret seg for å reise dit, eller at norske myndigheter satte i gang en omfattende informasjonskampanjer der de advarte mot å reise til blant annet Pakistan. Antallet innreisende fra Tyrkia faller tydelig hele perioden vi har data for.

Krav om karantenehotell kan også ha medført at mindre av den importerte smitten har spredt seg videre i Norge. Vi har ikke studert dette, men overordnet observerer vi at smitten blant utenlandsfødte falt utover våren 2021. Den relative andelen nye tilfeller blant de som er født utenfor Norge sank fra 39 % av alle tilfeller i uke 15 til 25% i uke 22 (Folkehelseinstituttet 2021c). Vi har data i BeredtC19 som gjør det mulig å studere videre smitte i den reisendes husholdning, men foreløpig har vi ikke utført slike analyser. Før slike og andre relevante analyser er utført, kan vi ikke konkludere

rundt hvorvidt høy smitte i en del av innvandrerbefolkningene gjennom pandemien kan henge sammen med reiser til land med høyere smittenivåer.

En kompliserende faktor når vi ønsker å analysere betydningen av utenlandsreiser for smitte i ulike innvandrerbefolkninger i Norge, er at en del innvandrere, særlig de med flyktningbakgrunn, vil ha betydelige andeler av sine slektninger ikke bare i landet de utvandret fra, men også i andre land som slektninger har innvandret til. Endogami (giftemål innad i egen etnisk gruppe) bidrar også til et fenomen der man har familie og svigerfamilie i andre europeiske land. Økt reiseaktivitet i enkelte grupper som følge av at de i større grad lever transnasjonale liv der slekt og vennsforbindelser strekker seg over landegrensene, begrenser seg derfor ikke nødvendigvis til opprinnelseslandet, noe våre resultater også kan tyde på (se figur 4).

Det er rimelig å anta at antallet tette transnasjonale forbindelser (slekt og vennsforbindelser over landegrensene) bidrar til større behov og motivasjon for å foreta utenlandsreiser blant innvandrere sammenliknet med andre nordmenn og at dette også gjelder under en pandemi. Dersom disse reisene er til land med høyere smittetrykk og reisene i større grad har innebåret kontakt med lokalbefolkningen, kan dette ha bidratt til høyere smitte blant reisende i innvandrerbefolkningene sammenliknet med befolkningen for øvrig. Analysene til Rø og Engebretsen (2021) i denne rapporten, får tydelig fram at selv små forskjeller i smitteraten i en gruppe kan bidra til store økninger i andelen i gruppen som blir smittet.

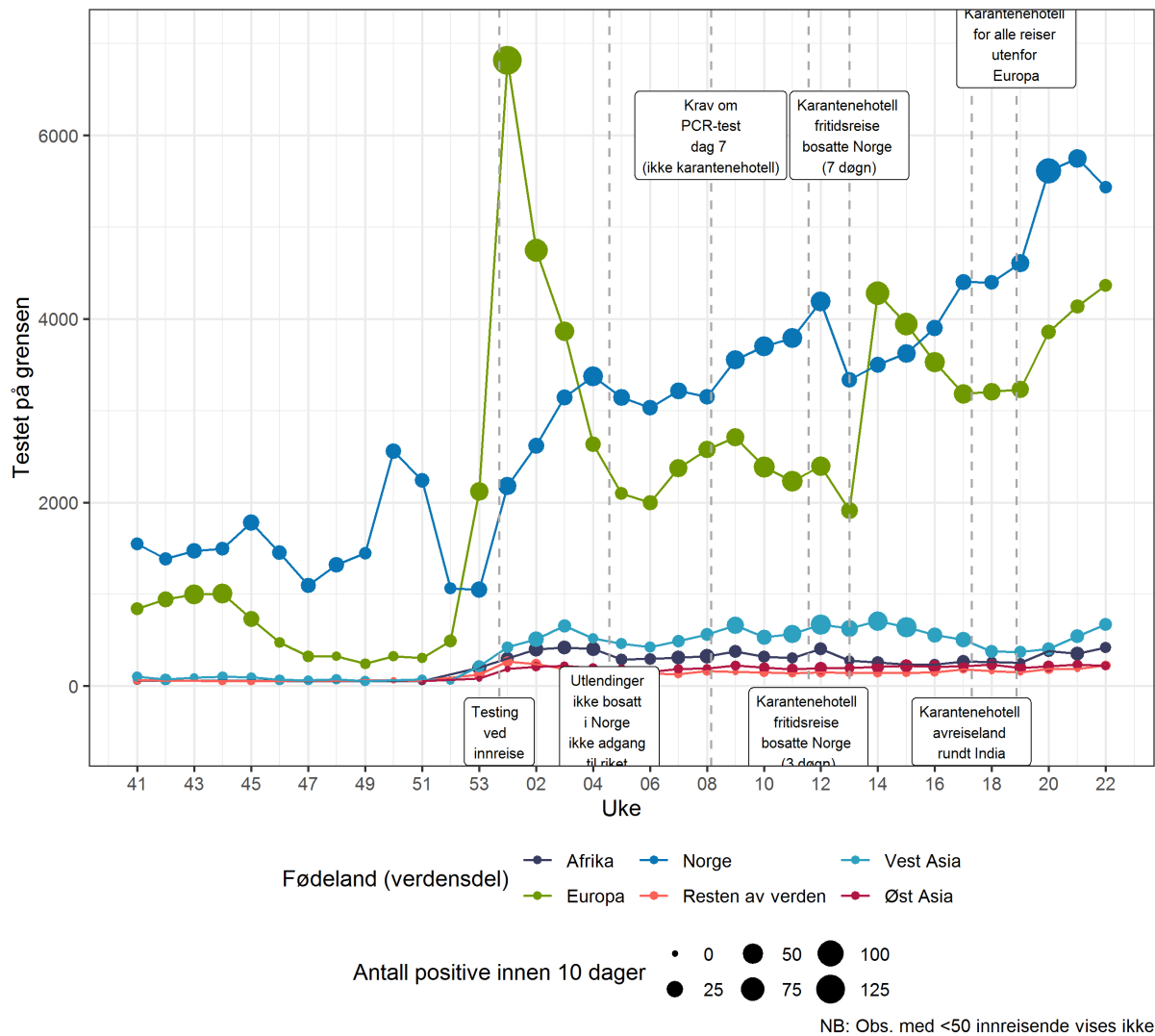
Ytterligere analyser vil være viktig for å få en bedre forståelse av årsakene til reiser inn og ut av landet under pandemier, og hvor viktig slik reisevirksomhet er for smitte i ulike grupper. Vi planlegger å foreta en analyse på nye utbrudd i kommuner etter utenlandsreise, da kan vi også se på andelen nye tilfeller etter innvandrerbakgrunn.

Hvordan sitere dette kapittelet:

Elgersma IH, Telle K, Eide H, Fevåg J, Indseth T, Kristoffersen AB (2021). Kapittel 12: Innreisetiltak og innreise etter landbakgrunn, i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Vedlegg kapittel 12

Vedleggsfigur 1: Antall testet på grensen etter fødeland. Kun personer med gyldig identifikasjonsnummer.



Vedleggstabell 1: Innreisende etter fødeland f.o.m. 12. mai 2021 t.o.m. 9. juni 2021 som andel av alle reisende, og fødelandets andel av hele befolkningen

Fødeland	Reist	Bosatte	Andel av de reisende	Andel av de bosatte	Overrepresentasjon
Afghanistan	138	16993	0,40 %	0,31 %	1,29
BA-XK-HR-ME-RS-SI*	563	38802	1,65 %	0,72 %	2,30
Brasil	62	6917	0,18 %	0,13 %	1,42
Bulgaria	166	7356	0,49 %	0,14 %	3,58
Danmark	524	23979	1,54 %	0,44 %	3,46
Eritrea	62	22500	0,18 %	0,42 %	0,44
Estland	127	4513	0,37 %	0,08 %	4,46
Etiopia	86	10620	0,25 %	0,20 %	1,28
Finland	181	7101	0,53 %	0,13 %	4,04
Frankrike	118	7221	0,35 %	0,13 %	2,59
Hellas	55	3869	0,16 %	0,07 %	2,25
India	201	16072	0,59 %	0,30 %	1,98
Irak	300	22692	0,88 %	0,42 %	2,10
Iran	175	18829	0,51 %	0,35 %	1,47
Island	103	7362	0,30 %	0,14 %	2,22
Italia	109	5561	0,32 %	0,10 %	3,11
Kina	59	12422	0,17 %	0,23 %	0,75
Latvia	252	11276	0,74 %	0,21 %	3,54
Litauen	801	40803	2,35 %	0,76 %	3,11
Nederland	130	9261	0,38 %	0,17 %	2,23
Norge	18223	4215218	53,47 %	78,02 %	0,69
Pakistan	176	21724	0,52 %	0,40 %	1,28
Polen	4571	102110	13,41 %	1,89 %	7,10
Portugal	84	3899	0,25 %	0,07 %	3,42
Romania	424	15452	1,24 %	0,29 %	4,35
Rusland	325	18366	0,95 %	0,34 %	2,81
Slovakia	85	3592	0,25 %	0,07 %	3,75
Somalia	301	27540	0,88 %	0,51 %	1,73
Spania	167	8116	0,49 %	0,15 %	3,26
Storbritannia	201	20782	0,59 %	0,38 %	1,53
Sverige	1685	47554	4,94 %	0,88 %	5,62
Syria	99	33311	0,29 %	0,62 %	0,47
Thailand	94	23496	0,28 %	0,43 %	0,63
Tsjekkia	52	1930	0,15 %	0,04 %	4,27
Tyrkia	110	13515	0,32 %	0,25 %	1,29
Tyskland	432	28454	1,27 %	0,53 %	2,41
Ukraina	113	6363	0,33 %	0,12 %	2,82
Ungarn	75	4313	0,22 %	0,08 %	2,76
USA	225	19438	0,66 %	0,36 %	1,84
Ukjent fødeland	1126	315202	3,30 %	5,83 %	0,57
Andre fødeland	1299	178363	3,81 %	3,30 %	1,15

Note: Kun personer med gyldig fødselsnummer som er registrert som bosatt i Norge per 10. juni 2021 er tatt med. Kun fødeland med mer enn 50 reisende og mer enn 1000 bosatte i Norge vises i tabellen. Kun personer som har registrert sin reise i IRRS med gyldig fødselsnummer vil være registrert som reist.

Etter disse ekskluderingsene var totalt antall bosatte med gyldig fødselsnummer 5 402 887. Totalt antall av disse som er innreisende i perioden var 34 079. Målet på overrepresentasjon er beregnet ved å dividere andelen av de reisende med andelen av de bosatte for hvert land.

* BA-XK-HR-ME-RS-SI BA-XR-HR-ME-RS-SI er en sammenslåing av Bosnia-Hercegovina, Kosovo, Kroatia, Montenegro, Serbia, 'føderasjonen Serbia og Montenegro' og Slovenia

Kapittel 13

Hvor stor forskjell må forklares? Matematisk modellering av effekten av ulikheter i smitterate og import hos ulike befolkningsgrupper

Av Gunnar Rø, Folkehelseinstituttet og Solveig Engebretsen, Norsk Regnesentral

Dette er en bearbejdet og oppdatert versjon av tekst som tidligere har vært publisert i delrapport 1

Under covid-19 pandemien i Norge har andelen smittede blant innvandrere vært høyere enn i resten av befolkningen og mange ulike årsaker til dette har vært diskutert (Elgersma et al. 2021a, Indseth et al. 2021d). Et viktig spørsmål er hvor stor forskjell mellom innvandrere og resten av befolkningen som skal til, for å forklare den observerte 5-10 ganger høyere andelen smittede i innvandrergруппene. Siden covid-19 er en smittsom sykdom, er det viktig å bruke metoder som tar høyde for det faktum at risiko for å bli smittet er avhengig av kontaktnettverk og hvor stor risiko det er for at kontaktene blir smittet. Matematisk modellering av smittsomme sykdommer har blitt utviklet til å beskrive dette (Rohani og Keeling 2008, Kristiansen et al. 2020).

I dette kapittelet setter vi opp en forenklet teoretisk modell for en covid-19-lignende sykdom med to befolkningsgrupper. Målet er ikke å beskrive covid-19 pandemien i Norge, men å illustrere hvordan ulikheter i smitterate og importrate kan gi utslag i andel smittede. Den viktigste parameteren for å forstå ulikhetene mellom gruppene er kontaktstrukturen, som vi antar at er assortativ. Assortativ kontaktstruktur betyr at man har flest kontakter innad i egen gruppe og færre kontakter med den andre gruppen. Før pandemien hadde innvandrere mest kontakt med andre innvandrere (Barstad et al. 2020) og det er sannsynlig at med strenge smittevernregler har denne tendensen blitt forsterket.

Det er viktig å påpeke at denne modelleringen kun er en sannsynliggjøring av mulige forklaringer og må ikke tolkes som empirisk grunnlag for disse forklaringene.

Modell

Vi har utviklet en enkel SIR («susceptible-infectious-recovered»)-modell (Keeling og Rohani 2008) der det er to grupper, som vi har latt bestå av 165 000 personer i det vi her betegner som «innvandrergруппen» og 530 000 personer i «resten av befolkningen». Innvandrergруппen tilsvarer da om lag antall innvandrere og barn av innvandrere i Oslo med bakgrunn utenfor Europa, Nord-Amerika og Oseania (Oslo Kommune 2021b). Dette er en grov forenkling av virkeligheten, da begge disse gruppene i realiteten består av mange mindre grupper som ikke vil mikse tilfeldig med hverandre. Modellen følger så utviklingen av en covid-19 lik sykdom til 5 % av den totale befolkningen har blitt smittet for å se forskjellen på andelen smittede i de to gruppene.

Vi vurderer to ulike forskjeller mellom gruppene.

1. Relativ forskjell i smitterate (β) mellom de to gruppene. Dette kan skyldes ulikt antall kontakter, ulik sannsynlighet for smitte ved kontakt, eller ulik tid/andel i isolasjon eller karantene.
2. Relativ forskjell i importsmitte mellom de to gruppene.

For å studere dette, la S_I og S_N være henholdsvis antallet mottakelige i innvandrerguppen (I) og i resten av befolkningen (N), og la I_I og I_N være antallet smittsomme personer i de to gruppene. I tillegg tillater vi at smitten fra en tredje gruppe (utlandet), er ulike i de to gruppene. Da vil følgende ligninger beskrive utviklingen over tid

$$\begin{aligned}
 S_N(t + \Delta t) &= S_N(t) - S_N(t)\Delta t\beta_N \left(\frac{C_{NN}I_N}{N_N} + \frac{C_{NI}I_I}{N_I} \right), \\
 S_I(t + \Delta t) &= S_I(t) - S_I(t)\Delta t\beta_I \left(\frac{C_{IN}I_N}{N_N} + \frac{C_{II}I_I}{N_I} \right), \\
 I_N(t + \Delta t) &= I_N(t) - I_N(t)\gamma\Delta t + S_N(t)\Delta t\beta_N \left(\frac{C_{NN}I_N}{N_N} + \frac{C_{NI}I_I}{N_I} \right) + IMP_N N_N \Delta t, \\
 I_I(t + \Delta t) &= I_I(t) - I_I(t)\gamma + S_I(t)\Delta t\beta_I \left(\frac{C_{IN}I_N}{N_N} + \frac{C_{II}I_I}{N_I} \right) + IMP_I N_I \Delta t,
 \end{aligned}$$

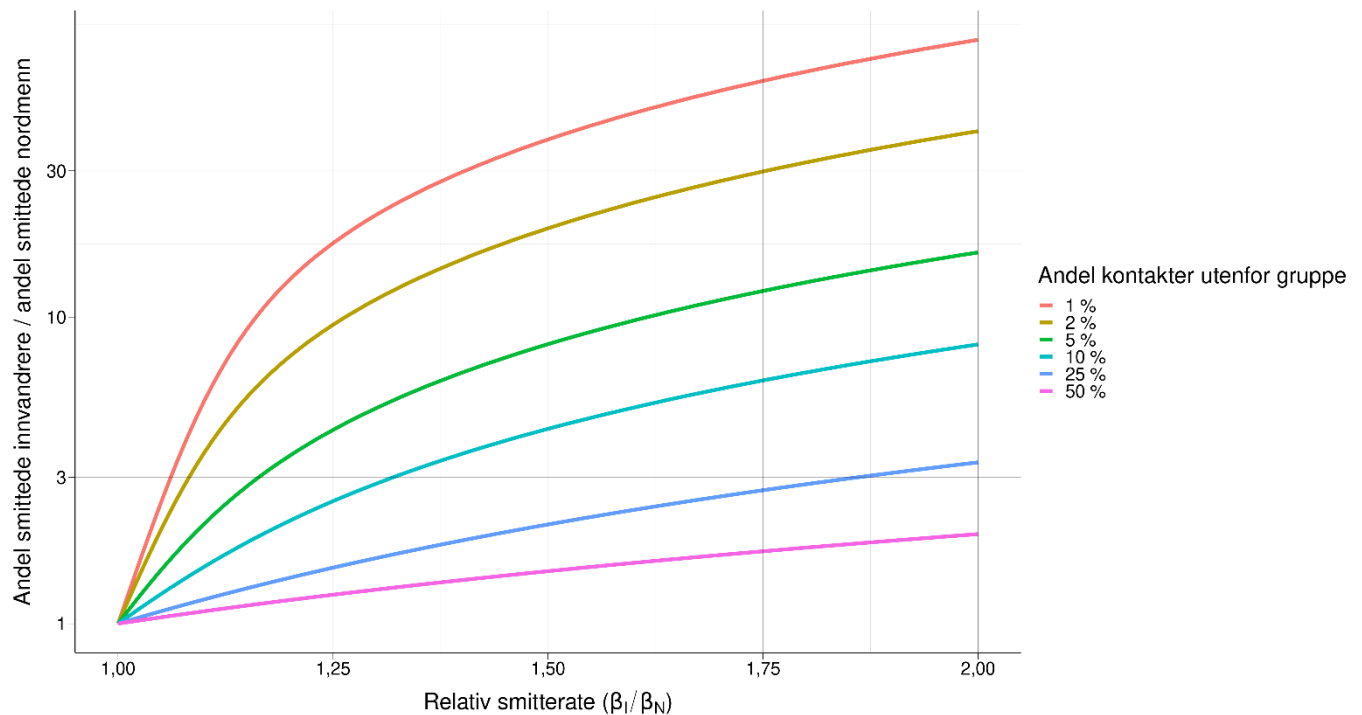
Hvor C_{ij} er andelen kontakter mellom gruppe i og j , $1/\gamma$ er varigheten av smittsom periode og IMP_i er andelen av befolkningen i gruppe i og j som er smittsomme fordi de er smittet i utlandet ("importsmitte"). Det basale reproduksjonstallet, R , estimeres via «Next-Generation-Matrix» metoden og vi setter smitteratene β_I og β_N slik at vi får $R=1,3$ med et spesifisert forhold mellom smitteratene i de to gruppene. Reproduksjonstallet er definert som gjennomsnittlig antall sekundære tilfeller fra et primært tilfelle når hele befolkningen er mottakelig. Resultater for andre R -verdier ble også undersøkt. Vi undersøker separat effekten av å endre forholdet mellom smitteratene i de to gruppene og å endre forholdet mellom IMP_N og IMP_I , det vil si forholdet mellom importratene i de to gruppene. For import setter vi base-raten til 0,0025 %, det vil si at hver dag importeres 0,0025 % av gruppen som smittsomme individer, dette korresponderer til 15-20 importtilfeller per dag i de to gruppene samlet.

Den viktigste faktoren som avgjør størrelsen på forskjellene mellom andelen smittede i hver gruppe, er andelen av kontakter som er innad i gruppen og andelen som er mellom gruppene som i modellen kontrolleres av C_{ij} . Vi bruker en symmetrisk, normalisert matrise slik at vi kan spesifisere hvor stor andel av kontaktene som er utenfor gruppen og hvor stor andel som er innenfor. Merk at andelen kontakter utenfor gruppen er av totale kontakter og tar ikke hensyn til at befolkningsstørrelsen ikke er lik i de to gruppene. Et eksempel på en kontaktmatrise kan være $C_{NN} = C_{II} = 2/3$ og $C_{IN} = C_{NI} = 1/3$, som er en kontaktmatrise hvor hver person antas å ha dobbelt så mange kontakter innad i egen gruppe som utenfor.

Resultater:

I figur 1 viser vi andelen smittede i innvandrerguppen delt på andelen smittede i resten av befolkningen når vi endrer den relative smitteraten (β_I/β_N) mellom de to gruppene, og i figur 2 viser vi effekten av relativ forskjell i importsmitte.

Figur 1: Risk ratio mellom andelen smittede i innvandrerguppen og resten av befolkningen for ulike verdier den relative smitteraten (β_I/β_N) i de to gruppene og av andelen kontakter utenfor egen gruppe.



For å kunne få en 10-ganger så stor andel smittede i innvandrerguppen i denne forenklete modellen, er det nødvendig at andelen kontakter utenfor gruppen er liten, men hvis den er det så kan en 25 %-75 % økning i smitterate (β_I) forklare en 10-ganger-forskjell i andelen smittede (det vil si 1000 % høyere andel smittede). Smitteraten, β , er gitt ved antall kontakter per tid og sannsynligheten for smitte per kontakt. Så en 25 % økning i smitterate kan indikere for eksempel 25 % flere kontakter, 25 % høyere sannsynlighet for smitte ved kontakt, for eksempel ved å ha litt flere kontakter, noe kortere distanse, høyere eksponeringsrisiko gjennom yrke eller andre faktorer. Ved bruk av modellering har Kretzschmar 2020 vist at en ekstra dag forsinkelse i testing eller kontaktsporing kan øke smitteratene med ca. 25 % i noen scenarioer.

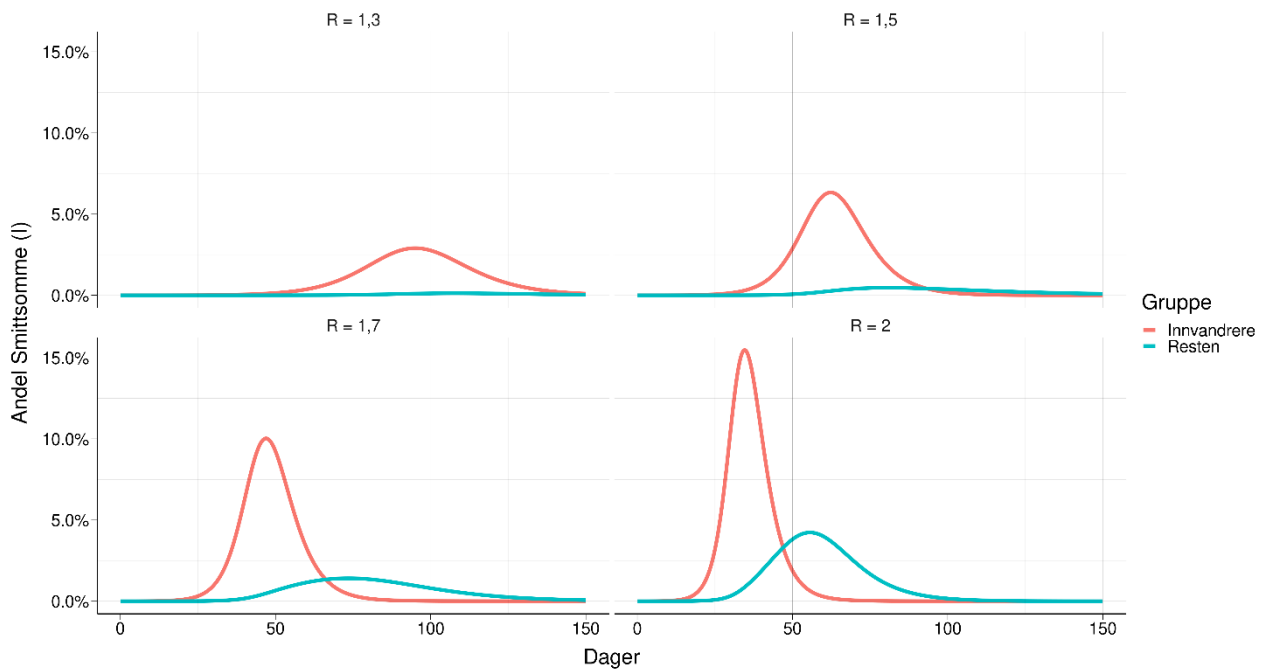
Som en sensitivitetsanalyse endret vi reproduksjonstallet. For et høyere reproduksjonstall trenger man noe høyere relativ smitterate for å oppnå 10 ganger høyere andel smitte når andelen kontakter utenfor gruppen er lav. Den nødvendige forskjellen i smitterate ved høyere andel kontakter utenfor gruppen endrer seg lite når reproduksjonstallet øker.

I figur 2 ser vi andelen smittsomme i de to gruppene over tid med ulike verdier av R og en relativ smitterate på 1.5. For $R=1.3$ og $R=1.5$ er smitteraten så lav i resten av befolkningen at det ikke blir noe selvstendig utbrudd der, men det blir noen tilfeller på grunn av kontakt med det større utbruddet i innvandrerguppen. Dette gir den veldig store forskjellen mellom de to gruppene. Når R er 1.7 eller 2, så får vi et selvstendig utbrudd i begge gruppene, men utbruddet i innvandrerguppen

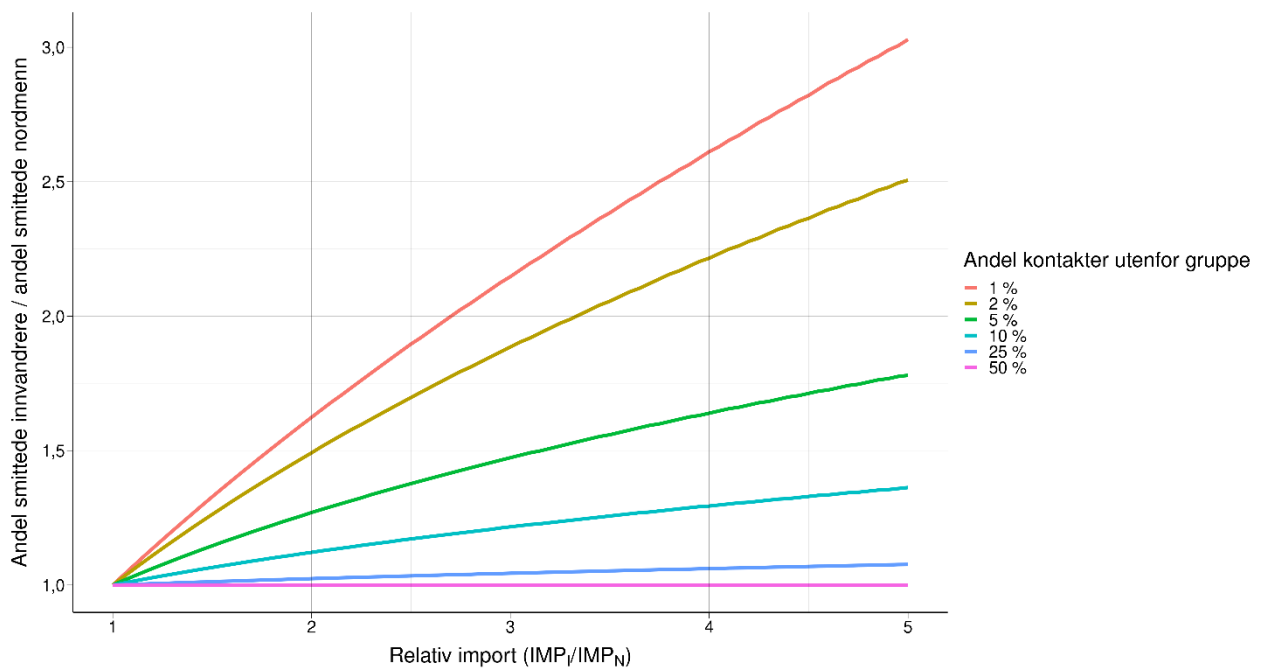
er større og kommer raskere. Siden vi har valgt å studere andelen smittet når totalt 5 % av befolkningen har blitt smittet, får vi store forskjeller også i disse scenarioene

Effekten av relativ forskjell i antall importtilfeller er mindre enn forskjellene vi får med høyere smitterate (figur 3), men kan også bidra til at det blir en forskjell mellom de to gruppene. For å forklare 10 ganger høyere andel smittede bare ved økt import, må vi ha ca. 20 ganger flere importtilfeller når 1% av kontaktene er utenfor gruppen.

Figur 2: Andel smittede over tid for ulike verdier av R med 1% av kontaktene utenfor en gruppe og relativ smitterate på 1.5.



Figur 3: Risk ratio mellom andelen smittede i innvandrerguppen og resten av befolkningen for ulike verdier av den relative størrelsen av relativimport (IMP_I/IMP_N) i de to gruppene, når andelen kontakter utenfor gruppen varierer.



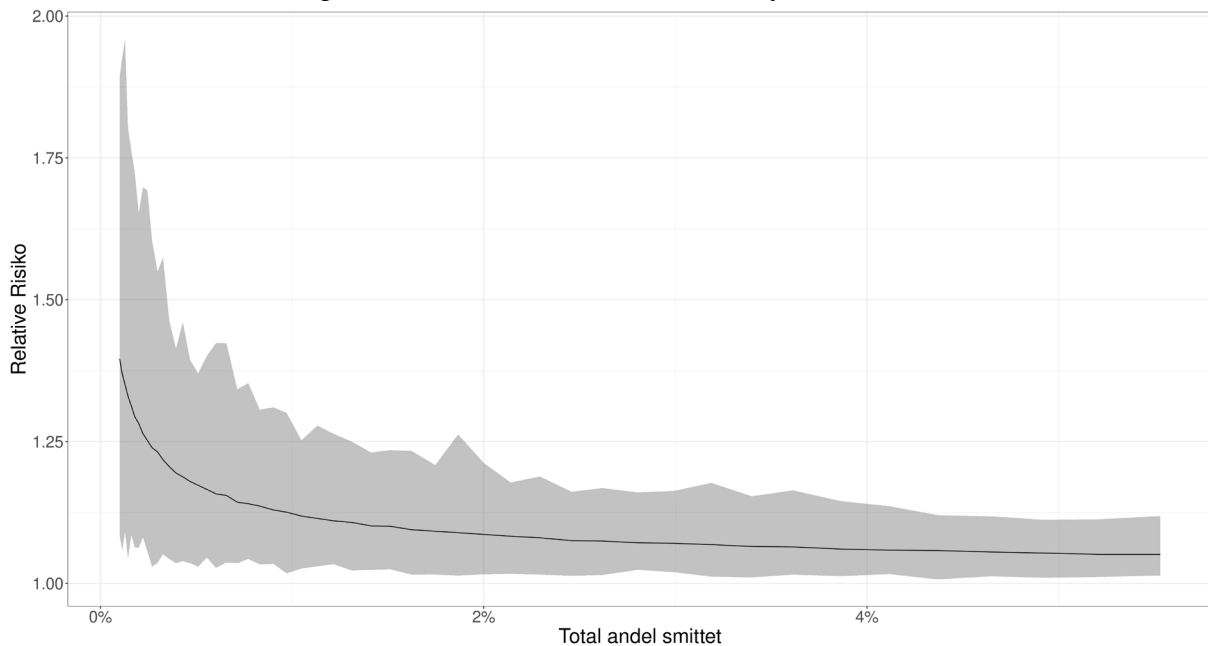
Begrensinger

- Smitte i husholdninger og effekten av husholdningsstørrelse
- Geografiske forskjeller i smitte
- At det ikke er tilfeldig miksing hos alle innvandrere og for alle i resten av befolkningen
- Aldersfordeling og risikogrupper

Tilfeldigheter i transmisjonsmodeller

Når man modellerer smittsomme sykdommer, kan det i mange tilfeller være viktig å ta hensyn til tilfeldigheter (Keeling og Rohani 2008). For å illustrere dette har vi brukt en stokastisk versjon av modellen beskrevet over. I denne modellen simulerer vi en situasjon lik Norge der befolkningen er delt inn i grupper basert på landbakgrunn slik det fremkommer i kapittel 2. Vi undersøker scenarioet der alle gruppene har samme smitterisiko. Vi simulerer med samme andel import i hver gruppe, det vil si at antall importtilfeller er proporsjonalt med gruppestørrelsen. Merk at hvilken gruppe som har høyest andel smittede varierer med simuleringene. I Figur 4 viser vi relativ risiko for smitte i gruppen med høyest andel smittede sammenlignet med norskfødte for ulik total andel av befolkningen smittet. Vi bruker $R=1,3$ og 20 import tilfeller per dag.

Figur 4: Relativ risiko for smitte i gruppen med høyest andel smittede sammenlignet med norskfødte når totalt antall smittede varierer. Det grå feltet viser hele den stokastiske variasjonen.



Generelt er stokastiske effekter viktigere når antall smittsomme personer er lavt, men det er viktig at den dynamiske feedback-effekten for smittsomme sykdommer gjør at små tilfeldigheter kan gi relativt store effekter selv på populasjonsnivå. Dette gjør at tradisjonelle estimater av usikkerhet som standardavvik eller konfidensintervaller ofte gir et for optimistisk bilde av usikkerheten hvis man ikke tar de dynamiske faktorene med i beregningen.

Konklusjon

Ved hjelp av en enkel matematisk modell for smittespredning finner vi at hvis det er en høy grad av kontakter innad i en gruppe, så kan en 25 %-75 % økning i relativ smittsomhet forklare en 10-ganger høyere andel smittede. Relativ forskjell i antall importtilfeller kan også betydelig øke forskjellen mellom andelen smittede, men effekten er mindre enn effekten av ulik smitterate. Siden en smittsom sykdom gir en eksponentiell prosess, så kan små endringer i smitterate gi en stor endring i andelen som blir smittet. Dette gjør også at tilfeldigheter kan bli forsterket og hvis man tar hensyn til tilfeldigheter i modellen kan man finne opp til 1,5-2 ganger større andel smittede bare på grunn av tilfeldigheter selv om smitteratene er like.

Modellene sannsynliggjør at selv små forskjeller i utsatthet for mer smittsomme virusvarianter, smitterelatert atferd eller annet som gir økt eksponering, kan gi stor overrepresentasjon for en gitt gruppe dersom denne gruppen primært har kontakt innad og lite kontakt utad.

Hvordan sitere dette kapitlet:

Rø G, Engebretsen S (2021). Kapittel 13: Hvor stor forskjell må forklares? Matematisk modellering av effekten av ulikheter i smitterate og import hos ulike befolkningsgrupper i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Referanseliste

- Abaluck J, Kwong LH, Styczynski A, et al., (2021). [Normalizing Community Mask-Wearing: A Cluster Randomized Trial in Bangladesh](#). Working Paper Series: *National Bureau of Economic Research*, 2021.
- Anjalmoose S. & Arumugam M. (2018). [Impact on socio-cultural perspectives to the learning system of higher secondary level students](#). *Shanlax International Journal of Arts, Science and Humanities*.
- Baker, Andrew, David F Larcker, and Charles CY Wang. 2021. [How Much Should We Trust Staggered Difference-In-Differences Estimates?](#) Available at SSRN 3794018
- Barstad A, Molstad CS, (2020). [Integrering av innvandrere i Norge](#). Rapport 2020. *Statistisk Sentralbyrå*. Lest 27.05.2021.
- Barstad A. (2019). [Er religiøse innvandrere mindre integrert?](#) SSB Analyse 2019/22.
- Bennett, T. (2015). [Cultural Studies and the Culture Concept](#). *Cultural Studies*, 29:4, 546-568.
- Betsch C, Korn L, Sprengholz P, et al, (2020). [Social and behavioral consequences of mask policies during the COVID-19 pandemic](#). *Proc Natl Acad Sci U S A* 2020;117(36):21851-53
- Bhopal, R. S. (2014). [Migration, ethnicity, race, and health in multicultural societies](#). *Oxford University Press*.
- Brady, H. E., (2009). [Causation and Explanation in Social Science](#). In: The Box-Steffensmeier, J. M., Brady, H. E., and Collier D. (eds.), *Oxford Handbook of Political Methodology*.
- Brekke JP, (2021a). Kapittel 8: Årsaker til forskjeller i korona-smitte i tre innvandrer miljøer, i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Brekke, J.-P., (2021b). [Informing hard-to-reach immigrant groups about COVID-19—Reaching the Somali population in Oslo](#). *Journal of Refugee Studies*, 2021;, feab053
- Brzezinski, Adam, Guido Deiana, Valentin Kecht, and David Van Dijke, (2020). [The Covid-19 Pandemic: Government vs. Community Action across the United States](#). *Covid Economics: Vetted and Real-Time Papers* 7: 115–156.
- Cao, Y., Li, L., Feng, Z., Wan, S., Huang, P., Sun, X., Wen, F., Huang, X., Ning, G., & Wang, W. (2020). [Comparative genetic analysis of the novel coronavirus \(2019-nCoV/SARS-CoV-2\) receptor ACE2 in different populations](#). *Cell Discovery*, 6(1), 11.
- Capraro V, Barcelo H, (2021). [Telling people to "rely on their reasoning" increases intentions to wear a face covering to slow down COVID-19 transmission](#). *Appl Cogn Psychol* 2021 [published Online First: 2021/04/07].
- Carling, J., Pettersen, S.V. (2015). [Tilknytningsmarkisen: integrering og transnasjonalisme blant innvandrere. Resultater fra prosjektet "Possibilities and realities of return migration"](#). PRIO Policy Brief, 8. Oslo: PRIO
- Carranza, Aldo, Marcel Goic, Eduardo Lara, Marcelo Olivares, Gabriel Y Weintraub, Julio Covarrubia, Cristian Escobedo, Natalia Jara, and Leonardo J Basso, (2020). [The Social Divide of Social Distancing: Lockdowns in Santiago during the Covid-19 Pandemic](#). Available at SSRN 3691373
- Cengiz, Doruk, Arindrajit Dube, Attila Lindner, and Ben Zipperer, (2019). [The Effect of Minimum Wages on Low-Wage Jobs](#). *The Quarterly Journal of Economics* 134 (3): 1405–1454.
- Chapman, S. J., & Hill, A. V. (2012). [Human genetic susceptibility to infectious disease](#). *Nat Rev Genet*, 13(3), 175-188.
- Chen, M Keith, Yilin Zhuo, Malena de la Fuente, Ryne Rohla, and Elisa F Long, (2020). [Causal Estimation of Stay-at-Home Orders on Sars-Cov-2 Transmission](#). *ArXiv Preprint ArXiv:2005.05469*
- Creswell J., (2013). [Qualitative Inquiry & Research Design Choosing Among Five Approaches. 3rd edition](#). University of Nebraska, Lincoln. *SAGE Publication*.

- Dave, Dhaval, Andrew I Friedson, Kyutaro Matsuzawa, and Joseph J Sabia, (2021). [When Do Shelter-in-Place Orders Fight COVID-19 Best? Policy Heterogeneity across States and Adoption Time](#). *Economic Inquiry* 59 (1): 29–52.
- de Haas M, Faber R, Hamersma M. (2020). [How COVID-19 and the Dutch 'intelligent lockdown' change activities, work and travel behaviour: Evidence from longitudinal data in the Netherlands](#). *Transportation Research Interdisciplinary Perspectives*, Volume 6, 2020. 100150, ISSN 2590-1982
- Di Maria, E., Latini, A., Borgiani, P., & Novelli, G. (2020). [Genetic variants of the human host influencing the coronavirus-associated phenotypes \(SARS, MERS and COVID-19\): rapid systematic review and field synopsis](#). *Hum Genomics*, 14(1), 30.
- Downes, D. J., Cross, A. R., Hua, P., Roberts, N., Schwessinger, R., Cutler, A. J., Munis, A. M., Brown, J., Mielczarek, O., de Andrea, C. E., Melero, I., Gill, D. R., Hyde, S. C., Knight, J. C., Todd, J. A., Sansom, S. N., Issa, F., Davies, J. O. J., Hughes, J. R., & Consortium, C. O.-M.-o. B. A. (2021). [Identification of LZTFL1 as a candidate effector gene at a COVID-19 risk locus](#). *Nature Genetics*, 53(11), 1606-1615.
- Drefahl, S., Wallace, M., Mussino, E. et al., (2020). [A population-based cohort study of socio-demographic risk factors for COVID-19 deaths in Sweden](#). *Nat Commun* 11, 5097 (2020).
- Elgersma I, Indseth T, Strand BH, Telle K, Hernæs K, Arnesen T (2021a). Kapittel 2: Covid-19: Påvist smitte, innleggelse, død, testing og reiseaktivitet blant innvandrere i Norge, perioden fra februar 2020 til mai 2021, i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Elgersma I.H., Telle K, Eide H, Fevåg J, Indseth T, Kristoffersen A.B (2021b). Kapittel 12: Innreisetiltak og innreise etter landbakgrunn, i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Elhabyan, A., Elyaacoub, S., Sanad, E., Abukhadra, A., Elhabyan, A., & Dinu, V. (2020). [The role of host genetics in susceptibility to severe viral infections in humans and insights into host genetics of severe COVID-19: A systematic review](#). *Virus Res*, 289, 198163
- Ellinghaus, D. et al (Severe Covid-19 GWAS Group) (2020). [Genomewide Association Study of Severe Covid-19 with Respiratory Failure](#). *New England Journal of Medicine*, 383(16), 1522-1534.
- Etowa, J., Hyman, I., Dabone, C., Mbagwu, I., Ghose, B., Sano, Y., ... & Mohamoud, H. (2021). [Strengthening the collection and use of disaggregated data to understand and monitor the risk and burden of COVID-19 among racialized populations](#). *Canadian studies in population*, 1-16.
- Ezzati RT, Hussaini L (2021). Kapittel 6: Erfaringer fra felt: Oslo kommune og utvalgte bydeler, i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Ezzati RT, (2021). Kapittel 7: Erfaringer fra felt: smittesporerne, i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- FHI (2020a). [Beredskapsregisteret for covid-19. FHIs nettsider 2020](#).
- FHI (2020b). [COVID-19 dagsrapport 1. april 2020](#). FHI-rapport 2020.
- FHI (2020c). [COVID-19 Risikovurdering uke 45. FHI-rapport 2020](#).
- FHI (2020d). [COVID-19 Ukesrapport uke 18, 5. mai 2020](#). FHI-rapport 2020.
- FHI (2021a). [Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19](#), FHIs nettsider, lastet ned 20.10.2021.
- FHI (2021b). [COVID-19 Ukesrapport uke 53, 6. Januar 2021. FHI-rapport 2021](#).
- FHI (2021c). [Notat: Koronavaksinasjon og fødeland, 05.05.2021. FHI 2021](#).
- FHI (2021d). [Råd og informasjon til risikogrupper og pårørende. FHIs nettsider 2021](#).
- Folkehelseinstituttet (2020a). [Folkehelseinstituttets foreløpige anbefalinger om vaksinasjon mot covid-19 og om prioritering av covid-19-vaksiner, versjon 2](#). Rapport 2020.

- Folkehelseinstituttet (2020b). Notat: Forslag til tiltak for å øke testgraden i utsatte bydeler i Oslo. Brev til Oslo kommune 13.11.2020. FHI-arkiv 2020.
- Folkehelseinstituttet (2021a). [Covid-19-epidemien: Risikovurderinger. FHIs nettsider 2021.](#)
- Folkehelseinstituttet (2021b). [Ukerapporter om koronavirus og covid-19](#) (Bekreftet smitte, Innleggelse, testing, reiseaktivitet, andel vaksinerte). FHIs nettsider 2021.
- Folkehelseinstituttet (2021c). Notat-serier: Ukentlig statistikk til Oslo kommune over testaktivitet, innleggelse og vaksinasjonsdekning etter fødeland, alder og bydeler. FHI-arkiv 2021.
- Folkehelseinstituttet (2021d). [Notat: Statistikk for Covid-19 etter fødeland, meldte tilfeller og innleggelse, svar på spørsmål fra Stortinget nr. 1646.](#) COVID-19 Spørsmål fra HOD 17 Mars 2021.
- Folkehelseinstituttet (2021e). [Notat: Statistikk for Covid-19 etter fødeland, meldte tilfeller og innleggelse, svar på spørsmål fra Stortinget 982 og 984.](#) COVID-19 Spørsmål fra HOD 22 januar 2021.
- Franklin MD, Schlundt DG, McClellan LH, Kinebrew T, Sheats J, Belue R, Brown A, Smikes D, Patel K, Hargreaves M. (2007). [Religious fatalism and its association with health behaviors and outcomes.](#) *Am J Health Behav.* Nov-Dec;31(6):563-72
- Fretheim A, Elgersma I, Vinjerui K, Flatø M, Indseth T (2021a). Kapittel 10: Virkningene av tiltak rettet mot innvandrere, i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Fretheim, A, Elgersma IH, Kristiansen FA, Varmbo CR, Olsbø MKS, Glover IHS, Flatø M. (2021b). [The Effectiveness of Free Face Mask Distribution on Use of Face Masks. A Cluster Randomised Trial in Stovner District of Oslo, Norway.](#) *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, no. 17: 8971
- Fretheim, A. (2021c). [COVID-19: underpowered randomised trials, or no randomised trials?.](#) *Trials* 22, 234 (2021).
- Fricke-Galindo, I., & Falfán-Valencia, R. (2021). [Genetics Insight for COVID-19 Susceptibility and Severity: A Review.](#) *Front Immunol*, 12, 622176
- Gerring, J. (2005). [Causation: A Unified Framework for the Social Sciences.](#) *Journal of Theoretical Politics*, 17(2), 163–198
- Godøy A, Grøtting MW, Hernæs K (2021). Kapittel 11: Implementering og effekter av lokale tiltak: forskjeller etter fødeland, i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Goolsbee, Austan, and Chad Syverson. (2021). [Fear, Lockdown, and Diversion: Comparing Drivers of Pandemic Economic Decline 2020.](#) *Journal of Public Economics* 193: 104311.
- Goolsbee, Austan, Nicole Bei Luo, Roxanne Nesbitt, and Chad Syverson. (2020). [Covid-19 Lockdown Policies at the State and Local Level.](#) *University of Chicago, Becker Friedman Institute for Economics Working Paper*, no. 2020–116.
- Guthu, L, Holm, S. (2010). [Digitale ferdigheter blant innvandrere og deres norskfødte barn, Mange innvandrere digitalt ekskludert.](#) *Samfunnsspeilet*, SSB, 2010.
- Hasås, T. (2021). [Norge i Svart, hvitt og grått: Arbeidslivskriminalitet i Norge.](#) *Gyldendal.*
- Hayes J, & Clerk L. (2021). [Fatalism in the Early Days of the COVID-19 Pandemic: Implications for Mitigation and Mental Health](#) [Original Research]. *Frontiers in Psychology*, 12(2331).
- Hedström, P. (2005). [Dissecting the Social. On the Principles of Analytical Sociology.](#) Cambridge: Cambridge University Press.
- Helsedirektoratet (2018). [Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen.](#) Helsedirektoratet (IS-2810).
- Helsedirektoratet (2020). [Operasjonalisering av testing, isolering, smittesporing og karantene \(TISK\) ved covid-19 i kommunene.](#) Brev til landets kommuner 03.07.2020.

- Helsedirektoratet, FHI og IMDi (2020). [Likeverdig tilgang til helsehjelp og bruk av tolketjenester i helse- og omsorgstjenestene under pandemien](#). Brev til landets kommuner 07.12.2020.
- Himmels, J. P. W., Borge, T. C., Brurberg, K. G., Gravningen, K. M., Feruglio, S. L., & Berild, J. D. (2020). [COVID-19 and risk factors for hospital admission, severe disease and death—a rapid review, 3rd update](#). [Covid-19 og risikofaktorer for sykehusinnleggelse, alvorlig sykdom og død - en hurtigoversikt, tredje oppdatering. Hurtigoversikt 2020] Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2020.
- Hussaini L, Bjørnbæk M, Fretheim A, Indseth T (2021). Kapittel 5: Erfaringer fra felt: utvalgte kommuner, i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- IMDi (2020), [Forslag til tiltak for å redusere Covid-19-smitte blant innvandrere](#). Rapport fra ekspertgruppe. 4. desember 2020. Oslo
- Indseth T, Calero, JC, Diaz E, Løland KK, Godøy A (2021a). [Covid-19 i Bergen etter fødeland: Personer testet, bekreftet smittet og relaterte innleggelser](#), Rapport 2021. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021
- Indseth T, Elgersma IH, Strand BH, Telle K, Labberton AS, Arnesen T, Nygård KM, Godøy A (2021b). [Covid-19 blant personer født utenfor Norge, justert for yrke, trangboddhet, medisinsk risikogruppe, utdanning og inntekt](#). Rapport 2021. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021.
- Indseth T, Godøy A, Kjøllesdal M, Arnesen T, Carelo, CJ, Vinjerui KH, Elgersma IH, Telle K (2021c). [Covid-19 etter fødeland fra mars 2020 til februar](#) FHI-rapport 2021.
- Indseth T, Kjøllesdal MK, Calero CJ, Nygård KM, Godøy A (2020a). [Covid-19 i Oslo etter fødeland: Personer testet, bekreftet smittet og relaterte innleggelser](#). Rapport 2020. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020.
- Indseth T, Telle K, Labberton A, Kjøllesdal M, Ezzati RT, Gele A, Sheikh N, Methi F, Harris JR, Arnesen T (2021d). Kapittel 3: Mulige forklaringer på overrepresentasjon i påvist smitte og innleggelser, i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Indseth T. (red.) (2021). Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Indseth, T Nygård, K. M., & Godøy, A. A. (2021e). [Covid-19 blant norskfødte med utenlandsfødte foreldre: Personer testet, bekreftet smittet og relaterte innleggelser](#). FHI-Rapport 2021.
- Indseth, T., Godøy, A., Kjøllesdal, M., Arnesen, T., Jacobsen, C., Grøslund, M., & Telle, K. (2020b). [Covid-19 etter fødeland: Personer testet, bekreftet smittet og relaterte innleggelser og dødsfall](#). FHI-Rapport 2020.
- Indseth, T., Grøslund, M., Arnesen, T., Skyrud, K., Kløvstad, H., Lamprini, V., Telle, K. & Kjøllesdal, M. (2021f). [COVID-19 among immigrants in Norway, notified infections, related hospitalizations and associated mortality: A register-based study](#). *Scandinavian journal of public health*, 2021; 49: 48–56
- Initiative, T. C.-H. G., & Ganna, A. (2021). [Mapping the human genetic architecture of COVID-19 by worldwide meta-analysis](#). *medRxiv* 2021.03.10.21252820
- Kagge G. Aas O. Christiansen T. (2021). [Folk sliter med å forstå smitteverntiltak: – Det er mange og detaljerte regler, og de skifter fort](#). *Aftenposten*.
- Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H., & Mutha, S. (2007). [Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature](#). *Health services research*, 42(2), 727–754.
- Keeling MJ, Rohani P. (2008) [Modeling Infectious Diseases in Humans and Animals](#). Princeton, NJ: *Princeton University Press*, 2008.
- Kjøllesdal M, Skyrud K, Gele A, Arnesen T, Kløvstad H, Diaz E, Indseth T. (2021a) [The correlation between socioeconomic factors and COVID-19 among immigrants in Norway: a register-based study](#). *Scandinavian Journal of Public Health*.
- Kjøllesdal M. Magnusson K. (2021b). [Occupational risk of COVID-19 by country of birth. A register-based study](#). *Journal of Public Health*, 2021;, fdab362

- Kjøllestad MKR, Gerwing J, Indseth T. (2021c). [Proficiency in the Norwegian language and self-reported health among 12 immigrant groups in Norway: A cross-sectional study](#). *Scandinavian Journal of Public Health*.
- Kraft, K. B., Elgersma, I. H., Lyngstad, T. M., Elstrom, P., & Telle, K. E. (2021). [COVID-19 vaccination rates among health care workers by immigrant background. A nation-wide registry study from Norway](#). *MedRxiv* 2021.09.17.21263619.
- Kretzschmar, Mirjam E., Ganna Rozhnova, Martin C. J. Bootsma, Michiel van Boven, Janneke H. H. M. van de Wijgert, and Marc J. M. Bonten (2020). [Impact of Delays on Effectiveness of Contact Tracing Strategies for COVID-19: A Modelling Study](#). *The Lancet Public Health* 5, no. 8 (August 1, 2020): e452–59.
- Kristiansen IS, Burger EA, Freisleben De Blasio B (2020). [Covid-19: Simuleringsmodeller ved epidemier](#). *Tidsskrift Norske Legeforening*, 2020.
- Kumar, B. N., & Diaz, E. (Eds.). (2019). [Migrant health: a primary care perspective](#). *CRC Press*.
- Kunnskapsdepartementet (2020). [Rapport fra ekspertgruppe, Forslag til tiltak for å redusere Covid-19-smitte blant innvandrere](#). *Kunnskapsdepartementet rapport, 2020*.
- Kunnskapsdepartementet (2021). [Rapport fra ekspertgruppe. Innvandrerbefolkningen under koronapandemien. Smitte, vaksine og konsekvenser for integreringen](#). *Kunnskapsdepartementet rapport, 2020*.
- Labberton, A. S., Godoy, A. A., Elgersma, I. H., Strand, B. H., Telle, K., Arnesen, T. M., ... & Indseth, T. (2021). [SARS-CoV-2 infections and hospitalizations among immigrants in Norway: significance of occupation, household crowding, education, household income and medical risk. A nationwide register study](#). *medRxiv* 2021.05.04.21256575
- Lauvrak V, Juvet L. (2020). [Social and economic vulnerable groups during the COVID-19 pandemic, Rapid review 2020](#). Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2020.
- Le, C. og Hjelde, K.H. (2013). [Når er "litt norsk" for lite? En kvalitativ undersøkelse av tolkebruk i helsetjenesten](#). NAKMI rapport 2013:2.
- Le C, Finbråthen HS, Pettersen KS, Gutterud Ø (2021). [Helsekompetansen i fem utvalgte innvanderpopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam, Befolkningens helsekompetanse del 2](#). Helsedirektoratet rapport IS-2988.
- Lee, I.-H., Lee, J.-W., & Kong, S. W. (2020). [A survey of genetic variants in SARS-CoV-2 interacting domains of ACE2, TMPRSS2 and TLR3/7/8 across populations](#). *Infection, Genetics and Evolution*, 85, 104507.
- Løpv M. (2021). [fatalisme](#). *Store norske leksikon*.
- Madar, A. A., Benavente, P., Czapka, E., Herrero-Arias, R., Haj-Younes, J., Hasha, W. H. W., ... & Diaz, E. (2021). [COVID-19: access to information, level of trust and adherence to health advice among migrants in Norway](#). *Preprint Research Square*, 2021
- Magnus MC, Oakley L, Gjessing HK, Stephansson O, Engjom HM, Macsali F, Juliusson PB, Andersen AN, Håberg SE (2021). [Pregnancy and risk of COVID-19: a Norwegian registry-linkage study](#). *BJOG*. 2021 Oct 17.
- Majid, S (2021). [En rapport fra «episenteret»](#). Kommentar, VG 11. Mars 2021
- Mathur, R., Rentsch, C. T., Morton, C. E., Hulme, W. J., Schultze, A., MacKenna, B., ... & Collaborative, O. (2021). [Ethnic differences in SARS-CoV-2 infection and COVID-19-related hospitalisation, intensive care unit admission, and death in 17 million adults in England: an observational cohort study using the OpenSAFELY platform](#). *The Lancet*.
- Mérieau E. (2020). [Covid-19, authoritarianism vs. democracy: what the epidemic reveals about the orientalism of our categories of thought](#). *SciencesPo*, 2020.
- Methi, F., Hart, R. K., Godoy, A. A., Jorgensen, S. B., Kacelnik, O., & Telle, K. E. (2021). [Transmission of SARS-CoV-2 into and within immigrant households. Nation-wide registry-study from Norway](#). *medRxiv*.
- Midtbøen, A. (2019). [Etterkommere av innvandrere i Norge: Mobilitet, assimilering, diskriminering](#). Hovedfunn fra prosjektet: Pathways to Integration: The Second Generation in Education and Work in Norway. Institutt for samfunnsforskning. Report. ISBN (digital): 978-82-7763-642-9.

- Nilsen, T. S., Johansen, R., Aarø, L. E., Kjøllesdal, M. K. R., & Indseth, T. (2021). [Holdninger til vaksine, og etterlevelse av råd om sosial distansering og hygiene blant innvandrere i forbindelse med koronapandemien](#). FHI-rapport 2021.
- NOU 2014: 8 (2014). [Tolking i offentlig sektor – et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd](#). Til Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014.
- Næss A. (2019). [Trust, Cultural Health Capital, and Immigrants' Health Care Integration in Norway](#). *Sociology*. 53(2): 297–313.
- O'Mara-Eves, A., Brunton, G., Oliver, S. et al. (2015). [The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis](#). *BMC Public Health* 15, 129 (2015).
- Orderud I, Ruud M, Wiig H, Tronstad K. (2021). [Covid-19: informasjon, etterlevelse og vaksinasjon blant innvandrere – en kunnskapsoppsummering](#). NIBR rapport 2021:11 By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet.
- Ortiz-Fernández L, Sawalha AH. (2020). [Genetic variability in the expression of the SARS-CoV-2 host cell entry factors across populations](#). *Genes Immun* 21:269–72.
- Oslo kommune (2021a). [Koronatelefonen](#). Nettsider, lastet ned 06.11.2021.
- Oslo Kommune (2021b). [Befolkningen etter landbakgrunn \(2021\)](#). *Oslo Kommune Statistikkbank*. Lest 21.06.2021.
- Oslo kommune (2021c). [Befolkningsutvikling](#). *Oslo Kommune: Bydelsfakta*, 2021.
- Oslo kommune (2021d). [Råd og regler i Oslo](#). *Oslo kommune*, 2021.
- Oslo kommune, helseetaten, (2021e). [Strategi for intensivert TISK](#). Rapport 2021.
- Pairo-Castineira, E., Clohisey, S., Klaric, L. et al (2021). [Genetic mechanisms of critical illness in COVID-19](#). *Nature* 591, 92–98 (2021).
- Phelan JC, Link BG, Tehranifar P (2010). [Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications](#). *J Health Soc Behav* 2010; 51: S28–S40.
- Rambøll (2021). [Mediebruk blant innvandrere under pandemien](#). Rapport 2021.
- Regjeringen, Helse- og omsorgsdepartementet, (2021). [Innfører nedjustert TISK i kommunene](#). Notat 2021.
- Rø G, Engebretsen S (2021). Kapittel 13: Hvor stor forskjell må forklares? Matematisk modellering av effekten av ulikheter i smitterate og import hos ulike befolkningsgrupper, i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Röder A. & Mühlau P (2012). [Low Expectations or Different Evaluations: What Explains Immigrants' High Levels of Trust in Host-Country Institutions?](#). *Journal of Ethnic and Migration Studies*. Volume 38, Issue 5.
- Sears, James, J Miguel Villas-Boas, Vasco Villas-Boas, and Sofia Berto Villas-Boas (2020). [Are We# Stayinghome to Flatten the Curve?](#). *MedRxiv* 5.
- Sheikh NS, Spilker RS, Nordstrøm C, Duahle H, Tsige SA, Kaur P, Qureshi S, Gawad M, Gele A, (2021). Kapittel 9: Erfaringer fra felt: perspektiver fra personer med innvandrerbakgrunn, i Indseth T. (red.) 2021. Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Shelton, J. F., Shastri, A. J., Ye, C., Weldon, C. H., Filshtein-Sonmez, T., Coker, D., Symons, A., Esparza-Gordillo, J., Aslibekyan, S., & Auton, A. (2021). [Trans-ancestry analysis reveals genetic and nongenetic associations with COVID-19 susceptibility and severity](#). *Nat Genet*, 53(6), 801-808.
- Skogheim, R., Orderud, G., Ruud, M. E. & Sørholt, S. (2021). [Informasjon og tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen i forbindelse med Covid-19. Delrapport 2](#). NIBR-rapport 2021:27.
- Spilker (2021). FHI Notat: Erfaringer fra Dialogmøter i forbindelse med koronapandemien. FHI-arkiv 2021.
- Spilker RS, Tsige SA, Nordstrøm C, Duahle H, Mohammed NS, Qureshi S, Gawad M, Gele A, (2021). Erfaringer fra felt: målgruppene, foreløpige funn fra intervjuer med informanter i seks ulike innvandrergrupper, i

- Indseth T red. (2021). [Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021](#)
- Språkrådet (2021). [Klarspråk, hva og hvorfor?](#). Nettsider, lastet ned 03.11.2021.
- Statens Serum Institutt (2021). [Fokusrapport, Herkomst og socioøkonomiske faktorer betydning for forskelle i covid-19-smitte i Danmark. Rapport 2021.](#)
- SVT (2020). [Läkarförening larmar: Flera svensksomalier bland coronadödsfall i Stockholmsområdet](#). Nettsider, publisert 23. mars 2020.
- Swartz, J. (1997). [The Concepts of Necessary Conditions and Sufficient Conditions](#). Paper, Department of Philosophy, Simon Fraser University.
- Søegaard, E. G. I., Kan, Z. (2021). [Koronasmitte i Oslos bydeler](#). *Tidsskriftet den Norske Legeforening*. Publisert: 25. mars 2021, Utgave 6, 20. april 2021.
- Taylor S, Asmundson GJG (2021). [Negative attitudes about facemasks during the COVID-19 pandemic: The dual importance of perceived ineffectiveness and psychological reactance](#). *PLOS ONE* 16(2): e0246317.
- Telle KE, Grøslund M, Helgeland J, Håberg SE (2021). [Factors associated with hospitalization, invasive mechanical ventilation treatment and death among all confirmed COVID-19 cases in Norway: Prospective cohort study](#). *Scandinavian Journal of Public Health*. January 2021.
- Tufte, P. A. (2013). [Forståelser av kausalbegrepet i samfunnsvitenskapene](#). *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 54(3), 341-354.
- Vadgama, N., Kreymerman, A., Campbell, J., Shamardina, O., Brugger, C., Consortium, G. E. R., Lee, R. T., Penkett, C. J., Gifford, C. A., Mercola, M., Nasir, J., & Karakikes, I. (2021). [SARS-CoV-2 susceptibility and ACE2 gene variations within diverse ethnic backgrounds](#). *medRxiv*.
- Vinjerui KH, Elgersma IH, Fretheim A. 2021a. Covid-19. [Dør-til-dør-aksjoner, mobile teststasjoner og endring i testandel blant norsk- og utenlandsfødte i bydel Stovner, Oslo](#). FHI-rapport, 2021. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021.
- Vinjerui KH, Elgersma IH, Fretheim A. 2021b. [Increased COVID-19 Testing Rates Following Combined Door-to-Door and Mobile Testing Facility Campaigns in Oslo, Norway, a Difference-in-Difference Analysis](#). *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(21):11078.
- Vist GE, Arentz-Hansen EH, Vedøy TF, Spilker RS, Hafstad EV, Giske L. [Incidence and severe outcomes from COVID-19 among immigrant and minority ethnic groups and among groups of different socio-economic status](#) 2021. Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2021.
- Vrålstad S og Wiggen KS. (2017). [Levekår blant innvandrere i Norge](#). SSB rapport. Rapport 2017/13, *Statistisk sentralbyrå*.
- WHO (2020). [Mask use in the context of Covid-19. Interim guidance](#).
- Wilkins, C. H., Friedman, E. C., Churchwell, A. L., Slayton, J. M., Jones, P., Pulley, J. M., & Kripalani, S. (2021). [A systems approach to addressing COVID-19 health inequities](#). *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 2(1).
- Zeberg, H., & Pääbo, S. (2020). [The major genetic risk factor for severe COVID-19 is inherited from Neanderthals](#). *Nature*, 587(7835), 610-612.
- Zeberg, H., & Pääbo, S. (2021). [A genomic region associated with protection against severe COVID-19 is inherited from Neandertals](#). *Proc Natl Acad Sci U S A*, 118(9).
- Zhao, J., Yang, Y., Huang, H., Li, D., Gu, D., Lu, X., Zhang, Z., Liu, L., Liu, T., Liu, Y., He, Y., Sun, B., Wei, M., Yang, G., Wang, X., Zhang, L., Zhou, X., Xing, M., & Wang, P. G. (2020). [Relationship Between the ABO Blood Group and the Coronavirus Disease 2019 \(COVID-19\) Susceptibility](#). *Clinical Infectious Diseases*, 73(2), 328-331.
- Aambø A. (2021). [Innvandres helse og helsetjenestens ansvar](#). *Cappelen Damm Akademisk*.
- Aarø LE, Vedaa Ø, Bruun T, Nilsen TS, Johansen R, Knapstad M, Skogen JC, Klepp K-I. (2021). [Koronaatferd og landbakgrunn i fire fylker](#). Rapport 2017. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021.

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Desember 2021

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

www.fhi.no