



Masteroppgave

Master i helsevitenskap – spesialisering i Empowerment
og helsefremmende arbeid

Juni, 2023

Hvordan tilegnet innvandrere seg informasjon om
Covid-19, gjeldende smittevernstiltak og vaksine
under pandemien?

En kvalitativ studie

Kandidatnavn: Tina Sohrabi
Emnekode: MAVIT5910

Antall ord: 15934
Antall studiepoeng: 30

Fakultet for helsevitenskap
OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Innholdsfortegnelse

Abstrakt	4
Abstract	6
1.0 Innledning	8
1.1 Hensikt og formål.....	11
1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling.....	11
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	12
2.0 Begrepsavklaring og teoretisk perspektiv	12
2.1 Helsekompetanse.....	13
3.0 Metode	14
3.1 Design og metodisk tilnærming.....	14
3.2 Datainnsamling.....	15
3.2.1 Kvalitativt intervju.....	15
3.2.2 Intervjuguidens utvikling.....	15
3.2.3 Utvalgsstrategi, utvalgsstørrelse og kriterier.....	15
3.2.4 Rekruttering.....	16
3.2.5 Gjennomføringen av intervjuene.....	17
3.3 Datamaterialets bearbeidelse.....	17
3.3.1 Transkribering.....	17
3.4 Analyse.....	18
3.4.1 Tematisk analyse.....	18
3.5 Etikk.....	21
3.5.1 Informert samtykke.....	21
3.5.2 Konfidensialitet og anonymitet.....	21
3.5.3 Konsekvenser.....	22
3.5.4 Etisk godkjenning og forskningsetiske hensyn.....	22
4.0 Resultater	23
4.1 Presentasjon av deltakerne.....	23
4.2 Temaer.....	24
4.2.1 Tema 1: Et bredere søk etter informasjon.....	24
4.2.2 Tema 2: Tillit til systemet.....	29
4.2.3 Tema 3: Betydningen av de nære relasjonene.....	34
5.0 Diskusjon	37
5.1 Et bredere søk etter informasjon.....	37
5.2 Tillit til systemet.....	40
5.3 Betydningen av de nære relasjonene.....	42
5.4 Studiens begrensninger.....	45

5.4.1 Kvalitetskriterier.....	47
5.4.2 Refleksivitet og forforståelse	47
5.4.3 Pålitelighet (reliabilitet).....	48
5.4.4 Gyldighet/overførbarhet (validitet)	49
5.4.5 Troverdighet	49
5.4.6 Bekreftbarhet	49
6.0 Konklusjon	50
7.0 Referanseliste.....	52
Vedlegg:.....	57
<i>Vedlegg 1 Informasjonsskriv/samtykkeskjema</i>	<i>57</i>
<i>Vedlegg 2 Godkjenning fra SIKT</i>	<i>61</i>
<i>Vedlegg 3 Intervjuguide</i>	<i>62</i>

Abstrakt

Bakgrunn: Covid-19-pandemien førte til et stort behov for tilgjengelig og pålitelig informasjon om smitteverntiltakene og vaksinasjonsprogrammet blant befolkningen. Forskning har vist at noen innvandrergupper var spesielt utsatte for smitte, og at vaksineskepsis var mer utbredt blant innvandrere. Samtidig hadde folkehelsemyndighetene utfordringer med å nå ut til disse gruppene med relevant informasjon, særlig i starten av pandemien. Feilinformasjon florerer også på sosiale medier. Det er begrenset kunnskap om hvordan innvandrergupper tilegnet seg informasjon om Covid-19, gjeldende smittevernstiltak og vaksine.

Hensikt: Studien har som hensikt å øke kunnskapen om hvordan opplevelser, erfaringer og informasjonskanaler som ble benyttet av personer med innvandrerbakgrunn under Covid-19-pandemien kan ha påvirket deres beslutningsprosesser knyttet til smittevern og vaksiner.

Metode: Studien ble gjennomført med en kvalitativ tilnærming. Semistrukturerte individuelle intervjuer ble benyttet for å samle inn datamaterialet. Syv innvandrere i alderen 26-66 år deltok i studien. Datamaterialet ble tolket og analysert ved bruk av tematisk analyse, som beskrevet av Braun og Clarke. Studiens teoretiske perspektiver vil bli sett i lys av helsekompetanse.

Resultater: Studien identifiserte tre hovedtemaer som deltakerne rapporterte om når de søkte etter informasjon om Covid-19 pandemien. Tema 1 var "et bredere søk etter informasjon", der deltakerne søkte etter informasjon på flere plattformer grunnet det de opplevde som begrenset informasjon i Norge. Bekymringer om pandemien førte til at deltakerne søkte informasjon fra venner og familiemedlemmer i hjemlandet. Sosiale medier, lokale, nasjonale og internasjonale nyheter, nettverket sitt, arbeidsplassen og skolen var de mest brukte informasjonskanalene. Tema 2 var "tillit til systemet", hvor deltakerne hadde ulik tillit til informasjonen fra myndighetene i hjemlandet og i Norge. Tema 3 var "betydningen av de nære relasjonene", der deltakerne søkte informasjon fra venner og familiemedlemmer i hjemlandet på grunn av bekymringer om pandemien. Noen følte press fra sine relasjoner, mens andre ble usikre på grunn av informasjonsflommen om pandemien. Studien viser at livssituasjonen til deltakerne også påvirket deres tankegang og handlinger som vaksinevalg.

Konklusjon: Denne studien kan konkludere med at innvandrere møtte utfordringer med å finne pålitelig informasjon om Covid-19, noe som kunne føre til økt risiko for alvorlige helseproblemer og dødsfall. Det er viktig at regjeringen sørger for at innvandrere har tilgang til pålitelig informasjon om Covid-19 på flere språk. Noen deltakere rapporterte at språket som ble brukt i pressekonferansene var for byråkratisk og faglig, og at informasjonen ikke var tilstrekkelig tilgjengelig for personer med ulike språkferdigheter. Regjeringen kan gjennomføre tiltak som å tilby pålitelig informasjon om Covid-19 på flere språk. De kan jobbe med å øke tilgjengeligheten av informasjon ved å bruke et mer simplifisert språk samt kommunikasjonskanaler som er mer tilgjengelige for alle. Det kan også være lurt å samarbeide med lokale organisasjoner og ledere for å øke bevisstheten om Covid-19 og viktigheten av å følge retningslinjene for å hindre spredning.

Nøkkelord: Innvandrere, Helsekompetanse, Sosiale ulikheter, Covid-19, Informasjonskanaler

Abstract

Background: The Covid-19 pandemic created a significant demand for accessible and reliable information about preventive measures and vaccines among the population. Research has indicated that some immigrant groups were particularly susceptible to infection, and vaccine hesitancy was more prevalent among immigrants. At the same time, public health authorities faced challenges in reaching out to these groups with relevant information, particularly in the initial stages of the pandemic. Misinformation also proliferated on social media. There is limited knowledge about how immigrant groups acquired information on Covid-19, current preventive measures, and vaccines.

Aim: The purpose of this study is to increase knowledge about how individuals with immigrant backgrounds experienced and perceived information during the Covid-19 pandemic and how these information channels may have influenced their decision-making processes related to infection prevention and vaccination.

Method: This study was conducted using a qualitative approach, with semi-structured individual interviews used to collect data. Seven immigrants aged 26-66 participated in the study. The data was interpreted and analyzed using thematic analysis, as described by Braun and Clarke. The study's theoretical perspectives will be viewed considering health literacy.

Results: The results identified three main themes that participants reported when seeking information about the Covid-19 pandemic. Theme 1 was "a broader search for information," where participants sought information on multiple platforms due to what they perceived as limited information in Norway. Concerns about the pandemic led participants to seek information from friends and family members in their home country. Social media, local, national, and international news, their network, workplace, and school were the most commonly used information channels. Theme 2 was "trust in the system," where participants had varying degrees of trust in the information from authorities in their home country and in Norway. Theme 3 was "the importance of close relationships," where participants sought information from friends and family members in their home country due to concerns about the pandemic. Some felt pressure from their relationships, while others became uncertain due

to the flood of information about the pandemic. The study shows that the participants' life situation also influenced their thinking and actions regarding vaccine choices.

Conclusion: This study concludes that immigrants faced challenges in finding reliable information about Covid-19, which could lead to increased risk of serious health problems and death. It is important for the government to ensure that immigrants have access to reliable information on Covid-19 in multiple languages. Some participants reported that the language used in press conferences was too bureaucratic and complex, and that the information was not sufficiently accessible to people with varying language skills. The government can take measures such as providing reliable information on Covid-19 in multiple languages, including minority languages. They can also work to increase the accessibility of information by using simpler language and communication channels that are more accessible to all. It may also be wise to collaborate with local organizations and leaders to increase awareness of Covid-19 and the importance of following guidelines to prevent its spread.

Keywords: Immigrants, Health literacy, Social inequalities, Covid-19, Channels of information

1.0 Innledning

Per i dag har World Health Organization (WHO) rapportert om 6 921 614 dødsfall relatert til Covid-19 siden viruset ble oppdaget tidlig i 2020 (WHO, 2023). På bakgrunn av den økende mortaliteten i verden, erklærte WHO at en ny pandemi hadde inntruffet (WHO, 2020). Covid-19-pandemien førte til en global krisesituasjon uten en rask løsning i sikte. Virusets fortsatte å florere og mutere seg, noe som gjorde vaksineutviklingen utfordrende. Under en krisesituasjon er det nødvendig at befolkningen får riktig og nok informasjon for å kunne håndtere situasjonen på en god måte. Hvis det er for lite informasjon, kan det føre til at befolkningen blir hardere rammet av krisen (NOU 2021:6, 2021, s. 35, 207).

Situasjonen i Norge tydet fort på at det var innvandrere som ble hardest rammet. Tall underveis i pandemien viste at det forekom en økning i antall sykehusinnleggelser blant innvandrere. Det var tilfeller hvor innleggelsestallene var på 136 per 100 000 innvandrere kontra 44 per 100 000 hos norskfødte (Indseth, Godøy, et al., 2021, s. 19).

En av grunnene til at innvandrere i Norge ble hardere rammet enn den øvrige befolkningen var at det var en større grad av vaksineskepsis. Flere internasjonale studier underveis i pandemien konkluderte med at det var en betraktelig høyere andel av skeptisisme til vaksinen blant innvandrere og etniske minoriteter (AuYoung et al., 2023). Årsaken til dette var blant annet frykt for uforutsette bivirkninger av vaksinene, tiltro til virkningsgraden av vaksinene og deres manglende tillit til myndighetene grunnet institusjonell upålitelighet. På bakgrunn av dette så valgte flere å avvente med vaksinen, eventuelt å ikke ta den (AuYoung et al., 2023). Andre faktorer til høyere smittetall blant innvandrere var også deres livssituasjoner. Innvandrere lever ofte mer trangbebodd, har lavtlønnede yrker, lavere utdanningsnivå og inntekt. Oftest har de også en generelt lavere grad av språkferdigheter og helsekompetanse (Bergsaker M. A. R. et al., 2021, s. 25).

Det ble erfart tidlig i pandemien i Norge at det var krevende å nå innvandrere og etniske minoriteter med informasjon (NOU 2021:6, 2021, s. 181-182). Gjennom forskjellige mediekanaler har feilinformasjon og stigmatisering floreret og økt problemene med å gi helseinformasjon om viruset og smittevernstiltakene til den mest sårbare gruppen av befolkningen. Dagsavisen (2021) publiserte en artikkel hvor de belyste fraværet av informasjon som ble presentert av regjeringen under pressekonferansene gjennom pandemien

oversatt til andre språk. Myndighetene har generelt brukt for lang tid med å oppdatere informasjon om smittevernstiltak til andre språk på Folkehelseinstituttets (FHI) informasjonssider om pandemien, og informasjon relatert til pandemien ble innført nesten ett år etter at viruset inntraff. Dette kan ha ført til at innvandrere så seg nødt til å søke etter informasjon på egen hånd på en mer omfattende måte (NTB nyheter, 2021). Ulike medier som sosiale medier og nyhetskanaler på ulike språk som er lett tilgjengelige har hatt overveldende mye med feilinformasjon om viruset og vaksinen, noe som fører til at dette blir informasjonen som er lettest å ta innover seg (AuYoung et al., 2023). Derimot så ble det opprettet nettsider av Helse Norge og Integrerings- og mangfolddirektoratet med Covid-19 informasjon på ulike språk for å gjøre informasjonen tilgjengelig for alle (Kompetansebroen, 2020). Helse Norge har også en egen seksjon på sin nettside med lettest informasjon, som gir en mer tilgjengelig fremstilling av mange av temaene som dekkes (Helsenorge, u.å.). På den annen side så finnes det ikke noen tall på hvor mange innvandrere som har kunnskap om eller benytter seg av disse sidene.

I FHI sin rapport om koronapandemien fra 2021 blir det poengtert at smittevernsretningslinjene i Norge skiller seg fra dem i innvandrernes hjemland. Det belyses at hjemlandene ofte hadde myndigheter som innførte mer rigorøse bestemmelser i regi av smittevern og restriksjoner, slik som Eritrea og Afghanistan. De politiske regimene brukte sterkere maktmidler, hvor sanksjoner ved fravær av overholdelse kunne føre til fysisk avstraffelse, bøter eller fengsel. Dette var et bekymringsmoment da enkelte innvandrergupper i Norge ikke tok pandemien alvorlig, grunnet hvordan restriksjoner oftest kun var anbefalinger og ikke påbud slik som i hjemlandet. Flere innvandrere har også ankommet til Norge som flyktninger fra krigsherjede land. For denne gruppen opplevdes frykten for å miste livet i en krig mer intens enn frykten for en pandemi (Indseth, Fretheim, et al., 2021)

I den nye Stortingsmelding 15 - *"Folkehelsemeldinga, Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar,"* (2022) belyses hovedfokuset som er å innføre tiltak som skal bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Dette fokuset ble også utpekt i Regjeringens folkehelsemelding 19 fra 2018, som påpekte at helseforskjellene i Norge er store (Meld. St. 19 Folkehelsemeldinga, 2018, s. 52). Det er flere faktorer som påvirker dette, som for eksempel nære relasjoner som påvirker den sosioøkonomiske statusen, som igjen har påvirkning på helsen. Sosiale ulikheter innenfor helse har økt kontinuerlig de siste 20 årene

målt i alder, og dette påvirker også leveår med god helse (Meld. St. 15 Folkehelsemeldinga, 2022). Det kan sees at de med lengre utdanning benytter seg mer av helsetilbud kontinuerlig enn de med kort utdanning. Sistnevnte benytter seg mer av helsetilbud ved akutte behov (Meld. St. 15 Folkehelsemeldinga, 2022, s. 104).

I Folkehelsemelding 19 (2018) diskuteres det i kapittel 5 "*mindre sosial ulikskap i helse*" om hvordan innvandrere er overrepresentert i lavinntektsgrupper og har lavere sysselsetting. Innvandrere ankommer ofte med helseutfordringer som var til stede før migrasjon og har ofte mangel på formell kompetanse som arbeidslivet i Norge krever. Dette utgjør en økt utfordring når man skal tre inn i arbeidsmarkedet (Meld. St. 15 Folkehelsemeldinga, 2022, s. 32; Meld. St. 19 Folkehelsemeldinga, 2018, s. 52). Folkehelsemelding 19 (2018) påviser at majoriteten av arbeidsinnvandrere har en lav sosioøkonomisk status som et resultat av deres reduserte språkferdigheter som forplanter seg inn i deres arbeidsforhold, livssituasjon og reduserte tilgang til helsetjenester. Dette gir dem også færre leveår og færre år med god helse. Et av læringspunktene i den nye Stortingsmelding 15 (2022) er å lære av erfaringene som skapte informasjonsbARRIERER for innvandrere og å forandre deres atferd. Videre går meldingen inn på hvordan styresmakten kan bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Økt helsekompetanse og tilrettelegging av helseinformasjon og kommunikasjon er avgjørende for å utjevne sosiale helseforskjeller i befolkningen (Meld. St. 15 Folkehelsemeldinga, 2022). Dette er spesielt avgjørende for innvandrerbefolkningen som har utfordringer med å finne relevant helseinformasjon og som ofte har lavere digital kompetanse. Regjeringen har satt seg et mål om å øke helsekompetansen i hele befolkningen og styrke dialogen med innvandrerbefolkningen for å møte disse utfordringene. Det er også essensielt å tilrettelegge levekårene til innvandrere for å forbedre deres helse og redusere sosiale helseforskjeller (Meld. St. 15 Folkehelsemeldinga, 2022; Meld. St. 19 Folkehelsemeldinga, 2018).

Ottawa Charteret i 1986 fastslo at det er nødvendig med flere grunnpilarer for å fremme helse. En av disse er å styrke individets evner og ferdigheter til å ta helsegunstige valg. For å legge til rette for dette, må helseinformasjonen tilpasses språket (Nutbeam, 2000; WHO, 1986). Adelaide konferansen i 1988 fastslo at det er svært betydningsfullt å minimere forskjeller i helse, spesielt blant sårbare grupper (Green et al., 2019, s. 288; WHO, 1988). Folkehelseloven fra 2011 har som mål å fremme helse og utjevne sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2011§ 1). Derimot har myndighetene for det meste fokusert på ikke-

smittsomme sykdommer som hjerte-karsykdommer, demens og kreft, som står for 87% av sykdomsbyrden i Norge (Cairney et al., 2021; Øverland et al., 2016, s. 5).

Denne oppgavens resultater og tidligere forskning kommer til å bli sett i lys av helsekompetanse for å se hvordan innvandrere fant, forsto, vurderte og brukte informasjon om Covid-19. Da innvandrere har en annen sosial og kulturell bakgrunn enn norskfødte så kan det tyde på at de kanskje har et annet tilretteleggingsbehov av informasjon.

1.1 Hensikt og formål

Det påfallende fraværet av informasjonsstrøm som ble avdekket i løpet av og etter pandemien, understreker betydningen av å undersøke hvordan ulike informasjonskanaler har blitt utnyttet og hvordan innvandrere har søkt etter informasjon om Covid-19. Det er nødvendig med ytterligere kunnskap om hvordan innvandrere tolket informasjonen de tilegnet seg om smittevernstiltak og vaksiner, og hvilke faktorer som påvirket valgene deres.

Formålet med denne studien er at ved økt kunnskap om dette fenomenet, så er vi bedre forberedt ved eventuelle fremtidige helsekriser med at innvandrere selv kan ta gode informerte helsevalg. Derav nødvendigheten for vår forståelse av deres erfaringer rundt tilegnelsesprosessen av informasjon om dette fenomenet for å utjevne de sosiale helseutfordringer. Dersom innvandreres helsekompetanse økes, vil dette også øke deres autonomi og evne til å ta bedre helsevalg. En nærmere redegjørelse av helsekompetanse vil bli gitt under den teoretiske perspektivdelen.

1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling

Det foreligger begrenset kunnskap om bruken av ulike informasjonskanaler blant innvandrere under pandemien, og det er et påtrengende behov for ytterligere forskning på dette området i Norge (Indseth, Fretheim, et al., 2021). Å forstå hvordan innvandrere tilegner seg informasjon om Covid-19 og vaksiner kan være avgjørende for å sikre at riktig informasjon når innvandrerbefolkningen i nåværende og fremtidige folkehelsekriser (AuYoung et al., 2023).

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstilling:

“Hvordan tilegnet innvandrere seg informasjon om Covid-19, gjeldende smittevernstiltak og vaksine under pandemien?”

Forskningsspørsmål:

“Hvilke informasjonskanaler ble brukt under pandemien og hvordan ble hver av disse vurdert i forhold til styrker og svakheter (norske nyhetskanaler på nett/TV, nyhetskanaler fra hjemlandet, sosiale medier, radio, informasjon fra helsemyndigheter, informasjon fra venner og familie/kolleger, annet)?”

«Hvordan ble informasjon fra norske helsemyndigheter opplevd blant innvandrere?»

2.0 Begrepsavklaring og teoretisk perspektiv

Målet med denne studien er å tilegne seg ny kunnskap om innvandreres opplevelser og erfaringer med informasjonskanaler under Covid-19-pandemien. I dette kapittelet vil begrepsavklaringer bli presentert, samt de teoretiske perspektivene som belyser problemstillingen på mest relevant måte. Teoretiske perspektiver vil utgjøre et vesentlig verktøy i analysen og diskusjonen av datamaterialet og funnene som fremkommer i studien. Begreper og teorier vil omhandle innvandrere, helsekompetanse og helsefremmende arbeid som går under helsekompetanse. Disse perspektivene vil bli anvendt for å belyse problemstillingen.

Innvandrere defineres som personer født i utlandet, har utenlandske foreldre og fire utenlandske besteforeldre (SSB, 2019). Innvandrere er imidlertid et mer sammensatt fenomen enn kun en begrepsavklaring. Det handler også om kulturen de kommer fra, lengden på oppholdet i Norge, tidspunktet for migrasjon, sosial status, religion, politiske meninger og andre lignende tilfeller. Statistisk sentralbyrå (SSB) har siden 1994 hatt en rekke kategorier for innvandringsbakgrunn. Eksempler på dette, i tillegg til de allerede nevnte i denne studien, er norskfødte med innvandrerforeldre. SSB har gruppert og kategorisert innvandrere på grunn av betydningen av å ha kunnskap om dem, noe som er avgjørende både for politikere og levekårene deres for å øke forståelsen mellom innvandrere og nordmenn (Daugstad, 2008, s. 7-8).

2.1 Helsekompetanse

Helsekompetanse omhandler hvordan mennesker tar kunnskapsbaserte valg som angår deres helse, og hvordan de tolker, vurderer og bruker helseinformasjon. Dette omfatter livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak og bruk av helse- og omsorgstjenester (Tveiten, 2020, s. 15). Jo høyere grad av helsekompetanse en person har, desto mer sannsynlig er det at de vil engasjere seg i helsefremmende brukermedvirkning, redusere risikoen for sykehusinnleggelse og styrke sin egen pasientrolle. Helse- og omsorgstjenesten har blitt og fortsetter å bli svært moderne og kompleks i sin informasjon, samtidig som befolkningen i større grad eksponeres for usanne helsepåstander via massemedia, sosiale medier og reklame. En høyere grad av helsekompetanse øker også sannsynligheten til at eksponeringen blir sett på mer kritisk. I mellomtiden så øker det «digitale klasses skillet» i Norge på grunn av digitale løsninger blir en mer omfattende del av befolkningens hverdag. Dette kan føre til at personer med lavere digital kompetanse kan ha vanskeligheter med å få tilgang til viktig helseinformasjon og tjenester, og dermed svekke sin egen helsekompetanse. I 2020 så ble det rapportert at nesten 30 prosent av innvandrere i Norge ikke hadde utført digitale søk etter helseinformasjon, på grunn av utfordringene de opplevde med å anvende digitale løsninger (Indseth, Fretheim, et al., 2021). For å fremme helsekompetanse hos befolkningen er det viktig å tilby tilgjengelig og forståelig helseinformasjon, og å oppmuntre til kritisk tenkning og engasjement.

En tidligere studie i 2016 som omhandlet somaliske kvinner i Oslo og helsekompetanse viste at deltakerne hadde problemer ved helsevalg grunnet deres reduserte evne til å tilegne seg helseinformasjon. Noen av grunnene til deres reduserte helsekompetanse var arbeidsledighet og fraværende integrering. Denne studien viste hvor fremtredende behovet er for å ha et kontinuerlig arbeid mot å styrke helsekompetansen til befolkningen samt med tilpasninger til innvandrere. Dette vil føre til en bedre helsekompetanse, og mest sannsynlig at innvandrere får en forbedret helse (Gele et al., 2016). En annen studie fra Sverige viste til at innvandrere har en redusert tilgang til helseinformasjon grunnet språk- og kulturforskjeller. En gjennomgang av myndigheters oversettelse av informasjon rundt Covid-19 i hele Europa viste til at det var tydelige hull i tilgjengeligheten, noe som igjen fører til en ekskludering av den sårbare delen av befolkningen. Dette studiet konkluderte med at det er et kritisk behov for standardisering av nettbasert informasjon av høy kvalitet ved eventuelle nye epidemier/pandemier. Det var spesielt problematisk hos den delen av befolkningen med lav

helsekompetanse, da det kan påvirke deres vurderingsevne av helseinformasjon. En dominoeffekt kan fort oppstå ved misforstått informasjon som videre blir overført til venner og bekjente (Gele et al., 2016).

Digital helsekompetanse er et begrep som ble introdusert i 2021 i Helsedirektoratet sin rapport om Norge og befolkningens helsekompetanse i samarbeid med OsloMet og Høgskolen Innlandet. I rapporten beskrives digital helsekompetanse som «*en samlebetegnelse for det å kunne søke etter digital helseinformasjon, være beredt til å ta i bruk digitale helsetjenester og ha generelle digitale ferdigheter*» (Le et al., 2021, s. 10). I rapporten blir det også lagt vekt på at det sees en sammenheng mellom kunnskapen i å bruke digitale helsetjenester, alder, utdanningsnivå og sykdomsbilde. Videre redegjøres det i rapporten at det er flere grupper i befolkningen som har utfordringer, hvor blant annet manglende språkferdigheter og innvandrergupper er noen av gruppene som det antydes til.

Det har blitt erfart at de gruppene som benytter seg hyppigst av helsetjenester oftest har mindre forutsetninger for å bruke digitale helsetjenester. Videre drøftes det om hvordan den skriftlige informasjonen som skal formidles til pasienter i helse- og omsorgstjenester bærer et for stort preg av et byråkratisk tungt språk som også ofte inneholder mye fagspråk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 14).

De forente nasjoners (FN) menneskerettighetserklæringer fra 1948 redegjør for at rettsvernet til de svake i samfunnet skal være en menneskerett (FN, 2021). I tillegg til dette så vil det være en økonomisk besparelse for samfunnet med å øke deres digitale helsekompetanse.

3.0 Metode

3.1 Design og metodisk tilnærming

For å svare på problemstillingen “Hvordan tilegnet innvandrere som er bosatt i Norge seg informasjon om Covid-19, gjeldende smittevern tiltak og vaksine under pandemien?” på best mulig måte vil en kvalitativ metode bli benyttet. Problemstillingen vil illustrere deltakerens erfaringer i sammenheng med opplevelsene og livssituasjonene deres. Intervjuer med deltakerne gir oss muligheten til å belyse deres tanker og refleksjoner, og å forstå hvorfor avgjørelsene som ble tatt under pandemien ble gjort (Malterud, 2017, s. 26-27). Dette forskningsdesignet er eksplorerende, da det omhandler et relativt nytt fenomen som er vanskelig å forstå. Dette gjør det mulig å belyse hvordan innvandrere opplevde informasjon

om Covid-19, deres meninger om dette, og hvordan de brukte sin helsekompetanse, eventuelt digitale helsekompetanse for å samle inn informasjon under pandemien. Forskningen vil også bli skrevet med fenomenologiske og hermeneutiske elementer (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 45).

3.2 Datainnsamling

3.2.1 Kvalitativt intervju

Denne studien anvender semistrukturerte intervjuer som metodisk tilnærming for datainnsamling. Semistrukturerte intervjuer er en samtaleform med forhåndsbestemte temaer og spørsmål gjennom en intervjuguide som gir forskeren muligheten til å stille relevante spørsmål og samtidig gi deltakeren muligheten til å uttrykke sine synspunkter for et rikere datamateriale (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 160-164).

3.2.2 Intervjuguidens utvikling

Intervjuguiden fungerer som en støtte under intervjuet og er ment å fungere som en «huskeliste» (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 99). Aktuelle temaer for intervjuene i denne studien var informasjonskanaler (TV, radio, sosiale medier), venner og familie, nettverk, og hvor troverdige deltakerene opplevde hver enkelt av disse, handlingsforløpet med å tilegne seg kunnskap under pandemien, og beslutningsprosessen/tilegnelsesprosessen med eksempelvis vaksinevalg. For å innhente relevant og kvalitativt materiale var det en forutsetning å skape trygge rammer for deltakerne, slik at de følte seg ivarettatt og komfortable under intervjuene. Det var også nødvendig å gjennomføre intervjuene på en måte som ikke ga deltakerne svarene på forhånd (Malterud, 2019, s. 135). Intervjuene ble gjennomført på norsk ettersom alle deltakerne behersket språket, men justeringer ble gjort for å sikre adekvat kommunikasjon. Hvis deltakerne hadde problemer med å forstå ord eller formuleringer, ble disse omformulert eller forklart på en annen måte. Intervjuene ble gjennomført med deltakernes samtykke.

3.2.3 Utvalgsstrategi, utvalgsstørrelse og kriterier

For å besvare problemstillingen i studien ble det benyttet to utvalgsstrategier: strategisk utvalg og bekvemmelighetsutvalg. Strategisk utvalg ble brukt for å sikre deltakere med visse kriterier, mens bekvemmelighetsutvalg ble brukt for å rekruttere deltakere som var lettest

tilgjengelig (Malterud, 2019, s. 59) . Utvalgskriteriene ble bestemt ved å intervju voksne innvandrere med varierende kulturell bakgrunn, antall år i Norge, alder og utdanningsnivå. Å ha et utvalg med godt mangfold vil resultere i bedre informasjonsstyrke og mer nyanserte funn (Malterud, 2017, s. 55-56). Studien hadde som mål å rekruttere mellom fem og ti deltakere som anses som et passende antall, og resulterte i at syv personer deltok (Malterud, 2019, s. 60).

Inklusjonskriteriene var at deltakerne måtte være minst 18 år gamle, beherske norsk, engelsk og/eller farsi og være villige til å la seg intervju enten fysisk eller digitalt. Tolking ble unngått for å sikre kvaliteten på studien. Eksklusjonskriterier var personer som oppholdt seg i andre land utenfor Norge over en lengre periode mellom mars 2020 og februar 2022 på grunn av Covid-19 pandemien. Dette var for å belyse hvordan det var å ha en flerkulturell bakgrunn og et annet morsmål i Norge under pandemien og for å fremheve nyanserte og ulike perspektiver knyttet til de utforskede tema. Deltakere som ikke var samtykkekompetente ble ekskludert fra studien. Studiens utvalg var av en heterogen karakter, ettersom inklusjonskravene hovedsakelig var basert på deltakernes innvandrerbakgrunn, og dermed førte til et nokså arbitrært utvalg. Rekrutteringen av deltakerne ble utført på en ikke-systematisk måte, med et bekvemlighetsutvalg, der de første interesserte og kvalifiserte deltakerne ble inkludert i studien (Malterud, 2017, s. 57).

3.2.4 Rekruttering

I tråd med forskningsetiske retningslinjer skal potensielle deltakere informeres og inviteres til å delta i studien (Malterud, 2017, s. 204). Etter at veilederen i denne oppgaven var konsultert, ble nettverket til forskeren av denne oppgaven kontaktet for å rekruttere studiens målgruppe, inkludert familiemedlemmer, venner, kollegaer og naboer, noe som resulterte i et mangfoldig utvalg som ga tilstrekkelig og relevant datamateriale (Malterud, 2017, s. 56). For tre av sju deltakere fungerte en mellommann som en rekrutteringsagent, og videreformidlet kontaktinformasjonen deres etter å ha spurt om de var interessert i å delta i studien. Intervjuene ble avtalt via e-post eller SMS med deltakerne, og alle deltakerne mottok et informasjonsskriv/samtykkeskjema på forhånd som beskrev studiens formål og prosedyrer. Siden alle deltakerne snakket norsk, var det ikke nødvendig å gi dem informasjonsskrivene på andre språk. Datainnsamlingen ble gjennomført fra januar til mars 2023.

3.2.5 Gjennomføringen av intervjuene

Alle intervjuene ble utført fysisk og intervjustedene ble valgt ut fra deres preferanser. Dette var hovedsakelig ulike grupperom og møterom som var tilknyttet universitetet eller deltakernes arbeidsplass, mens to intervjuer ble utført i deltakernes hjem. Som tidligere nevnt så ble all informasjon gjennomgått muntlig i starten av møtet hvor formålet og prosedyrene ble forklart. Deltakerne ble også spurt om de hadde noen spørsmål knyttet til informasjonsskrivet. Ingen av deltakerne hadde ytterligere spørsmål. Deretter ble diktafonene satt på. Gjennom intervjuene ble det forsøkt å nøye observere deltakernes kroppsspråk i respons til spørsmålene, slik at spørsmålene kunne reformuleres hvis det så ut som de ikke var fullt ut forstått.

Intervjuene hadde en varighet på mellom 15 og 38 minutter, til tross for at det var planlagt en tidsramme på 45 minutter per intervju som Malterud (2019) anbefaler. En fleksibel tilnærming ble benyttet til bruk av synonymer og formuleringen av spørsmålene, med formål om å øke forståelsen av spørsmålene og dermed øke kvaliteten på datamaterialet.

Intervjuene ble gjennomført ved at deltakerne ble bedt om å beskrive sin opplevelse av å håndtere pandemien i en tidslinje fra start til slutt. I tillegg ble det gjort dypere utforskning av flere fenomen underveis i pandemien, som for eksempel deltakernes beslutningsprosess om vaksiner og bruk av ulike informasjonskanaler. Se Vedlegg 3 for en mer detaljert beskrivelse av selve intervjuet.

3.3 Datamaterialets bearbeidelse

3.3.1 Transkribering

Transkriberingen av intervjuene, sammen med lydopptaket, utgjør datamaterialet i denne studien. Intervjuene ble transkribert umiddelbart etter at de ble gjennomført, for å huske meninger som kan oppklare uklarheter. Dette ga en bedre forståelse av meningen bak det som ble sagt (Malterud, 2019, s. 78). Det var satt et maksimum antall på to deltakere i uken, slik at det var en mulighet til å transkribere så raskt som mulig etter at de ble gjennomført, og for å fullføre transkripsjonen før neste intervju. Dette er for å få en god oversikt over datainnsamlingen tidlig i prosessen, og fordi forskeren er relativ uerfaren med intervjuer. Formålet var å styrke kvaliteten på arbeidet under analysedelen (Malterud, 2019, s. 79)

Selv om noen av intervjuene var utfordrende å transkribere på grunn av språkbarrierer, var det småord som ikke påvirket konteksten. Det ble forsøkt på best mulig vis å gjengi deltakerne så ordrett som mulig, slik at deres erfaringer og meninger ble gjengitt på samme måte som de selv beskrev det. Dette gjorde det også lettere å gjenoppleve intervjuene og erfaringene mens datamaterialet ble gjennomgått flere ganger. Opptakene ble slettet etter transkriberingsprosessen (Kvale et al., 2009, s. 160).

I resultatdelen ble uttrykk som «eh» og «mhm» utelatt for å gjøre det mer ryddig å lese. Dette gjorde at resultatene ble mer fokusert og konsentrert rundt deltakernes erfaringer og meninger. Det er imidlertid ansett som uetisk å dele rådata før bearbeidelse. For å ivareta deltakernes personvern og konfidensialitet, ble hver deltaker tildelt et nummer og deres arbeidsplasser anonymisert. Ettersom alle deltakerne snakket norsk, var det ikke nødvendig å oversette noe.

3.4 Analyse

Ved analyse av forskningsmaterialet var målet å fremheve og gi nytt liv til materialet ved hjelp av nye beskrivelser, begreper eller teoretiske modeller. Dette bidrar til å organisere, sammenfatte og tolke materialet på en mer systematisk måte. Samtidig vil analysen avklare for forståelsen og det teoretiske grunnlaget opp mot funnene i dette studiet. Avslutningsvis vil resultatene bli drøftet opp mot allerede eksisterende teorier (Malterud, 2019, s. 91).

3.4.1 Tematisk analyse

I analysen ble Braun og Clarke (2022) sin tematiske analyse brukt, som kontinuerlig ble utført gjennom forskningsprosessen. Tematisk analyse ble benyttet for å tolke ulike aspekter ved temaene gjennom å identifisere, analysere og rapportere mønstre fra materialet. Det illustrerer dataene på en systematisk måte, og gir en mer grundig forståelse av fenomenet og utfordringene som er knyttet til det. Metoden er spesielt godt egnet for nybegynnere, da den er enkel og lett å gjennomføre og er uavhengig av et epistemologisk ståsted, teoretisk rammeverk eller type datainnsamling (Braun & Clarke, 2022, s. 178).

Analysen ble utført ved hjelp av Braun og Clarke (2022, s. 36) sine seks faser for tematisk analyse som inkluderer å bli kjent med materialet, starte med koding, søke etter temaer, gjennomgang av temaene, definere og navngi temaene og rapportering. Etter datainnsamlingen ble analysene utført kontinuerlig for å muliggjøre en fokusert og fleksibel

tilnærming, som igjen ville gjøre det mulig å avgrense materialet. Dette resulterte i en systematisk og grundig analyseprosess (Malterud, 2017, s. 137).

Refleksiv tematisk analyse ble benyttet som metode fordi den gir høy grad av fleksibilitet i analysen, uten at det krever spesifikke metodologiske rammeverk (Braun & Clarke, 2022, s. 9-10). Studiet var også induktivt og preget av en datadrevet tilnærming for å øke kunnskapen om et område med begrenset forhåndskunnskap. Analysen vil tydelig vise at det ikke ble lagt vekt på noen hypoteser eller lignende, men at dataene i seg selv ble tillagt stor vekt. I det følgende vil de seks fasene for den tematiske analysen bli forklart. Disse fasene vil bidra til å sikre nøyaktighet og pålitelighet i forskningsresultatene.

1. Bli kjent med materialet

Første fasen av denne studien var å bli kjent med det innsamlede datamaterialet, i tråd med fasene beskrevet av Braun & Clarke (2022). Denne fasen involverte utskrift av transkripsjonen, anonymisering av data og flere gjennomlesninger mens det ble tatt små notater i marginen. Formålet med dette var å redusere mengden data og å gi rom for refleksjon i flere omganger (Braun & Clarke, 2022, s. 42-50). På grunn av det begrensede omfanget av datamaterialet, ble kodingen utført i Word med kommentarer. Disse dataene ga en dypere forståelse av hver deltakers erfaringer, som igjen hjalp til med å danne et helhetlig bilde av datamaterialet (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 224; Creswell, 2014, s. 65).

2. Starte med koding

Siden det var første erfaring med koding, tok det flere forsøk før en passende kodestruktur ble utviklet. Hensikten med kodene var å identifisere mønstre i datamaterialet som kunne besvare problemstillingene i oppgaven. Det var nødvendig å sørge for at kodene var beskrivende nok for hver deltaker, og ikke for analytiske, slik at de kunne fange opp de betydningsfulle temaene i datamaterialet. Etter flere forsøk ble det utviklet en passende kodestruktur som beskrev datamaterialet på en meningsfull måte. Denne kodestrukturen gjorde det mulig å identifisere viktige temaer og mønstre i datamaterialet som svarte på problemstillingene i oppgaven (Braun & Clarke, 2022, s. 52-72).

3. Søke etter temaer

Når kodestrukturen var ferdig implementert, ble det søkt etter temaer som var gjennomgående i datamaterialet. Dette ble gjort ved å identifisere fellestrekk blant

kodene og gruppere disse i forskjellige temaer. Det var mangfoldige koder å gå igjennom, og det ble valgt ut de mest fremtredende kodene som deretter ble plassert inn i tematikker som utgjorde et hovedtema (Braun & Clarke, 2022, s. 78-93). I neste tabell vil det bli vist et eksempel på koder som har blitt gruppert inn i et tema (Tabell 1).

4. Gjennomgang av temaene

Temaene som ble utarbeidet var relevante for problemstillingen og i samsvar med de dataene som var kodet. Det var nødvendig å sikre at temaene var beskrivende og dekket de mest signifikante aspektene ved datamaterialet, og at de var i tråd med det overordnede forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2022, s. 97-108).

5. Definere og navngi temaene

Analysen resulterte i tre temaer, som ifølge Braun & Clarke (2022 s. 108-112) er foretrukket for å unngå fragmentering og underutvikling av analysen. Temaene i denne oppgaven ble utarbeidet i samarbeid med veileder.

6. Rapportering

I det siste trinnet av analysen vil resultatene bli belyst i lys av de teoretiske perspektivene som er relevante for denne oppgaven (Braun & Clarke, 2022, s. 118-128). Dette vil bli gjort i resultat- og diskusjonsdelen, der funnene vil bli presentert og diskutert i forhold til tidligere forskning og relevant teori.

Tabell 1. Eks på koder som har blitt til temaet «Tema 3: Betydningen av de nære relasjonene»

Tema	Koder
<i>Betydningen av de nære relasjonene</i>	Brukte venner og bekjente som informasjonskilde
	Hørte mer om vaksinen gjennom venner og bekjente
	Samlet inn info om vaksinen gjennom hva venner og bekjente sa
	Tillit til venner og bekjente
	Brukte mennesker rundt seg og some for å tilegne seg kunnskap som trengtes
	Stolte på informasjon fra jobben
	Venner med samme nasjonalbakgrunn i Norge stolte på meg

3.5 Etikk

Deltakerne ble informert både skriftlig og muntlig om at det de fortalte var anonymisert og ikke ville få negative konsekvenser. For å vurdere de etiske overveielserne i kvalitativ forskning, må det tas hensyn til informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser. Disse prinsippene må ivaretas for sikre at studien er etisk forsvarlig. De nevnte prinsippene vil bli gjenstand for videre undersøkelser i oppgaven, med fokus på om de er ivarettatt i studien (Malterud, 2017, s. 204).

3.5.1 Informert samtykke

Før intervjuet fikk deltakerne et informasjonsskriv og et samtykkeskjema, som ble tildelt før anonymiseringen av deltakernes identitet (Vedlegg 1). Innhenting av datamaterialet ble gjort i samsvar med personopplysningsloven, hvor deltakerne ga et frivillig samtykke (Helseforskningsloven, 2008 § 13). Informasjonsskrivet inneholdt en beskrivelse av studiens formål, behandling av informasjonen, deltakelsens frivillighet, samt deltakernes rett til å trekke seg uten å oppgi grunn. Oppbevaring av informasjon ble også beskrevet. For å ivareta forskningsetiske hensyn i intervju-prosessen ble Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT, tidligere Norsk senter for forskningsdata - NSD) sin utarbeidede mal på informasjonsskriv for sårbare grupper benyttet (Vedlegg 1). Informasjonsskrivet var formulert på en tilgjengelig og forståelig måte, tilpasset deltakernes språk og forståelsesevne (SIKT, u.å.). Alle deltakere ga skriftlig samtykke til å delta i studien.

3.5.2 Konfidensialitet og anonymitet

Ved gjennomføringen av intervjuene ble det benyttet lydopptak som innhentet personopplysninger fra deltakerne. For å ivareta deltakernes anonymitet og personvern, ble konfidensialitet praktisert gjennom tilbakeholdelse av informasjon om deltakernes bosted, navn og arbeidsplass (Tabell 2) (Malterud, 2017, s. 79, 205).

I transkripsjonene av intervjuene ble det ikke inkludert personidentifiserende informasjon, og disse ble derfor ikke låst bort. Samtykkeerklæringene ble oppbevart i et privat hjem og deretter makulert. Lydopptakene ble gjort med en applikasjon som krypterte og sendte lydfilene til Nettskjema, hvor de ble slettet automatisk. Kun forskeren hadde tilgang til Nettskjema, og på denne måten ble lydopptakene beskyttet mot uautorisert tilgang (Universitetet i Oslo, 2017). Datatilsynets retningslinjer ble fulgt for å ivareta deltakernes

sikkerhet og anonymitet (Datatilsynet, 2018). Under transkripsjonsprosessen ble det trådløse nettverket deaktivert, og dataene ble trygt lagret på en sikker låst PC. Etter transkripsjonen ble dataene slettet. Studien ble godkjent av SIKT for å sikre at forskningsetiske retningslinjer og personvernlovgivning ble fulgt. Det var ikke nødvendig å melde fra til regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning i denne studien. Deltakernes sikkerhet og anonymitet ble ivaretatt i studien, i tillegg til Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper for medisinsk forskning (Helseforskningsloven, 2008; World Medical Association, 1964). I løpet av dette studiet ble det jevnlig diskutert med veileder Sara Rivenes Lafontan. De etiske utfordringene som prosjektet innebar, ble også vurdert.

3.5.3 Konsekvenser

Det tredje prinsippet i denne studien omhandler deltakernes mulige konsekvenser. Deltakerne ble både muntlig og skriftlig informert om at studien ikke ville gi dem noen konsekvenser bortsett fra tiden de brukte på intervjuene. Informasjonsskrivet beskrev hvordan studien ville undersøke påvirkning av ulike informasjonskanaler deltakerne benytter seg av under pandemien (Vedlegg 1). Dette beskrev også hvordan deres kunnskap kunne bidra til å forbedre oversettelsen av informasjon fra myndighetene, og bli bedre rustet ved en eventuell ny helsekrise (Malterud, 2017, s. 204). Dette ville være positivt for deltakerne og kunne gi bedre forståelse av deres egen situasjon. Imidlertid var det også en bekymring for at dette kunne være komplekst og påføre deltakerne påkjenninger, spesielt siden man ikke kjente til hva deltakerne hadde opplevd før de kom til Norge. Av denne grunn er det forsøkt å skåne deltakerne fra eventuelle belastninger og unngå å grave for mye i livserfaringene deres, siden det ikke var relevant for oppgaven.

3.5.4 Etisk godkjenning og forskningsetiske hensyn

Etter godkjenning av prosjektplan fra veileder, ble det søkt om etisk godkjenning fra SIKT. Dette var nødvendig ettersom det var planlagt å registrere personopplysninger via lydopptakene av intervjuene. Søknaden ble godkjent den 15.08.2022, med referansenummer 239218, etter at det ble gjort noen endringer i meldeskjemaet som ble anbefalt av SIKT (Vedlegg 2). Disse endringene inkluderte opplysning om helseopplysninger til deltakerne og hvordan personopplysningene ble håndtert.

4.0 Resultater

I dette kapittelet vil resultatene fra intervjuene med deltakerne bli presentert. Først vil deltakerne bli presentert (Tabell 2). Deretter vil utvalgte temaer fra dataene bli introdusert, før utsagnene til deltakerne under hvert av temaene blir grundigere undersøkt.

4.1 Presentasjon av deltakerne

I perioden januar-februar 2023 ble det gjennomført semi-strukturerte intervjuer med syv deltakere som oppfylte inklusjonskriteriene for informasjonsinnhenting i denne studien. Alle deltakerne som ble forespurt om å delta i studien takket ja. Dette resulterte i tre menn og fire kvinner som alle var født i ulike land. Aldersspennet var 26-66 år og antall år de hadde bodd i Norge var 3-33 år. Deltakerne hadde ulike yrker og bodde spredt rundt på østlandet. Alle syv bodde i Norge under Covid-19-pandemien fra 2020-2022. Nedenfor gis en kort presentasjon av deltakerne i Tabell 2. Deltakerens opphav gir informasjon om deres forskjellige sosiokulturelle bakgrunn, mens oppholdstiden i Norge gir en indikasjon på hvordan de vurderte informasjon tilpasset den lokale konteksten.

Tabell 2. Oversikt over deltakerne

<i>Deltakere</i>	Biologisk kjønn	Antall år i Norge	Opprinnelsesland	Arbeidsstatus	Alder
<i>Deltaker 1</i>	Kvinne	3 år	Ukraina	I arbeid (veileder)	33 år
<i>Deltaker 2</i>	Mann	33 år	Iran	I arbeid (yrkessjåfør)	59 år
<i>Deltaker 3</i>	Kvinne	23 år	Filippinene	Delvis i arbeid (renholdsarbeider)	30 år
<i>Deltaker 4</i>	Mann	11,5 år	Afghanistan	I arbeid (helsepersonell)	26 år
<i>Deltaker 5</i>	Mann	4,5 år	Jordan	Studerer (mekaniker)	37 år
<i>Deltaker 6</i>	Kvinne	30 år	Bosnia	I arbeid (veileder)	66 år
<i>Deltaker 7</i>	Kvinne	13 år	Polen	I arbeid (veileder)	38 år

4.2 Temaer

De ulike temaene som ble diskutert under intervjuene kan sees i Vedlegg 3, som er intervjuguiden.

Dataene som ble samlet inn gjennom intervjuene førte til en videre inndeling av tre hovedtemaer som fokuset ble rettet mot. Disse temaene var et bredere søk etter informasjon, tillit til systemet og betydningen av nære relasjonene.

4.2.1 Tema 1: Et bredere søk etter informasjon

Informasjonskanaler utgjorde en betydelig del av denne studien. Selv om det var mange tilgjengelige informasjonskilder, opplevde et flertall av deltakerne at de måtte søke etter informasjon selv. Dette var spesielt utfordrende da det var mye usikkerhet rundt pandemien og hvordan man skulle forholde seg til den.

Deltakerne i studien beskrev hvordan de opplevde at noe var i ferd med å skje, for eksempel gjennom endringer på arbeidsplassen eller observasjoner av hvordan andre begynte å opptre mistenksomt. Mangelen på informasjon og klarhet rundt hva som skjedde, gjorde det vanskelig for mange å forstå situasjonen og hvordan de skulle forholde seg til den.

Det var også en utbredt oppfatning blant deltakerne om at myndighetene ikke klarte å gi tilstrekkelig med informasjon om pandemien. Dette førte til at mange følte seg usikre og forvirret, og at de derfor måtte søke etter informasjon på egen hånd og stole på egne kilder for å forstå situasjonen, spesielt i starten av pandemien.

Det var ikke så mye her (trykk på her), det var mye mer i andre land som kunne snakke og forklare om tingene (Deltaker 1)

Ettersom den informasjonen deltakerne søkte etter ikke var tilstrekkelig belyst i Norge, søkte mange bredere ved å gjøre flere søk og undersøke sosiale medier for å skaffe seg mer informasjon enn det som var tilgjengelig i Norge. Dette var blant annet på sosiale medier som eksempelvis YouTube. Funnene viser at selv om deltakerne merket at noe skjedde, var det vanskelig å forstå hva som var i ferd med å skje. Dette skapte usikkerhet og engstelse rundt hva man skulle søke etter, og mange begynte å diskutere og spekulere både med hverandre og på sosiale medier. Spekulasjonene og fraværet av informasjon gjorde det vanskelig å skille

mellom sannhet og usannhet. Det var også en utbredt oppfatning blant deltakerne om at det var stor usikkerhet knyttet til pandemien, og at det var vanskelig å vite hva som ville foreta seg videre.

Mye er jo kanskje litt sånn.. jeg husker ikke helt, men det var en tidspunkt der den informasjon var... du visste ikke helt hva som var riktig og hva som ikke var riktig da. Men jeg fikk jo en god del informasjon som du sa i sosiale medier da, spesielt i facebook, og kanskje til og med litt instagram da. For folk la ut forskjellig både fra vanlige folk som skrev artikler og ja, forskjellige ting som ble publisert på facebook da. Så det er ikke bare FHI, nei (Deltaker 4)

Fraværet av tilstrekkelig informasjon førte til at det var et bredt spekter av ulike informasjonskanaler som ble brukt, med alt fra norske og svenske medier, hjemlandets medier, sosiale medier, internasjonale kanaler og diverse grupper på sosiale medier.

Flere deltakere nevnte spesifikke kanaler som de brukte for å skaffe seg informasjon, som for eksempel en Facebook-gruppe for ukrainske mødre i Norge kalt "Moms of Norway". I tillegg var det vanlig å høre på internasjonale kanaler som sendte nyheter om hjemlandet, ofte fra England.

Et bredere søk på YouTube var også en kilde til informasjon for mange deltakere, og flere mente at de fant mer utfyllende informasjon i videoer på YouTube enn andre steder. Det var også utbredt oppfatning at myndighetene ikke klarte å gi tilstrekkelig informasjon om pandemien, noe som var enda en faktor som økte usikkerheten og engstelsen. Dette førte til at flere søkte enda bredere etter informasjon for å få bedre forståelse av situasjonen.

Det er masse sånn arabiske som Al Jazeera, Arabia, jeg har også fra VG, nettsider fra Sverige, men jeg vet ikke hva hete den.. Kombos! Jeg tror, også kanskje noen ganger jeg finne litt her og der på engelsk, i Storbritannia eller USA, kanskje Canada, kanskje fra Kina, litt informasjon her og der. Egentlig nettsider og noen ganger jeg fikk sånn videoer her og der, ja, youtube eller tiktok eller facebook kanskje. Ja (Deltaker 5)

Noen deltakere valgte å ta avstand fra sosiale medier, mens majoriteten fulgte ekstra godt med på nyheter og oppdateringer. Arbeidsplassene og skolene var også betydningsfulle kilder til informasjon for deltakerne. Mange deltakere fikk oppdateringer nesten daglig fra

arbeidsplassen om hvordan de skulle beskytte seg og hva de trengte. Skolene var også svært gode på å gi informasjon på flere forskjellige språk. Dette var spesielt avgjørende for deltakere som ikke hadde norsk som morsmål.

De som ikke fulgte så nøye med på nyhetene, ble oppdatert gjennom bekjente. Dette kunne imidlertid være belastende, da det kunne føre til at deltakerne ble eksponert for ukorrekt eller overdrevet informasjon.

Jeg vil ikke lese jeg vil ikke høre fordi bare døde her døde her døde her, du blir litt angst, du blir ferdig jeg vil ikke høre mere, jeg tenker på andre ting eller jeg ser på TV, på denne tiden jeg brukte mange tid mellom skogen og TV (Deltaker 5)

Selv om mange av deltakerne hadde begrenset forståelse av norsk, var det likevel nødvendig for dem å tilegne seg informasjon om situasjonen rundt pandemien. For noen var det å søke informasjon gjennom verbale relasjoner som venner og kolleger en mer tilgjengelig og effektiv måte å få tak i informasjon på. Andre foretrakk å gjøre egne søk på nettet.

En av de sentrale grunnene til at deltakerne gjorde et bredt søk etter informasjon var behovet for å forstå mer om viruset, vaksinene og restriksjonene som ble satt inn for å begrense spredningen av viruset. Mange var også interessert i å lære mer om de ulike vaksinene som var tilgjengelige, for å kunne ta informerte valg om vaksineringsen.

Det var imidlertid en rekke usikkerheter og bekymringer rundt vaksinene som gjorde at mange følte behov for å søke mer informasjon. Noen var bekymret for bivirkninger, mens andre var usikre på effektiviteten av vaksinene. Gjennom å gjøre et bredt søk etter informasjon, håpet deltakerne å kunne finne svar på sine spørsmål, og å kunne ta informerte valg om sin egen helse og sikkerhet.

Tror egentlig jeg prøvde å forstå hva vaksinen var da, og da fulgte jeg med på, jeg vet ikke hvor jeg leste det akkurat da, men jeg jeg leser.. jeg prøver å følge med på noen kanaler på youtube da, som kommer med nyttig informasjon, og de var sånn.. også FHI da. Også har jeg lest litt selv på vaksiner da, hvordan det er, den vaksinen var nytt da, så jeg måtte faktisk lese litt på det. Det var litt forskjellig informasjon og plutselig var det stor skeptisisme til vaksinen. Og da måtte jeg lese litt mer, spesielt hva som var i vaksinen da, så jeg syns det var

litt vanskelig når det var masse forskjellige vaksiner da, forskjellige steder i verden da.
(Deltaker 4)

Alle deltakerne i studien søkte informasjon om hjemlandet på grunn av bekymringer for familie og venner der. Mange av deltakerne opplevde usikkerhet og bekymringer om situasjonen i hjemlandet, noe som økte deres behov for å søke etter mer informasjon. Dette behovet for informasjon var også til stede i andre situasjoner, som når det var stor debatt om vaksiner eller når språket på pressekonferansene ble for avansert til å forstå.

Mange av deltakerne syntes det var lite informasjon om hjemlandene og situasjonen der i Norge, noe som førte til at de måtte gjøre mer selvstendige søk for å finne relevant informasjon. Familiemedlemmer og venner som var i hjemlandene, var en vesentlig kilde til informasjon for mange av deltakerne, og de fikk ofte tilsendt oppdateringer via sosiale medier som Facebook.

Noen av deltakerne gjorde også dypere søk etter informasjon fordi de opplevde at informasjonen som ble gitt i Norge, kom for sent. Dette kan ha vært knyttet til at situasjonen i hjemlandene utviklet seg raskere enn i Norge, eller at det tok tid før informasjonen ble oversatt til relevant språk og formidlet til minoritetsgruppene.

Ja, det var ikke mye info her, i Norge det var ikke veldig bry seg om det, det var veldig sånn, det er der, ikke her i Norge, nei det er der, ikke her. I Ukraina de har laget en sånn stor, vi bruker Ukraina telegram som kanal, men det er telegram fordi det er gruppechatter også. Og der i telegram det var en kanal som var bare om corona. Den som er offentlig informasjon (Deltaker 1)

I takt med at pandemien utviklet seg og forskjellene i restriksjoner mellom kommunene ble mer markante, opplevde flere en økende nødvendighet for å forholde seg til kommunenes nettsider. Dette gjaldt særlig for deltakerne som var ansatt i næringsvirksomheter, slik som en av deltakerne som drev en kafé.

Denne økte avhengigheten av kommunenes nettsider kan forstås som en konsekvens av at det ble vanskeligere for enkeltpersoner og virksomheter å holde seg oppdatert på de stadig skiftende restriksjonene. Etersom kommunene var ansvarlige for å innføre og håndheve disse restriksjonene, ble det mer relevant å oppsøke informasjon på kommunenes nettsider.

Videre kan det pekes på at deltakerens behov for å forholde seg til kommunenes nettsider også kan ha sammenheng med at kommunene var en av de primære kildene til informasjon om lokale smittetall og smitteverntiltak. Dette var særlig relevant for deltakerne som hadde bekymringer for smitte i sitt nærområde.

Siden jeg drev jo butikk eller kafé den tiden, så brukte jeg egentlig mye FHI sine sider, og lokale sider, Porsgrunn kommune sine nettsider om smittevern (Deltaker 3)

Enkelte av deltakerne i studien hadde en tendens til å benytte seg av nettverkene sine som hovedkilde for informasjon om pandemien, i tillegg til å følge med på pressekonferanser. Dette var begrunnet i ulike faktorer, slik som deltakernes livssituasjon eller deres generelle avstand til nyhetsmedier.

For å oppsummere Tema 1 kan det konkluderes med at de fleste deltakerne søkte bredt etter informasjon om pandemien i begynnelsen, med unntak av én deltaker. Dette skyldtes at deltakerne opplevde at det var begrenset med tilgjengelig informasjon om pandemien i Norge, og at de derfor måtte søke informasjon på ulike plattformer. Familiære og sosiale bekymringer førte også til en ekspansjon av informasjonssøket blant deltakerne, da flere av dem hadde venner og familiemedlemmer i deres respektive hjemland. Som et resultat av dette, kunne søkene være noe mangfoldige og spredte. I all hovedsak fikk deltakerne informasjon om pandemien gjennom sosiale medier, YouTube, Facebook, lokale, nasjonale og internasjonale nyheter, nettverket sitt, arbeidsplassen og skolen. En mindre andel av deltakerne gjennomførte mer kritiske søk, og søkte informasjon fra organisasjoner som WHO.

Samtlige deltakere fulgte pressekonferansene som ble holdt av den norske regjeringen. Imidlertid kunne språket som ble brukt av regjeringen være for byråkratisk og faglig for noen av deltakerne, noe som førte til at de søkte informasjon andre steder eller fra sitt sosiale nettverk for bedre forståelse av informasjon og håndtering av pandemien. En majoritet av deltakerne fulgte godt med på oppdateringer og informasjon, mens noen få tok mer avstand. Skolene var gode til å gi informasjon og kommunisere med studentene på flere språk.

4.2.2 Tema 2: Tillit til systemet

Deltakerens forhold til informasjon fra deres respektive hjemland var avhengig av deres individuelle forhold til hjemlandet. En deltaker fra Iran uttrykte for eksempel en betydelig skepsis til iranske myndigheter og deres informasjon, men hadde samtidig tillit til norske myndigheter og deres informasjon. Dette illustrerer hvordan deltakerens personlige erfaringer og oppfatninger av ulike kilder til informasjon kan påvirke deres tillit og forhold til informasjonen de mottar.

Jeg stort sett stolte på helsevesenet her i Norge. Som informerte folk hva skal gjøre, og da jeg fulgte etter dem, jeg stolte ikke på de som Irans regime sier og sånne ting, fordi de har skjult hele tia, sånn det er ikke pandemi i det hele tatt. Menne jeg bare fulgte etter det som helsevesenet sagt fra her, sånn hva skal gjøres og hvordan skal man oppføre seg. Og da jeg fulgte etter reglene her i Norge (Deltaker 2)

Empirien indikerer en klar trend med høy tillit til norske myndigheter og lav tillit til myndigheter i deltakernes hjemland. Flere deltakere bekreftet denne trenden, og påpekte at polakker generelt har lav tillit til sine egne myndigheter, mens nordmenn har en betydelig høyere grad av tillit til sine. I noen tilfeller var tilliten til norske myndigheter så høy at noen av deltakerne brukte informasjon fra Norge til å øke kunnskapsnivået til familiene sine i hjemlandet, da de mente at tilgjengelig informasjon i hjemlandet hadde lav kvalitet. Studien viser at deltakernes personlige erfaringer og oppfatninger av myndighetene i hjemlandet og Norge kan ha en betydelig innvirkning på deres tillit til informasjon og kilder.

(...) Jeg prøvde å forklare de egentlig om det som jeg hadde fått informasjon om herfra, og høre til dem og, hvordan skal ha hygiene og sånne ting, og hvordan jeg skal bruke vaske og sånne ting, som jeg prøvde å skrive på gruppen som vi hadde. Og sende på en måte litt riktig informasjon til de da, for de fikk aldri riktig informasjon der nede. Så tenke jeg kanskje blir fornuftig å fortelle dem slike ting, som kanskje hjelper dem, selvom det var småting, tenkte kanskje kan hjelpe (Deltaker 2)

Det var stor enighet blant deltakerne om at FHI var en pålitelig kilde til informasjon om Covid-19, og at de fleste bekreftet eller avkreftet informasjonen de hadde fått via FHI sine nettsider. Derimot var det to av deltakerne som ikke brukte FHI hvor den ene ikke visste hva FHI var. I tillegg til FHI så lå tilliten aller høyest hos WHO. En annen deltaker uttrykte også tillit til de norske myndighetene basert på måten de presenterte sine valg med faglig og god

dokumentasjon. Myndighetene i Norge var flinke til å forklare hvorfor noe måtte skje i stedet for å bare si at dette skal gjøres, noe som skapte mer fortrolighet til dem. De presenterte med tall, hva som skjer i andre land, viste til hvor skadelig viruset kunne være, dette var faktorer som var med på å skape tiltro.

Også det er til slutt, jeg synes at det var bra informasjon fra folkehelseinstituttet om hvordan man skal bruke munnbind på en riktig måte, at man skal ta avstand og hvorfor (trykk på hvorfor). Det holder ikke å bare si at du må holde avstand, bruke munnbind eller vaske hender, men hvorfor gjør man det. Og jeg synes det er viktig å si hvorfor. Å forklare. Og det er det som var bedre i Norge (Deltaker 7)

En av deltakerne utmerket seg ved å uttrykke en generell mangel på tillit til myndighetene, både i Norge og i hjemlandet. Vedkommende uttalte at myndighetene utnyttet befolkningens følelser og at dette var en av årsakene til den manglende tiltroen.

De snakker, men jeg tror de spilte på følelser til folk, at de er redde. De er redde og jeg vil ikke dø også, noen tok den til å reise, de tok den til å reise bare. Det blir ikke for helse, det blir sånn, jeg tror økonomi til noen land, jeg tror de spilte på folk litt. (...) Ikke bare myndighetene, jeg følelse av at noen spiller på verden, alle bare sier jajaja, og de bare gjør uten å vite, men jeg stoppet der ferdig, jeg vet at corona vi har corona, vi har sykdom, men dette er ikke så farlig, og jeg prøvde den også, men jeg skal ikke ta vaksine, fordi corona jeg skjønner er corona og jeg har lest mye om hva skal de skje med deg og kroppen din, og jeg prøvde den og jeg gikk ut fra den, men vaksine jeg skjønner ikke hva skal komme inn i kroppen min, og hva skal de gjøre etter. Fordi hvem lager den vaksine? De vet ikke, ja (Deltaker 5).

Innvandring og kulturelle forskjeller ble påpekt som mulige årsaker til at tilliten til myndighetene kunne bli svekket. Deltakerne diskuterte hvordan kulturelle forskjeller kan påvirke folks oppfatning av hva som er nødvendig og relevant, og at man derfor kan ha vanskeligheter med å forholde seg til myndighetenes prioriteringer og beslutninger. Videre ble det påpekt at noen av deltakerne hadde en generell mistillit til myndighetene i hjemlandet på grunn av religiøse forestillinger. Dette kan skyldes at diskursen i disse landene ofte er preget av en religiøs ideologi som kan være i konflikt med vitenskapelig basert kunnskap. Dette kan igjen føre til at man ikke stoler på myndighetenes råd og anbefalinger, og at man

heller stoler på religiøse autoriteter. Et eksempel som ble nevnt var at noen trodde at de ikke kunne bli syke fordi Gud ville beskytte dem.

Familien min tror ikke nødvendigvis på vitenskapelige ting da, du kan forklare logikken også, men de skjønner ikke helt hvordan ting henger sammen da. Og det er sikkert fordi de har ikke gått på skolen, og de vet ikke.. det er flere ting da, som for de ikke eksiterer. Og virus da, for dem er det ikke noe som er ekte da, på den tiden. Og det var.. jeg måtte liksom hele tiden prøve å overbevise dem om at det er viktig at de tar avstand fra folk da, og det å bruke maske og det forskjellige. Men det var veldig vanskelig å få dem til å tro på meg da. De dro jo på mye forskjellige brylluper da og.. da det var på det verste da. Og plutselig mange ble syke da, og de fortsatte å ikke ta det på alvor da. Det var guds vilje eller det var.. ja (ler).. jeg vet ikke hvordan jeg skal forklare det da (...) jeg har jo fått en utdanning her i Norge da, og jeg er gått på skolen da, så jeg vet litt mer enn de, og jeg har en annen tankegang, tankesett da, enn det de har. De har ikke gått på skole i det hele tatt, også ja. Ja det er to forskjellige verden da, på hvordan vi tenker (Deltaker 4)

Når det gjelder vaksinasjon, var det en betydelig splittelse i gruppen. Opprinnelig var flertallet skeptisk til vaksinen, men endret holdning som følge av ulike livshendelser. Noen mente at den store konkurransen mellom vaksinene førte til en økende skepsis, og at flere dødsfall eller helseproblemer etter vaksinasjon ikke ble tilstrekkelig kommunisert av norske myndigheter. Dette førte til en form for "vaksinekrig" mellom øst og vest, som forsterket skepsisen ytterligere. Andre argumenterte for at vaksinen ble utviklet for raskt sammenlignet med tidligere vaksiner, og at Norge var sent ute både med vaksiner og informasjon om de ulike vaksinene. En av deltakerne som var sterkt skeptisk til vaksinen, påpekte også hvordan regjeringen forsøkte å unngå å ta stilling til komplikasjonene som oppsto etter vaksinasjon.

(...) De snakker ikke om det, og noen ganger jeg føler de vil ikke si noe feil om Kina eller noen døde, noen ganger jeg føler at de har noe press på regjering til de sier hva som er riktig eller ekte, ja noen døde, noen døde, men de ville bare ikke snakke om det. Men min erfaring og hvordan jeg leste om andre sykdom, pga det jeg bestemte at nei aldri de kan gjøre denne vaksine til corona på denne tid, aldri. (...) de trenger ganske lang tid til å finne sånn vaksine, og de tar lang tid, og maaaaange døde, av denne sykdommen, corona kommer med en gang, vaksine kommer etter 1 år med en gang, og jeg leste også jeg husker ikke navn, til han, de snakket om denne sykdom fra 1981? (Deltaker 5)

Med hensyn til de nasjonale restriksjonene i Norge under Covid-19-pandemien, så responderte gruppen med en utbredt oppfatning om at Norge ikke hadde så strenge restriksjoner sammenlignet med mange andre land. Det ble også uttrykt en oppfatning om at Norge hadde håndtert pandemien relativt bra sammenlignet med andre land. Til tross for dette var det likevel en utbredt oppfatning om at frekvensen av endringer i restriksjoner og informasjonsoppdateringer var problematisk. Som en følge av dette ble informasjonen om restriksjoner og smittesporing uoversiktlig, og det ble utfordrende å finne spesifikk informasjon om restriksjoner. Dette kan ha resultert i en følelse av usikkerhet og frustrasjon blant befolkningen, og kan ha gjort det vanskeligere å etterleve restriksjonene.

Det var nytt informasjon hele tiden. Oppdatering hele tiden, mhm. Så alle bare okei, den informasjonen vil endre seg, den vil endre seg om en uke da så kanskje av og til jeg tenkte at okei kanskje jeg ikke skal ta det så alvorlig (Deltaker 4)

Etter de rapporterte tilfellene av dødsfall etter vaksiner med AstraZeneca-vaksinen, ble det observert en økning i usikkerhet og en reduksjon i tilliten til myndighetene.

Også har jeg lest litt selv på vaksiner da, hvordan det er, den vaksinen var nytt da, så jeg måtte faktisk lese litt på det. Men jeg tror det var nyttig med vaksinen da. Så jeg var ikke redd da, så for meg var det like greit. Men vi fikk jo AstraZeneca da, og da ble jeg litt skeptisk helt ærlig, da tenkte jeg, jeg var litt usikker da (Deltaker 4)

I land som Polen er det en utbredt skepsis mot myndighetene, og befolkningen har en tendens til å være motvillige til å bli pålagt tiltak. På grunn av denne holdningen var det mange som ble forvirret over informasjonen som ble gitt av myndighetene og nyhetskanalene, da de ofte var motstridende. Politiets inngripen i folks privatliv, som å besøke mennesker i karantene, daglige telefonoppringninger og krav om bevis i form av bilder som viste at de var hjemme, var eksempler på tiltak som bidro til å øke mistilliten mellom befolkningen og myndighetene. Denne mangelen på tillit ble ytterligere forsterket av motstridende informasjon fra både offentlige og private nyhetskilder om hvordan man skulle bruke munnbind, hva viruset faktisk var, hvor smittomt det var, hvordan det spredte seg og andre viktige temaer.

Deltakeren som snakket om dette, mente at denne kulturen med skepsis mot myndighetene i Polen, blir tatt med av noen innvandrere til Norge. Dette kan ha bidratt til at noen personer i

Norge også har en tendens til å være motvillige til å følge myndighetenes pålegg og retningslinjer. Det er essensielt å være oppmerksom på disse holdningene og å finne måter å kommunisere på som kan bidra til å bygge tillit mellom befolkningen og myndighetene i Norge.

En ytterligere problematikk som ble diskutert var at norske autoriteter har en tendens til å bruke et avansert språk i kommunikasjonen sin, som førte til at enkelte deler av pressekonferansene ikke ble helt forstått. Dette kan igjen ha den uheldige konsekvensen at deltakere må gjøre egne søk for å forstå innholdet, enten ved å spørre andre eller ved å gjøre et bredere søk selv. I tillegg ble det påpekt at oversettelser fra myndighetene til andre språk ble publisert altfor sent i pandemien. Enkelte deltakere viste til at de arabiske oversettelsene ikke var gode, da arabisk er et vanskelig språk å oversette og konteksten ikke alltid ble forstått.

De bruker veldig høy nivå språk noen ganger, det blir litt vanskelig, for hvem forstår kanskje nesten han snakke norsk, det blir vanskelig, og det gjelder ikke bare sånn informasjon, nesten alle nettsider til regjering eller NAV eller noe, alle nesten bruke samme vanskelig språk, du forstår ikke du trenger noen ganger å fortsette, du trenger å forstå, men så forstår du motsatt. De bruker ikke sånn tidlig norsk, litt lettere vanlig informasjon, konkret, ferdig du trenger ikke, men det kommer til deg informasjon sånn to sider og da bare kanskje to linjer eller tre linker akkurat, også ferdig (Deltaker 5)

Tema 2 avdekket at deltakerne hadde ulik grad av tillit til informasjonen som ble presentert av myndighetene i deres hjemland og i Norge. Mens en begrenset andel av deltakerne hadde tillit til informasjonen som ble presentert av myndighetene i deres hjemland, hadde nesten alle deltakerne, med unntak av en person, full tillit til informasjonen som ble presentert av norske myndigheter. Folkehelseinstituttets nettsider ble hyppig brukt som en informasjonskanal, og var ansett som pålitelig. Det ble også observert at myndighetene i Norge var dyktige til å begrunne hvorfor restriksjoner var nødvendige, noe som skapte tillit blant deltakerne. Det er vel å merke at deltakerne var skeptiske til vaksinen i starten, men dette synet endret seg over tid på grunn av ulike livssituasjoner.

4.2.3 Tema 3: Betydningen av de nære relasjonene

I dette studiet ble det tydelig at deltakernes relasjoner til ulike aktører hadde stor innvirkning på deres valg om å følge smittevernsrestriksjoner, og om de skulle ta Covid-19-vaksinen eller ikke. Deltakerne opplevde et betydelig press fra både familie og arbeidsplass til å ta vaksinen, og noen følte seg tvunget til å ta den. Det var også deltakere som opplevde press fra venner eller bekjente til å ikke ta vaksinen, og som dermed valgte å avstå fra den.

Jeg kjente litt på det presset, at jeg var rar. Jeg vet ikke, jeg kjente på litt press, fra kollegaer og leger også. Jeg var usikker da, men jeg tok jo den vaksinen likevel da. Så jeg var ikke helt 100% sikker da (...) nei jeg tror det er hele, en kollektiv beslutning da, litt pga kollegaer som presser, hvis jeg ikke tar den så får jeg.. jeg ville ikke blitt forstått da. Også ville jeg også ta den for å beskytte meg selv (...) så det var en god blanding av forskjellige punkter da, noen var bra og noen var liksom litt, jeg ble litt mer skeptisk da til vaksinen under pandemien (Deltaker 4)

Deltakernes beslutninger om Covid-19-vaksinering ble påvirket av ytre faktorer, noe som førte til at noen valgte å ta vaksinen, mens andre valgte å avstå fra den. En deltaker valgte å nekte vaksinen som følge av press fra omgivelsene.

Jeg skal ikke ta, og jeg bestemt den, jeg ikke reiset ca til nå 5 år jeg ikke reiset. Selvom de bestemte at du kan ikke reise hvis du ikke har vaksinert. Så jeg sa okei greit, jeg vil ikke ta vaksine, og jeg vil ikke reise, hvis det er sånn dere sier, det ikke er helt frisk, dere tar noen regler som dere skal bestemme over meg, at jeg skal ta den, jeg sitter og vil ikke, og ferdig (Deltaker 5)

Resultatene fra studien indikerer at mange av deltakerne brukte nettverket sitt som en informasjonskilde da de skulle ta beslutningen om Covid-19-vaksinering. Dette nettverket bestod hovedsakelig av familie, venner og bekjente. Funnene viser at betydningen av deltakernes nære relasjoner var todelt, og at de kunne påvirke beslutningsprosessen både positivt og negativt. En deltaker i studien fortalte om sin dårlige erfaring med svineinfluensavaksinen, som nesten kostet henne livet og førte til et halvt år med rehabilitering. Hun bestemte seg for aldri å ta en vaksine igjen og advarte alle rundt seg mot å forsøke å tvinge henne til det. Imidlertid påvirket livssituasjonen og relasjonene hennes henne til å faktisk ta

Covid-19-vaksinen. Etter at pandemien brøt ut, opplevde hun å miste mannen sin, noe som førte til at hun ble deprimert og svekket. På grunn av hennes alder og underliggende sykdommer, var hun en sterk kandidat for å ta Covid-19-vaksinen. Til tross for tidligere erfaringer valgte hun å la seg overtale av sine nærmeste til å ta vaksinen. Dette skyldtes en endret livssituasjon og en følelse av likegyldighet til hva som skjedde med henne. Andre deltakere i studien mottok informasjon om vaksinen fra venner og bekjente i hjemlandet. Flere av deltakerne hadde tillit til hva venner og bekjente sa, uten å være for kritiske til informasjonen de mottok. Noen deltakere stolte kun på informasjon fra venner med helsefaglig bakgrunn.

Det var noen av de var helsepersonell ja. Noen av de er sykepleier og mhm. På sykehus, eller en som jobbet med flyktninger, som hadde ekstra mye kunnskap ift den hvis noen kommer og hvilken restriksjoner man må ha og vi har også fått mulighet at noen handler for oss. Som sagt mannen min var veldig alvorlig syk, og de ville hjelpe oss og sette oss ikke i fare med at jeg må gå på butikken og sånn, vi har fått veldig god hjelp faktisk av venner, som kommer med mat til oss eller medisiner som vi må ha (Deltaker 6)

I tillegg til å uttrykke bekymring for sine nærmeste i hjemlandet, viste deltakerne i studien en vilje til å samle inn korrekt og pålitelig informasjon om pandemien for å videreformidle til sine kjære. Imidlertid ble det avdekket en uheldig konsekvens av denne informasjonsinnsamlingen, hvor enkelte relasjoner også formidlet feilinformasjon. En av deltakerne rapporterte at i Afghanistan ble pandemien ansett som et overtroisk fenomen, og at befolkningen ikke tok den på alvor eller brydde seg om den. De mente at det var opp til Gud om man ble rammet av sykdom eller ikke. I tillegg til dette kunne også sosiale medierelasjoner som eksempelvis Facebook være problematiske, da flere av deltakerne mottok mye forskjellig informasjon fra venner de stolte på, som også inkluderte misinformasjon.

Jeg synes det var veldig mye sånn der informasjon som vanlige folk la ut på facebook også. Og det var mange som trodde på det. Og mye av informasjonen var falsk. Det var mye kritisering, var veldig mye kritikk (...) Jeg følte at det var mange som la ut ting. Bare.. de var sånn her bare.. de feilinformerte og prøvde å liksom rakke ned på FHI da, og kritiserte hele regjeringen da, som kanskje har prøvd sitt beste og presentere de forskjellige planene også. Det var liksom i overkant av. Det var.. de kritiserte regjeringa og FHI mye da. Og hva de synes er urettferdig, og da ble andre påvirket av den informasjon da. Så jeg har jo noen

folk som la ut flere innlegg på facebook, og jeg var litt sånn slutt og å misinformere folk da, og svekke tillitten til de forskjellige offentlige steder da. Akkurat det trengte ikke folk der og da. Ja og det var det dessverre mye av den type informasjon på sosiale medier da, mhm
(Deltaker 4)

I noen tilfeller ble det observert at deltakerne ble sett på som en kilde til pålitelig og verdifull informasjon om pandemien, spesielt blant deres venner med samme nasjonale bakgrunn i Norge. En deltaker, som var helsearbeider, opplevde at hans venner var svært avhengige av hans kunnskap og erfaring, og søkte hans råd om pandemien. Disse vennene var skeptiske til vaksinen, og deltakerens ansvarsfølelse for å gi dem korrekt og pålitelig informasjon økte. Det var flere deltakere som rapporterte om skepsis til vaksinen blant deres venner med samme kulturelle bakgrunn i Norge, og det var generelt observert at majoriteten av deltakerne var skeptiske til vaksinen i begynnelsen. En annen deltaker uttrykte bekymring for sine barns helse og nektet å la dem ta vaksinen.

Det var bare produsert, og det er ikke greit, feks jeg vil ikke at barna mine skal få den vaksine, ellers sønnen min er 12 vi vil ikke at han skal ta den vaksinen, takk gud dattera mi trenger ikke, hun er mindre enn 12. han er 14 nå, men på den tiden vi sa nei til å vaksine for han
(Deltaker 1)

Kort oppsummert så indikerer Tema 3 at deltakernes relasjonelle nettverk hadde en betydelig innvirkning på deres valg og handlinger i forbindelse med pandemien, spesielt med hensyn til vaksinevalg. Noen deltakere opplevde et press fra sine relasjoner, mens andre følte angst og usikkerhet som følge av informasjonsflommen om pandemien. Deltakernes livssituasjoner, sammen med deres relasjonelle nettverk, påvirket også deres tankegang og handlingsmønster i stor grad. For eksempel hadde Covid-19 en direkte innvirkning på valgene til en av deltakerne da hans far døde som følge av pandemien. En annen deltaker hadde en alvorlig syk pårørende som krevde hennes oppmerksomhet og fokus. Andre deltakere hadde jobber som førte til at de hadde et mer variert nettverk rundt seg. Noen deltakere brukte sine relasjoner som sin hovedinformasjonskilde om pandemien, og hadde stor tiltro til informasjonen som ble delt. Flere deltakere fikk også informasjon om pandemien gjennom sosiale medier fra sine relasjoner, og hadde tiltro til informasjonen som ble delt.

5.0 Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke innvandreres erfaringer og opplevelser av ulike informasjonskanaler som ble benyttet under Covid-19-pandemien, samt hvordan de anvendte sin helsekompetanse ut fra informasjonen de ervervet seg.

Studien avdekker at i den tidlige fasen av pandemien, foretok de fleste deltakerne en omfattende søken etter informasjon om pandemien fra et mangfold av kilder, både online og offline. Deltakerne stolte på lokale, nasjonale og internasjonale nyhetskilder, samt informasjon fra sosiale medier, som for eksempel YouTube. Deltakerne fikk også mye informasjon gjennom skole og jobb. Informasjon om Covid-19 ble etter hvert oversatt til andre språk, men dette var ikke noe deltakerne benyttet seg i stor grad av. En deltaker sa også at oversettelsene ikke var adekvate. Flere av deltakere utvidet også informasjonssøket sitt på grunn av bekymringer for familie og venner. Selv om alle deltakerne fulgte med på pressekonferansene som ble holdt av den norske regjeringen, kunne noen av deltakerne oppleve at språket som ble brukt var for byråkratisk og faglig. Selv om flere av deltakerne hadde tillit til utsagn fra norske myndigheter, hadde flertallet lav tillit til informasjon som kom fra deres respektive hjemland. Noen av deltakerne gjennomførte mer kritiske søk og søkte informasjon fra organisasjoner som WHO, mens to deltakere skilte seg ut ved å forsøke å unngå for mye informasjon.

Deltakerne i studien vurderte smittevern basert på deres evne til å forstå helseinformasjon som var relevant for smittevern. Informasjonsmengden om pandemien førte til at deltakernes vurderinger var preget av overveldelse, og deres tidligere erfaringer med helsekriser spilte også inn, eksempelvis hvor en av deltakeren ikke ville vaksinere seg på grunn av sin dårlige erfaring etter svineinfluensavaksinen. Deltakerne som fikk oppklaring og støtte fra sosiale nettverk, klarte å håndtere pandemien bedre.

5.1 Et bredere søk etter informasjon

Under Covid-19-pandemien ble informasjon formidlet gjennom ulike kanaler. Media hadde sin sentrale rolle i å formidle informasjon gjennom pandemien, ettersom de var en avgjørende kilde til informasjon om faktorer som fremmer og forebygger sykdom (Araújo et al., 2021).

Tilliten til informasjonen kan påvirkes av både avsenderen og informasjonskanalen. Denne studien viste at intervjuobjektene tilegnet seg kunnskap om Covid-19 gjennom nyhetskanaler, sine sosiale nettverk, arbeidsplass og sosiale medier. Flere studier har vist til de samme funnene i informasjonsinnhenting gjennom ulike kanaler, slik som en tidligere studie av Ahmad og Hillman (2021) som viste til at kvinner i Syria brukte Facebook og WhatsApp som sin primære kilde for Covid-19-informasjon, mens det kan diskuteres om menn har andre foretrukne informasjonskanaler.

Resultatene av dette studien viser at det er vesentlig å forstå hvordan minoritetsgrupper søker etter informasjon, og hvilke utfordringer de møter i denne prosessen. For å kunne gi relevant og tilstrekkelig informasjon, er det nødvendig å ta hensyn til språkbarrierer og kulturelle forskjeller, samt å tilby tilstrekkelig informasjon om situasjonen i både Norge og hjemlandet. Indseth, Godøy, et al. (2021) påviste i deres rapport at nær 30 prosent av innvandrere bosatt i Norge ikke benyttet digitale søkemuligheter for å innhente helseinformasjon, og at digital kompetanse ble ansett som en betydelig utfordring. Disse observasjonene ble gjort før pandemien og kan ha resultert i at overgangen fra å ikke benytte digitale søkemuligheter til å bli en aktiv bruker av slike verktøy, ble ytterligere komplisert. Dette viser viktigheten av å ikke bare øke helsekompetansen til denne delen av befolkningen, men også den digitale helsekompetansen.

Et av funnene i dette studiet var at det var svært utfordrende å forstå hvordan man skulle ta vaksiner og hvilke smittevernstiltak som gjaldt. Dette støttes opp av en rapport fra 2021 gjort av det Europeiske smittevernbyrået (ECDC) i Den europeiske union (EU) som viser til hvordan lavere språkferdigheter og forskjellige nivåer av helsekunnskap kan ha møtt barrierer for folkehelsemeldinger, når og hvor de skal testes, og isolasjons- og kontaktporsingsprosesser. Det ble blant annet også sett i USA og Canada at dårlig språkkompetanse resulterte i lave testfrekvenser. I hele Europarådets medlemsland ble informasjon om testing eller rettigheter til helsetjenester på vanlige migrantspråk bare funnet i 6 prosent av landene (ECDC, 2021, s. 9). Ahmad og Hillman (2021) sin studie kan også bekrefte hvordan Qatar ikke oversatte tilstrekkelig informasjon til flere språk. Disse faktorene er med på å bidra til mangel på nøyaktig og tilgjengelig informasjon, som fører til at innvandrere utfører et bredere søk for å forstå. I England ble det erfart hvordan asylsøkere sine oppfatninger om vaksinen var basert på feilinformasjon de hadde ervervet seg. Noen av eksemplene av misinformasjon de kom med ble også nevnt av noen av deltakerne i dette

studiet som eksempelvis at vaksinen kan inneholde en mikrobrikke eller at befolkningen er testkaniner (ECDC, 2021, s. 10).

Det er tydelig at informasjonskanaler spilte en betydningsfull rolle i deltakernes oppfatning av pandemien. Deltakerne ble også påvirket av deres sosiale og familiære bekymringer, som førte til et bredere søk etter informasjon. Mangelen på klarhet og tilstrekkelig informasjon fra myndighetene førte til at mange måtte søke etter informasjon selv, noe som kan ha ført til usikkerhet og forvirring.

Som følge av pandemien ble det innført en rekke restriksjoner for å begrense spredningen av viruset. Disse restriksjonene ble justert og tilpasset gjennom hele pandemien, og det var variasjoner i hvordan de ulike kommunene valgte å håndtere situasjonen. Dette medførte utfordringer for både enkeltpersoner og næringsvirksomheter når det gjaldt å holde seg oppdatert på de stadig endrede restriksjonene. Kommunenes nettsider fikk derfor en økt betydning som informasjonskilde.

Deltakernes økte avhengighet av kommunenes nettsider kan tolkes som en indikator på samfunnets økende digitalisering av informasjonsflyten. Dette understreker behovet for å forbedre kommunikasjonen mellom myndighetene og befolkningen i en krisesituasjon. Det er essensielt å utvikle bedre strategier for å nå ut til ulike grupper i samfunnet med relevant og pålitelig informasjon. Studien til Ahmad og Hillman (2021) avdekket at forskjellige typer påvirkere i sosiale medier var i stand til å spre informasjon om Covid-19 på en mer effektiv måte enn myndighetene i Qatar. Dette indikerer at påvirkere kunne ha blitt brukt i større grad i samarbeid med myndighetene for å nå ut til flere. Siden mange deltakere i denne studien brukte sosiale medier som YouTube og Facebook, kan påvirkere sees på som en uavhengig gruppe som gir ut sine "ærlige" meninger hvor flere innvandrere i dette studiet og andre studier har nevnt at det er lettere å se på forenklete videoer enn å lese en tekst (Ahmad & Hillman, 2021). I løpet av pandemien på Vestlandet samarbeidet de lokale myndighetene med trossamfunn og frivillige organisasjoner for å produsere korte informasjonsvideoer på flere språk (Papillon Bergen, 2021). Dette tiltaket kan bidra til en rask, nøyaktig og visuell formidling av informasjon, som igjen kan bidra til å øke forståelsen av informasjonen og motvirke behovet for å søke etter bredere informasjon. Skolene var også dyktige til å spre informasjon til studentene på flere språk, til tross for en deltaker som nevnte fraværet av kvalitet på oversettelsene. Dette kan bidra til å redusere usikkerhet og forvirring, og gi folk

nødvendig informasjon for å kunne håndtere en krisesituasjon på en best mulig måte. Mye av forvirringen kom av at noen deltakere følte at språket som ble brukt av regjeringen var for byråkratisk og faglig.

5.2 Tillit til systemet

Funnene i både tidligere studier og denne studien indikerer at en rekke faktorer kan bidra til at innvandrere har manglende tillit til myndighetenes råd og anbefalinger. Disse faktorene inkluderer religiøse autoriteter, kulturelle forskjeller og historiske hendelser (Ahmad & Hillman, 2021; Dong et al., 2022; Indseth, Fretheim, et al., 2021).

Studien til Ahmad og Hillman (2021) viser at en dypere forståelse av faktorene som påvirker tillit er nødvendig for å bygge pålitelighet og samarbeidet mellom myndighetene og innvandrerbefolkningen. Det er allerede dokumentert og bekreftet i tidligere forskning, og er også blitt påvist i denne studien at noen land som eksempelvis Afghanistan er drevet av religion og religiøs fatalisme (Indseth, Fretheim, et al., 2021). Befolkningen kan ha mistillit til myndighetene i hjemlandet fordi diskursen i disse landene ofte er preget av en religiøs ideologi som kan være i konflikt med vitenskapelig basert kunnskap (Indseth, Fretheim, et al., 2021). En mulig tilnærming til dette kan være å nå ut til denne delen av befolkningen gjennom respekterte individer som imamer (Ahmad & Hillman, 2021). En potensiell utfordring ved denne metoden er at regjeringen burde være involvert i prosessen. En annen mulig hindring ved å bruke sosialt fremtredende personer fra ulike samfunnslag for å formidle meldinger om forholdsregler mot Covid-19, er at regjeringen må være involvert i prosessen med å oversette informasjon som skal kommuniseres gjennom andre aktører for å kvalitetssikre hva som blir delt. Dette ble ikke gjort i Qatar, da regjeringen kun sendte informasjon på engelsk og lot radiostasjonene og enkeltpersonene stå fritt til å tilpasse språket selv. Dette kan føre til feiltolkninger og feilformidling. Dersom personer uten nødvendig faglig kompetanse forsøker å oversette faglig informasjon, kan dette føre til at informasjonen blir skjev eller mangelfull, og at det oppstår konflikter og misforståelser mellom de involverte partene.

Det er kritisk at budskapet og informasjonen er konsistent for å sikre troverdighet og aksept, spesielt i en krisesituasjon. Dersom myndighetene evner å formidle god kunnskap på et lett

forståelig språk som når ut til alle samfunnsgrupper, vil det sannsynligvis øke helsekompetansen til befolkningen. Studiens resultater indikerer at effektiv kommunikasjon og åpenhet fra myndighetenes side kan bidra til å skape tillit og aksept for nødvendige tiltak. Det bør imidlertid bemerkes at en av deltakerne ikke hadde tillit til myndighetene og ikke var kjent med FHI. Studien av Araújo et al. (2021) viser at helsekompetansen kan oppnås ved effektiv helsekommunikasjon, og at blant annet journalister spiller en fundamental rolle i videreformidling av informasjon. Det diskuteres videre hvor betydningsfulle aktører som nyhetsselskap og media var i det helsefremmende arbeidet. De spiller en sentral rolle i atferdsendring ved å fremme helsekompetanse (Araújo et al., 2021).

Araújo et al. (2021) går dypere inn på detaljene rundt journalistenes rolle i å formidle nøyaktig informasjon til publikum, spesielt i krisesituasjoner som pandemier. I dette studiet ble det funnet at norske journalister var dyktige til å formidle helseinformasjon på en måte som var forståelig og tillitsvekkende hos publikum. Dette førte til at publikum hadde høy tillit til regjeringen og deres håndtering av pandemien, noe som støttes opp av rapporten fra koronakommisjonen (NOU 2021:6, 2021). Til sammenligning så var resultatene i Spania svært annerledes, hvor befolkningen satt med en følelse av at myndighetene ikke var ærlige om situasjonen, som førte til mistillit og misnøye blant publikum. Dette understreker nødvendigheten av å opprettholde tilliten til befolkningen med å kontinuerlig være redelige og åpne. Det er svært viktig at mediene og myndighetene sammen jobber mot å formidle god og lett informasjon for å underbygge tilliten og samtidig øke helsekompetansen til befolkningen.

Når det gjelder Covid-19-vaksinen, kan det være relevant å undersøke hva som påvirket gruppen til å endre holdning til vaksinasjon. Det kan være hensiktsmessig å undersøke om livshendelser og personlige erfaringer alene var tilstrekkelig for å påvirke holdningsendring, eller om også ytre faktorer spilte en rolle. I dette studiet var de ytre faktorene som spilte en betydelig rolle hos deltakerne som var blant annet arbeidsplassen, skolen, familie og venner. Det er også verdt å reflektere over hva myndighetene kan gjøre for å kommunisere på en mer effektiv måte om vaksiner og eventuelle komplikasjoner som kan oppstå etter vaksinerings. Det var en viss mistillit til myndighetene og deres håndtering av vaksineringsen, da regjeringen forsøkte å unngå å ta stilling til komplikasjonene som oppsto etter vaksineringsen. Etter rapporterte tilfeller av dødsfall etter vaksineringsen med AstraZeneca-vaksinen var det en økning i skepsis til Covid-19-vaksinene i Norge som ble nevnt både i dette studiet og via

media (Thommessen, 2021). Videre undersøkelser kan bidra til å forstå hva som påvirker holdninger til vaksinasjon og hvordan myndighetene kan kommunisere bedre om vaksiner og eventuelle komplikasjoner. Etterfølgende i rapporten drøftes det om hvordan tilliten fra befolkningen til myndighetene også spiller en rolle. En av grunnene til at AstraZeneca ikke ble en del av vaksinasjonsprogrammet videre var for å ikke skape større skepsis i samfunnet. Om myndighetene hadde fortsatt bruken av AstraZeneca kunne konsekvensen blitt en redusert tillit til vaksinasjonsprogrammet i dag og fremover (Vorland, 2021, s. 60). Resultatene fra denne studien indikerer at deltakerne følte seg presset til å ta vaksinen på grunn av både sosialt stigma og ytre påvirkning.

Det er av stor betydning å vurdere hvordan dette kan påvirke vaksinerings mot andre sykdommer og hvordan man kan sikre høy vaksinasjonsdekning i fremtiden. Ved å øke helsekompetansen til befolkningen angående nødvendigheten av å ta vaksinen fremfor å gi dem en følelse av tvang, vil flere sannsynligvis velge å ta vaksine. Dersom man benytter seg av kommunikasjonskanaler som innvandrere vanligvis bruker, for å formidle korrekt og lettfattelig informasjon om vaksiner og smittevernstiltak, vil dette kunne føre til at innvandrere kan ta mer informerte valg i henhold til egne preferanser. Dette kan gjøres uten å svekke tilliten mellom innvandrere og myndighetene, og uten å påvirke holdningene til innvandrere i forhold til andre vaksinasjonsprogrammer. Som nevnt i innledningen har flere studier vist at vaksineskepsis allerede er høyere hos innvandrere enn den øvrige befolkningen (AuYoung et al., 2023). Det er vesentlig at myndighetene kommuniserer åpent og ærlig om både fordelene og risikoene ved vaksinene, og at de tar ansvar for å håndtere eventuelle komplikasjoner på en god måte. For å øke allmennhetens helsekunnskap om vaksiner og oppmuntre til informerte og veloverveide helsevalg, er det avgjørende å utvikle effektive kommunikasjonsstrategier. Det kan også være nyttig å videre undersøke hva som kan påvirke folks holdninger til vaksinerings.

5.3 Betydningen av de nære relasjonene

Som nevnt opplevde deltakerne press fra ulike hold når det gjaldt vaksinerings. Dette er noe deltakerne påpekte, og det støttes av flere rapporter (Bergsaker M. A. R. et al., 2021, s. 51; Vorland, 2021, s. 42). Deltakerne uttrykte også at de opplevde press fra sine nære relasjoner, som familie, venner og arbeidsplassen, som påvirket deres valg angående vaksinen og

smittevernstiltak. Funnene i denne studien viser at sosiale relasjoner spiller en vesentlig rolle i beslutningsprosessene rundt Covid-19-vaksinen, og at informasjonskampanjer og retningslinjer bør ta hensyn til disse relasjonene.

Det finnes omfattende litteratur som beskriver hvordan motstandsressurser kan anvendes for å håndtere utfordringer, og sosial støtte kan være en av disse ressursene (Idan et al., 2017, s. 57). Ifølge WHO (1986) er et støttende miljø en signifikant faktor for å opprettholde god helse (WHO, 1986, s. 2-3). Imidlertid kan det diskuteres om det også kan få negative utfall hvis miljøet rundt en ikke er fra et helsefremmende synspunkt. En studie utført i Indonesia av Sianturi et al. (2021) konkluderte med at sosial støtte kan bidra til å øke helsekompetanse og redusere risikoen for HIV-smitte. Sosial støtte var svært fordelaktig ved medisinerings av HIV-smittede med lav helsekompetanse (Sianturi et al., 2021). Dette studiet legitimerer disse funnene ved at flere tok vaksine basert på relasjonene rundt dem som støttet dem i å ta vaksinen. Samtidig går det imot Norges vaksinepolitikk ved at flere kjente på et stort press under pandemien, og tok vaksinen selv om de ikke ville, men for å slippe unna negative konsekvenser i miljøet rundt dem (Vorland, 2021, s. 42). Deltakerne i denne studien rapporterte også at de følte seg presset til å ta vaksinen på grunn av stigma og lignende faktorer. Dette viser at sosial støtte kan ha både positive og negative konsekvenser, avhengig av konteksten. Det er derfor nødvendig å ta hensyn til de sosiale faktorene som påvirker helsebeslutninger når man utvikler helsefremmende tiltak.

I denne studien refererte deltakerne hyppig til deres praksis med å søke etter informasjon gjennom sine sosiale nettverk når informasjon fra norske myndigheter var uforståelig. En studie utført av Finell et al. (2021) demonstrerte betydningen av støtte fra familie og venner for å innhente, oversette og implementere informasjon (Finell et al., 2021). Flere deltakere forsøkte også å bruke norske informasjonskanaler som en slags fasit for å forstå og videreformidle informasjonen til sine nettverk, også til de i hjemlandene sine.

Under pandemien ble oppdateringer og organisering hovedsakelig gjennomført på digitale plattformer, som krever visse digitale ferdigheter. Dette kan skape utfordringer for personer uten slike ferdigheter, som kan føre til at de blir mer avhengige av sitt sosiale nettverk. For eksempel, en deltaker i studien som ikke brukte digitale verktøy, var mer avhengig av sitt sosiale nettverk for å få tilgang til helseinformasjon. En annen deltaker uttalte at det var

vanskelig å ikke være statsborger, da vedkommende ikke kunne ha Bank ID og dermed ikke hadde tilgang til tjenester som Helse Norge. På den annen side, en deltaker som ikke benyttet seg av informasjonskanaler, lot seg påvirke av venner og bekjente når det kom til helsebeslutninger. Slike faktorer kan bidra til å øke helseulikheter og redusere digital helsekompetanse i befolkningen. Derfor er det viktig å øke digital helsekompetanse i befolkningen for å redusere helseulikheter og fremme helse og trivsel for alle, i tråd med regjeringens handlingsplan for å fremme folkehelsen i Norge (Meld. St. 15 Folkehelsemeldinga, 2022).

En studie utført av Priebe Rocha et al. (2021) viser at brasilianske immigranter i USA som befinner seg i en papirløs situasjon og som er redde for å søke hjelp fra myndighetene på grunn av frykt for utvisning, søker hjelp fra trossamfunn (Priebe Rocha et al., 2021). En deltaker i denne studien forklarte hvordan religion kan påvirke individets helsekompetanse ved å forstå at Gud beskytter og at man ikke nødvendigvis må gjøre så mye aktivt selv. Ved å legge all tro i Guds hender så tar man opplevelsen av handlekraft bort fra enkeltindivider (Indseth, Fretheim, et al., 2021). Mennesker som er tilknyttet trossamfunn kan la seg påvirke til å ta ugunstige valg. Imidlertid diskuterer studien til Finell et al. (2021) hvordan religion også kan fungere som en mestringsmekanisme under pandemien, når individer søker hjelp fra Gud og sin muslimske identitet for å forstå og håndtere frykten. Mens de tror på Guds vilje og beskyttelse, anerkjenner de også nødvendigheten av å ta ansvar og beskytte seg selv og andre mot viruset. Religion ga også mange trøst under pandemien (Indseth, Fretheim, et al., 2021).

I rapporten til Indseth, Finseth, et al. (2021) beskrives det hvordan noen av informantene opplevde det problematisk å overholde smittevernet på alvor på bakgrunn av presset både sosialt, fra familie, venner og nettverk som bestred deres kulturer og tradisjoner. Blant annet var det nokså ukjent i noen kulturer å holde avstand, samt fysisk kontakt som klemming og håndhilsning. Dette er ofte et symbol på kjærlighet og omsorg. I tillegg blir det ansett som respektløst å ikke møte opp til en fest eller samling man er invitert til, som førte til problematikk med begrensinger. Flere innvandrere så på det som en plikt å delta for å hindre konflikter innad i samfunnene. Dette var for dem en større konsekvens enn å bli smittet av korona (Indseth, Fretheim, et al., 2021).

Dette studiet viser at sosiale relasjoner spiller en sentral rolle i beslutningsprosessen knyttet til Covid-19-vaksiner. For å forbedre kommunikasjonen og informasjonskampanjene om fremtidige helsekriser kan man øke tilgjengeligheten av informasjon om vaksiner ved å bruke sosiale medier og andre digitale plattformer. Helsepersonell og vaksineeksperter kan engasjere seg mer aktivt på sosiale medier for å besvare spørsmål og bekymringer fra publikum, og utvikle informasjonskampanjer som er målrettet mot spesifikke befolkningsgrupper.

Det kan diskuteres om sosial støtte også kan ha en negativ innvirkning på beslutningsprosessen, for eksempel hvis nære relasjoner påvirker beslutninger på en måte som ikke er i tråd med individets egne preferanser eller interesser. Det er derfor viktig å ha en transparent og oppriktig kommunikasjon om vaksiner og å gi publikum tilgang til pålitelig informasjon. Helsemyndighetene kan også vurdere å tilby opplæring for å hjelpe folk med å utvikle digitale ferdigheter som kan bidra til å øke tilgjengeligheten av informasjon om eventuelt fremtidige helsekriser.

5.4 Studiens begrensninger

I dette studiet var målet å belyse innvandrers opplevelser og erfaringer under Covid-19-pandemien. Studiets ville få frem hvordan innvandrene opplevde ulike informasjonskanaler gjennom pandemien.

En begrensning ved å ha et bekvemmelighetsutvalg med kun syv deltakere er at resultatene ikke kan generaliseres til en større populasjon. Selv om målet med kvalitative studier ikke nødvendigvis er å generalisere funnene, er det likevel ønskelig å kunne overføre funnene til andre studier som kan bekrefte de samme funnene. Videre er det essensielt at studien oppfattes som pålitelig og gjenkjennbar for de som leser den (Malterud, 2017, s. 17). Hvis studien hadde blitt gjennomført som en kvantitativ studie, ville det vært mulig å inkludere flere deltakere og samle inn mer generaliserbare data gjennom et spørreskjema. Imidlertid ville det da vært vanskeligere å få inngående kunnskap om fenomenet, opplevelsene, erfaringene og forståelsen av dette. Denne studiens kjernepunkt er deltakernes forståelse og erfaringer. Begrensningene som oppsto på grunn av et lavt antall deltakere, ble forsøkt å kompenseres for ved å tilpasse spørsmålene til hver enkelt deltaker basert på kroppsspråk og

tolkning av dette. Forskjellene i dataene fra deltakerne indikerer også at datamaterialet gir innsikt på forskjellige nivåer.

Den språklige variasjonen og risikoen for misforståelser og feiltolkninger av deltakernes utsagn kan også være en begrensning. Selv om det forsøktes å være bevisst på egne forforståelser, kan det hende at noen av deltakernes utsagn ble feiltolket. Gyldigheten av studien kan være avhengig av transparensnivået i studien, og det er mulig at transparensnivået i studien ikke var tilstrekkelig. Videre kan det hende at deltakerne som ble rekruttert, ikke representerer hele populasjonen som studien ønsker å generalisere til.

Inkludering av deltakere som ikke snakker norsk flytende kunne ha vært en interessant tilnærming til studien. Imidlertid ville dette ha medført økonomiske utgifter for tolketjenester, som ikke er dekket i denne selvfinansierte oppgaven. Bruk av tolk kan også øke risikoen for å miste essensielt meningsinnhold, ettersom det må gå gjennom flere fortolkningsprosesser på grunn av oversettelse. Dataene som er samlet inn i dette studiet har blitt nøye kvalitetssikret ved at tolkningen kun er utført av en person uten mellomledd. Selv om språklig variasjon og risikoen for misforståelser og feiltolkninger av deltakernes utsagn kunne representere en begrensning, så har det sannsynligvis ikke hatt noen betydelig innvirkning på studiens resultater. Dette kan skyldes at det ble gjort forsøk på å være bevisst på egne forforståelser, og at deltakerne ble nøye instruert og veiledet i å kommunisere sine synspunkter og meninger på en klar og tydelig måte. Dette kan bekreftes ved at deltakerne fremsatte varierende og kontroversielle synspunkter. Videre ble studiens resultater verifisert og validert ved hjelp av flere forskjellige metoder og teknikker, som bidrar til å minimere risikoen for misforståelser og feiltolkninger. Studiens begrensninger ble også tatt i betraktning og diskutert grundig i oppgaven under metoddelen, noe som bidrar til å øke studiens validitet og pålitelighet. Det kunne vært av interesse å gjennomføre et fokusgruppeintervju fremfor individuelle intervjuer, men ettersom denne studien søker å undersøke individuelle opplevelser og erfaringer, var det ikke formålstjenlig. Dersom man hadde valgt å gjennomføre fokusgruppeintervjuer, ville etiske hensyn måttet tillegges større vekt, da deltakerne kunne ha delt taushetsbelagte helsedata om seg selv, for eksempel informasjon om vaksinasjonsstatus. Videre kunne deltakerne ha påvirket hverandre, og det er mulig at noen av deltakerne ikke ville ha våget å uttrykke sine tabubelagte og kontroversielle meninger.

Forskningsdeltakernes nasjonale opprinnelse varierer, og dette kan ha innvirkning på deres kulturelle bakgrunn og helsekompetanse. Det er mulig at innsamlingen av data fra

forskjellige deltakere med ulike bakgrunner og forhåndskunnskaper kan føre til begrensninger og påvirke kvaliteten på funnene i dette studiet. Resultatene i dette studiet kan ikke generaliseres til andre innvandrere i landet, da deltakerantallet med ulike bakgrunner kan være for lavt.

Oppgaven representerer min første masteroppgave, og jeg kan dermed anses som en uerfaren forsker. Tidligere har ikke teorier og analysemetoder som er anvendt i oppgaven blitt benyttet. Det er mulig at ytterligere erfaring med anvendte metoder og rutiner for intervjuer ville ha muliggjort bedre spørsmålsformuleringer, som kunne ha resultert i et mer omfattende datamateriale. Samtlige av de nevnte begrensningene må tas i betraktning ved vurdering av studiens kvalitet og overførbarhet.

5.4.1 Kvalitetskriterier

Siden oppgaven har en kvalitativ tilnærming, er det sentrale elementet at meningene og opplevelsene som er beskrevet, er subjektive. For å sikre at analysen var pålitelig og funnene var gyldige og verifiserbare, ble metodene og kvaliteten vurdert gjennom kriteriene for refleksivitet, pålitelighet, overførbarhet, troverdighet og bekreftbarhet. Analysen var grundig og systematisk for å sikre at funnene var representative for datamaterialet.

5.4.2 Refleksivitet og forforståelse

Ifølge Malterud (2019) innebærer personlig refleksivitet å reflektere over egne verdier, erfaringer, interesser og tro, og hvordan disse kan påvirke forskningen. Som helsepersonell må jeg være bevisst på mine fordommer når jeg forsker på temaer som pandemi og vaksiner. Jeg ønsker å bidra til å fremme folkehelsen i befolkningen, spesielt blant innvandrere, og øke kunnskapen om sosial ulikhet i et helseperspektiv. Min forforståelse kunne påvirket datainnsamlingen og analysering av det. Derfor måtte jeg vedlikeholde bevisstheten kontinuerlig om min rolle og evne til å lære (Malterud, 2019, s. 46-47).

Min bakgrunn som forsker inkluderer en bachelorgrad innen helsefag og syv års erfaring som radiograf ved Rikshospitalet. Som norskfødt med innvandrerforeldre fra Iran, er jeg klar over at min bakgrunn kan påvirke min forståelse av deltakernes opplevelser. Imidlertid kan det også være utfordrende å opprettholde tilstrekkelig distanse fra materialet for å unngå de problemene som Malterud (2019) påpeker. På grunn av bakgrunn, kan min rolle som forsker variere avhengig av situasjonen, noe som kan redusere nødvendig distanse til deltakerne for å

opprettholde fullstendig objektivitet. På den annen side kan det også føre til at jeg har et mer kritisk blikk på datamaterialet, fordi jeg hele tiden må etterstrebe nøytralitet for å holde meg objektiv. Det mest betydningsfulle er ikke nødvendigvis nøytralitet, men min bevissthet om hvordan jeg kan påvirke studiet. Som forskere er det nødvendig å være bevisst på våre egne fordommer og hvordan disse kan påvirke forskningsprosessen.

På grunn av usikkerhet om deltakernes svar, var det avgjørende for meg å sikre at de følte seg trygge og at jeg var interessert i deres erfaringer og fortellinger fra pandemien. Jeg var forsiktig med å ikke gå for dypt inn i smertefulle temaer og unngå å avspore samtalen, selv om mitt helsepersonell-instinkt ønsket å vise omsorg. Det er alltid en risiko for at man kan bli involvert i deltakerens følelser.

Språklig variasjon var en fremtredende faktor i studien, ettersom deltakerne hadde ulike morsmål. For å redusere risikoen for misforståelser og feiltolkninger av utsagnene, forsøkte jeg å være bevisst på mine egne forforståelser og ha et åpent sinn. Min kunnskap om og relasjon til deltakergruppen hjalp meg med å forstå sammenhenger, tolkninger og konklusjoner. Deltakerne følte seg trygge på å dele private detaljer, noe som kan indikere høy grad av tillit og trygghet i samtalen.

5.4.3 Pålitelighet (reliabilitet)

Metodene som ble brukt i studien, var relevante og pålitelige. Intervjuene ble gjennomført etter at samtykke fra deltakerne var innhentet angående bruk av opptak, enten ved diktafon eller videoopptak. Ved å benytte opptak kunne deltakernes utsagn gjengis presist, og det bidro til å redusere feil og unøyaktigheter i forskningsmaterialet. Uten bruk av lyd- eller videoopptak ville det vært vanskelig å oppnå tilsvarende nøyaktighet i reproduksjonen av sitater, og det ville ha vært utfordrende å oppnå en tilfredsstillende kvalitet på forskningsmaterialet (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 205-206). Et nøye utvalg av koder og sitater ble utarbeidet etter en systematisk og kritisk analyse av forskningsmaterialet, der relevante koder og sitater for å besvare forskningsspørsmålene ble identifisert og inkludert. Dette sikret at materialet som ble brukt i analysen, var pålitelig og relevant (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 240-242).

5.4.4 Gyldighet/overførbarhet (validitet)

Studiets validitet avhenger av transparensen i studiet. Studiets transparens øker kvaliteten ved at resultatene kan overføres til andre kontekster (Malterud, 2017, s. 62-63). Dette studiet gir innsikt i hvordan innvandrere som var deltakere i studiet opplevde informasjonen rundt seg under pandemien. Jeg har forsøkt å gi en "tykk beskrivelse" av hvordan datainnsamlingen ble gjennomført for å øke transparensen. Noen av spørsmålene ble endret underveis for å tilpasse språket til deltakerne, noe som kan føre til at selve intervjuguiden ikke er så transparent som den kunne ha vært. Disse fenomenene blir sett på i en lokal kontekst, og tilnærminger til videre studier bør utøves med forsiktighet. Studiet kan være anvendbart i andre situasjoner med lignende kontekst (Malterud, 2017, s. 62).

5.4.5 Troverdighet

For å sikre troverdighet i studien har jeg benyttet meg av "tykk beskrivelse" som tidligere nevnt. Dette innebærer utfyllende fortellinger fra deltakerne (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 112). Inklusjonskriteriene, rekrutteringsprosessen og intervjuenes gjennomføring har blitt beskrevet og begrunnet. Dette studiet har økt troverdigheten ved å bruke en trianguleringsprosess som beskrevet av Malterud (2017). Triangulering har blitt utført ved å bruke fire former: Metodetriangulering med systematiske litteraturgjennomganger og intervjuer som samler inn relevant data. Kildetriangulering ved å ha deltakere fra forskjellige etnisiteter og ulike posisjoner i livet. Observatørtiangulering ved at veileder var involvert i analysen av dataene, i tillegg til andre veiledere og medstudenter på masterseminaret. I tillegg ble teoritriangulering benyttet for å øke validiteten av studien. Datamaterialet ble gjennomgått flere ganger for å sikre at funnene var i tråd med eksisterende teori og forskning (Malterud, 2017, s. 190-191).

Intervjuguide ble benyttet for å sikre at temaene som ble diskutert var relevante for oppgaven og for å øke troverdigheten av resultatene. Samtidig ble det også gitt rom for fleksibilitet til å diskutere temaer som deltakerne selv tok opp. Dette bidro til å øke validiteten av studien ved å sikre at observasjonene var relevante og representative for problemstillingen.

5.4.6 Bekreftbarhet

For å etterleve kvalitetskriteriet om bekreftbarhet, har det blitt lagt vekt på å holde seg tro til informantenes utsagn ved å gjengi direkte sitater. For å redusere fortolkning ble det stilt

oppklaringsspørsmål, og informanten fikk mulighet til å bekrefte eller avkrefte tolkningene. For å sikre at studiet er bekreftbart, har hele forskningsprosessen blitt beskrevet og begrunnet, og tolkningene er kun forankret i dataene, ikke forskerens egne preferanser eller synspunkter (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 283).

6.0 Konklusjon

En lærdom fra denne studien er at det er essensielt å ha tilgang på pålitelig helseinformasjon fra ulike kilder, spesielt i perioder med pandemi eller andre helsekriser. Det kan også være hensiktsmessig å utvide informasjonsgrunnlaget for å oppnå en bredere forståelse av situasjonen.

Basert på den foregående diskusjonen kan vi konkludere med at minoritetsgrupper møter utfordringer med å skaffe relevant og pålitelig informasjon om Covid-19. Disse utfordringene kan føre til økt risiko for alvorlige helseproblemer og dødsfall. Det er derfor viktig at regjeringen tar ansvar for å sikre at minoritetsgrupper har tilgang til pålitelig informasjon om Covid-19. Studien viste at deltakerne brukte en rekke informasjonskanaler for å skaffe seg informasjon om Covid-19, inkludert lokale, nasjonale og internasjonale nyhetskilder, sosiale medier som Facebook og YouTube, samt skole- og jobbrelaterte kilder. Mange av deltakerne søkte også informasjon fra helsepersonell og andre fagpersoner, mens noen brukte informasjon fra venner og familie. Imidlertid rapporterte noen av deltakerne at språket som ble brukt i pressekonferansene var for byråkratisk og faglig, og at informasjonen ikke var tilstrekkelig tilgjengelig for personer med ulike språkferdigheter. Det er derfor viktig at regjeringen tar ansvar for å sikre at minoritetsgrupper har tilgang til pålitelig informasjon om Covid-19.

For å oppnå dette må regjeringen gjøre følgende:

1. Regjeringen bør øke tilgjengeligheten av informasjon om Covid-19 på flere språk, slik at minoritetsgrupper har lett tilgang til informasjon på offentlige nettsider og sosiale medier, som vil bidra til å øke bevisstheten om Covid-19 og redusere risikoen for alvorlige helseproblemer og død blant disse gruppene.
2. For å oppnå lik informasjon om Covid-19 for alle, bør regjeringen også sørge for at informasjonen er tilgjengelig på en lettfattelig måte. Språket bør være klart og enkelt.

3. Samarbeide med minoritetsgrupper og organisasjoner som arbeider med minoritetsrettigheter for å identifisere og løse utfordringene minoritetsgrupper møter i å finne relevant og pålitelig informasjon om Covid-19.
4. Øke bevisstheten om utfordringene minoritetsgrupper møter i å finne relevant og pålitelig informasjon om Covid-19, og oppfordre til en mer inkluderende tilnærming til informasjonsformidling i samfunnet. Dette bidrar til å øke helsekompetansen blant innvandrere og minoritetsgrupper, slik som det er fastslått i regjeringens handlingsplan (Meld. St. 15 Folkehelsemeldinga, 2022)

I sum kan det sies at det er avgjørende at regjeringen tar ansvar for å sikre at minoritetsgrupper har tilgang til pålitelig informasjon om Covid-19. Ved å øke tilgjengeligheten av informasjon på flere språk, samarbeide med minoritetsgrupper og organisasjoner som arbeider med minoritetsrettigheter, og øke bevisstheten om utfordringene minoritetsgrupper møter, kan vi sikre at alle har like muligheter til å beskytte seg selv og sine nærmeste mot Covid-19.

7.0 Referanseliste

- Ahmad, R. & Hillman, S. (2021). Laboring to communicate: Use of migrant languages in COVID-19 awareness campaign in Qatar. *Multilingua*, 40(3), 303-337.
<https://doi.org/doi:10.1515/multi-2020-0119>
- Araújo, R., Lopes, F., Magalhães, O., Sá, A. & Aguiar, A. (2021). Behavior Guidance during the Covid-19 Pandemic: Health Literacy as a Weapon against the Virus. *Health Commun*, 38(3), 490-498. <https://doi.org/10.1080/10410236.2021.1956070>
- AuYoung, M., Rodriguez Espinosa, P., Chen, W.-t., Juturu, P., Young, M.-E. D. T., Casillas, A., Adkins-Jackson, P., Hopfer, S., Kissam, E., Alo, A. K., Vargas, R. A. & Brown, A. F. (2023). Addressing racial/ethnic inequities in vaccine hesitancy and uptake: lessons learned from the California alliance against COVID-19. *J Behav Med*, 46(1-2), 153-166. <https://doi.org/10.1007/s10865-022-00284-8>
- Bergsaker M. A. R., B., B., , Daae, A., Flottorp, S., Forland, F., Furuseth, E., Godøy, A. A., Hart, R. K., Høstmælingen, N., Indseth, T., Knapstad, M., Knudsen, A. K. S., Labberton, A., Nes, R. B., Nilsen, T., Nøkleby, H., Ottersen, T., Reme, B.-A., Rolfheim-Bye, C., Røttingen, J.-A., . . . Aarø, L. E. (2021). *Folkehelse rapportens temautgave 2021. Folkehelsen etter covid-19. Pandemiens konsekvenser for ulike grupper i befolkningen*.
<https://www.fhi.no/contentassets/b669d0bbb94943efae9793b33526d415/folkehelse-pportens-temautgave-2021---folkehelsen-etter-covid-19.pdf>
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis : a practical guide*. SAGE.
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2015). *InterViews : learning the craft of qualitative research interviewing* (3rd. utg.). Sage.
- Cairney, P., St Denny, E. & Mitchell, H. (2021). The future of public health policymaking after COVID-19: A qualitative systematic review of lessons from Health in All Policies. *Open research Europe*, 1, 23.
<https://doi.org/10.12688/openreseurope.13178.2>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ; International student. utg.). SAGE.
- Datatilsynet. (2018). Personvernombud og forskning.
<https://www.datatilsynet.no/personvern-pa-ulike-omrader/forskning-helse-og-velferd/personvernombud-og-forskning/>

- Daugstad, G. (2008). *Innvandring og innvandrere 2008* (Bd. 103). Statistisk sentralbyrå.
- Dong, L., Bogart, L. M., Gandhi, P., Aboagye, J. B., Ryan, S., Serwanga, R. & Ojikutu, B. O. (2022). A qualitative study of COVID-19 vaccine intentions and mistrust in Black Americans: Recommendations for vaccine dissemination and uptake. *PLOS ONE*, 17(5), e0268020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268020>
- ECDC. (2021). *Reducing COVID-19 transmission and strengthening vaccine uptake among migrant populations in the EU/EEA*. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-reducing-transmission-and-strengthening-vaccine-uptake-in-migrants.pdf>
- Finell, E., Tiilikainen, M., Jasinskaja-Lahti, I., Hasan, N. & Muthana, F. (2021). Lived Experience Related to the COVID-19 Pandemic among Arabic-, Russian- and Somali-Speaking Migrants in Finland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2601. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/5/2601>
- FN. (2021). *Menneskerettigheter*. <https://www.fn.no/tema/menneskerettigheter/menneskerettigheter>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid 24.06.2011*. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-29>
- Gele, A. A., Pettersen, K. S., Torheim, L. E. & Kumar, B. (2016). Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. *BMC Public Health*, 16(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3790-6>
- Green, J., Cross, R., Woodall, J. & Tones, K. (2019). *Health Promotion: Planning & Strategies* (Bd. 4.). SAGE Publications Ltd.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helse-kompetansen i befolkningen 2019-2023*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning 20.06.2008*.
- Helsenorge. (u.å.). *Gode helse- og omsorgs-tjenester*. <https://www.helsenorge.no/lettlest/>
- Idan, O., Eriksson, M. & Al-Yagon, M. (2017). The Salutogenic Model: The Role of Generalized Resistance Resources. I M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström & G. A. Espnes (Red.), *The Handbook of Salutogenesis* (s. 57-69). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_7

- Indseth, T., Fretheim, A., Ezzati, R. T., Gele, A., Brekke, J.-P., Elgersma, I. H., Godøy, A., Hussaini, L., Sheikh, S. S., Rø, G., Arnesen, T., Bjørbæk, M., Duahle, H., Engebretsen, S., Eide, H., Fevåg, J., Flatø, M., Gawad, M., Grøtting, M. W., Hernæs, K., . . . Telle, K. (2021). *Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer*.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/koronapandemien-og-innvandrerbefolkningene-vurderinger-og-erfaringer-rapport-2021.pdf>
- Indseth, T., Godøy, A., Kjøllesdal, M., Arnesen, T., Carelo, C. J., Vinjerui, K. H., Elgersma, I. H. & Telle, K. (2021). *Covid-19 etter fødeland fra mars 2020 til februar 2021*.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/Covid-19-etter-fodeland-fra-mars-2020-til-februar-2021-rapport-2021.pdf>
- Kompetansebroen. (2020). *Korona på flere språk*.
<https://www.kompetansebroen.no/article/korona-pa-flere-sprak>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Joranger, P. & Guttersrud, Ø. (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del I. The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19) – et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHII. Rapport IS-2959*. Helsedirektoratet.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- Malterud, K. (2019). *Qualitative Metasynthesis : A Research Method for Medicine and Health Sciences*. Routledge.
- Meld. St. 15 Folkehelsemeldinga. (2022). Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/918eb71926fc44c8802fe3c2e0b9a75a/nn-no/pdfs/stm202220230015000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 19 Folkehelsemeldinga. (2018). Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
- NOU 2021:6. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien — Rapport fra Koronakommisjonen*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2021-6/id2844388/>

- NTB nyheter. (2021, 19.01.2021). Nå kommer oppdatert koronainformasjon på flere språk. *Dagsavisen*. <https://www.dagsavisen.no/oslo/nyheter/2021/01/19/na-kommer-oppdateret-koronainformasjon-pa-flere-sprak/>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Papillon Bergen. (2021). *Informasjon om testing, isolasjon og nærkontakter*. YouTube. https://youtube.com/playlist?list=PLVMaNree43a_MhvBTCFe6FUDd1MSOFomN
- Sianturi, E. I., Perwitasari, D. A., Soltief, S. N., Atiqul Islam, M., Geboers, B. & Taxis, K. (2021). Health literacy of people living with HIV in a rural area in Indonesia: A cross-sectional study. *Health & Social Care in the Community*, 29(1), 127-134. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hsc.13075>
- SIKT. (u.å.). *Personverntjenester for forskning*. Hentet 09.05.23 fra <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning>
- SSB. (2019). *Slik definerer SSB innvandrere*. <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/slik-definerer-ssb-innvandrere>
- Thommessen, L. S. (2021). AstraZeneca-saken har svekket nordmenns vilje til å ta vaksine. *NRK*. <https://www.nrk.no/norge/astrazeneca-saken-har-svekket-nordmenns-vilje-til-ata-vaksine-1.15421138>
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk : helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Universitetet i Oslo. (2017). *Nettskjema diktafon-app—Universitetet i Oslo*. Hentet 09. mai 2023 fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Vorland, L. (2021). *Ekspertutvalget om virusvektorvaksiner - Vurderinger av virusvektorvaksiner i og utenfor vaksinasjonsprogrammet*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/46795a8782994e368e7a6a57d56bdf95/rapp-ort-vorland-utvalg.pdf>
- WHO. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349652/WHO-EURO-1986-4044-43803-61677-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO. (1988). Healthy public policy - Adelaide recommendations. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59559/WHO_HPR_HEP_95.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

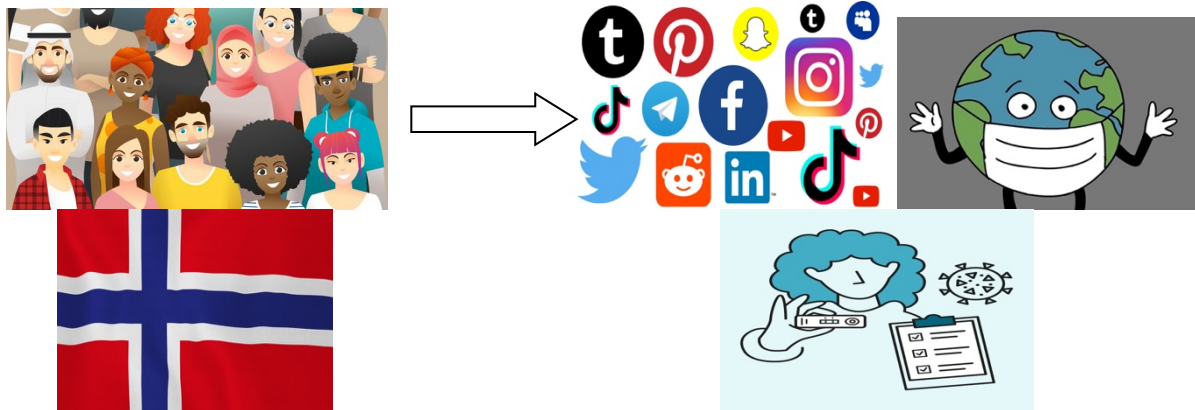
- WHO. (2020). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- WHO. (2023). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int>
- World Medical Association. (1964). WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Øverland, S., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V. & Tollånes, M. C. (2016). *Sykdomsbyrden i Norge i 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016*. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016.pdf>

Vedlegg:

Vedlegg 1 Informasjonsskriv/samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet
”Innvandrerers informasjonskanaler gjennom Covid-19 pandemien”?

Hei! Har du lyst å være med i et forskningsprosjekt? Vi ønsker å finne ut hvordan sosiale medier fra hjemlandet til innvandrere har påvirket kunnskapen om Covid-19, under pandemien.



Formål

I dette prosjektet vil vi finne ut hvordan sosiale medier som Facebook, Instagram, Telegram, Whatsapp og andre apper påvirket det innvandrere kunne om covid-19 under pandemien. Og om ting de leste fra hjemlandet kan ha påvirket hva de tenkte om hvordan det var i Norge under pandemien.

Vi har lyst å snakke med noen innvandrere som brukte sosiale medier og fulgte med på hva som skjedde i hjemlandet under pandemien. Vi håper du vil være med!

Vi vil for eksempel stille deg spørsmål som:

- Hvilke kanaler i sosiale medier bruke du for å få informasjon om covid-19?
- Hvordan opplevde du informasjon som kom fra norske helsemyndigheter?

Hvis du har lyst å være med, vil vi gjerne også snakke med andre du kjenner som også er innvandrere som brukte sosiale medier under pandemien!

Dette prosjektet er en masteroppgave fra Oslo Metropolitan University (OsloMet).

Hvem leder forskningsprosjektet?

Forskeren heter Tina Sohrabi



(Bilde av forsker Tina Sohrabi)

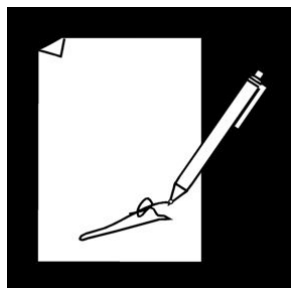
Det er også en forsker som er veileder fra OsloMet med i prosjektet. Hun heter Sara Rivenes Lafontan og er Førsteamanuensis.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi spør deg om å være med, fordi du er født i utlandet, men bor i Norge og fordi du bodde her under covid-19 pandemien.

Vi vet enda ikke hvem du er eller hva du heter, men din kontaktperson gir deg dette brevet fra oss.

Hvis du har lyst å være med i forskningsprosjektet, må du skrive under på siste ark i dette brevet, og da vil vi ta kontakt med deg.



Hvis du ikke har lyst å være med, tar vi ikke kontakt med deg.

Hva betyr det for deg å delta?

Hvis du har lyst å delta i forskningsprosjektet, vil vi ha et intervju med deg. Et intervju er en samtale der vi stiller deg forskjellige spørsmål. Spørsmålene vil handle om hvor du fikk informasjon om Covid-19 fra under pandemien.

Kun Tina vil være med under intervjuet, og hun vil gjøre lydopptak av intervjuet. Intervjuet vil ta ca. 45 minutter.



Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det betyr at du kan velge selv om du har lyst å være med eller ikke.

Ingen andre kan velge dette for deg. Det er bare du som kan samtykke. Samtykke betyr at du sier at du synes noe er greit.



Hvis du vil delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Det betyr at det er lov å ombestemme seg, og det er helt i orden. All informasjon om deg vil da bli slettet.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller om du først sier «ja» og så «nei». Ingen vil bli sur eller lei seg, og det vil ikke ha noe å si for jobben din.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke informasjonen om deg til å finne ut om hvor du fikk informasjon om covid-19 under pandemien, og hvordan det påvirket tiden din.

Vi vil ikke dele din informasjon med andre. Det er bare forsker Tina og forskerens veileder Sara som har tilgang til informasjonen.

Vi passer på at ingen kan få tak i informasjonen som vi samler inn om deg.

Vi lagrer all informasjon på en sikker datamaskin.

Vi sletter lydopptak fra intervjuet når vi har skrevet ned alt som vi har snakket om.

Vi passer på at ingen kan kjenne deg igjen når vi skriver forskningsartikler. Vi vil for eksempel finne opp et annet navn når vi skriver om deg.

Vi følger loven om personvern.

Vi har fått godkjent denne oppgaven av Norsk senter for forskningsdata (NSD) med referansenummer: 239218.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Vi er ferdig med forskningsprosjektet 15.06.2023.

Da vil vi passe på at all informasjon om deg er slettet.

Dine rettigheter

Hvis det kommer frem opplysninger om deg i det som vi skriver, eller har i dokumentene våre, har du rett til å få se hvilken informasjon om deg som vi samler inn. Du kan også be om at informasjonen slettes slik at den ikke finnes lenger. Dersom det er noen opplysninger som er feil kan du si ifra og be forskeren rette dem. Du kan også spørre om å få en kopi av informasjonen av oss. Du kan også klage til Datatilsynet dersom du synes at vi har behandlet opplysningene om deg på en uforsiktig måte eller på en måte som ikke er riktig.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler informasjon om deg bare hvis du sier at det er greit og du skriver under på samtykkeskjemaet.

Hvor kan jeg finne ut mer?



Hvis du har spørsmål om studien, kan du ta kontakt med:

- OsloMet ved Sara Rivenes Lafontan på e-mail: sararive@oslomet.no, hun er veileder for studiet.
- OsloMet ved Tina Sohrabi på e-mail: s196203@oslomet.no, hun er masterstudenten som skal utføre studiet.

Hvis du har spørsmål om personvern kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen
Tina Sohrabi

Skriv under her, hvis du vil bli med i vårt prosjekt.

Navn:

E-mail:

Telefonnummer:

Signatur:

X _____

Vedlegg 2 Godkjenning fra SIKT



Norsk ▾ Tina Sohrabi ▾

[Meldeskjema](#) / [Hvordan tilegnet innvandrere som er bosatt i Norge seg informasjon om covid-...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Skriv ut

15.08.2022 ▾

Referansenummer

239218

Vurderingstype

Standard

Dato

15.08.2022

Prosjektittel

Hvordan tilegnet innvandrere som er bosatt i Norge seg informasjon om covid-19, gjeldene smittevern tiltak og vaksine under pandemien?

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Prosjektansvarlig

Sara Rivenes Lafontan

Student

Tina Sohrabi

Prosjektperiode

01.08.2022 - 15.03.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 15.01.2025.

Vedlegg 3 Intervjuguide

Introduksjon

I dette studiet så skal jeg se på hvordan sosiale medier har påvirket kunnskapen om Covid-19 under pandemien for den flerkulturelle delen av befolkningen. Jeg er spesielt interessert i å høre om dine erfaringer under pandemien i Norge og eventuelt hvordan du forholdt deg til informasjon fra hjemlandet.

Jeg sendte et informasjonsskriv/samtykke om dette tidligere, fikk du lest gjennom det og eventuelt skrevet under? (*Hvis ikke kan de skrive under nå*). Har du noen spørsmål før vi starter?

Før vi går i gang med intervjuet, ønsker jeg/vi å stille noen bakgrunnsspørsmål

Hvor gammel er du?

Hvor mange år har du bodd i Norge?

Hvilket land er du opprinnelig fra?

Er du i arbeid? I så fall, yrke?

Kjønn?

Spørsmål angående pandemien

Tenk tilbake til starten av pandemien, kan du fortelle meg hvordan du hørte om viruset og hva du gjorde for å samle inn informasjon om det?

Hvordan fant du ut at det var smittevernstiltakene som var underveis i pandemien? Hvor så eller hørte du om det? (eks sosiale medier ((ikke viktig med hvilken spesifikke)), norske mediers kanaler, hjemlandets kanaler, venne/familie)

~~Hvordan har du funnet/fått informasjon om smittevernstiltakene underveis og hva slags kanaler har du brukt (eks sosiale medier ((ikke viktig med hvilken spesifikke)), norske mediers kanaler, hjemlandets kanaler, venne/familie)~~

Hvem stoler du mest på til å gi deg informasjon og anbefalinger/råd om covid-19?

(hvis informant står fast; norske medier, medier fra hjemlandet ditt, venner, sosiale medier»)

Kan du fortelle om en gang du opplevde at informasjon du fant på ulike informasjonskanaler var forskjellige ~~møtende~~? Hvilken informasjon var det og hva gjorde og hva gjorde at du stoler mer på den ene enn den andre? (hvis informant sitter fast, VG sier dette også står det noe helt annet på FHI feks)

Har du brukt noe av informasjonen det norske helsemyndigheter (FHI) eventuelt oversatte til ditt morsmål?

- Har det i så fall vært nyttig? Uklart, vanskelig å forstå?

Hva slags endringer gjorde du ift. innsamling av informasjon som kom i starten av pandemien og litt lenger underveis i pandemien?

Hvordan hørte du om vaksinen og hvordan gikk du frem for å lære mer om den for å ta et valg om vaksinen?

Oppsummering

Jeg har nå stilt deg noen spørsmål knyttet til din opplevelse av pandemien. Er det noe jeg ikke har spurt deg om som du synes jeg bør spørre deg om med tanke på informasjonskanaler og covid-19? Er det noe annet du ønsker å si noe mer om?