

KORONAVAKSINASJONSPROGRAMMET

Notat: Koronavaksinasjon og fødeland

05.05.2021



Oppsummering

Covid-19-epidemien i Norge har rammet noen innvandrergupper svært hardt. Utenlandsfødte har vært overrepresentert blant smittede og sykehusinnlagte gjennom hele epidemien.

I en ny gjennomgang av vaksinasjonsdekningen basert på fødeland har FHI sett spesielt undersøkt andelen vaksinerte i de eldste aldersgruppene, blant personer mellom 18-64 år med økt risiko for alvorlig forløp av covid-19, og blant ansatte i helsetjenesten. FHI har også sett på forskjeller i vaksinedekningen mellom prioriterte og ikke-prioriterte geografiske områder. I gjennomgangen har vi sett på vaksinasjonsdekning for personer født i Norge og de 12 mest folkerike fødeland utenom Norge.

Gjennomgangen viser at vaksinasjonsdekningen i gruppene som har vært prioritert for vaksinasjon i koronavaksinasjonsprogrammet, er god. Men det er ulikheter i vaksinedekningen for enkelte innvandrergupper. Ulikhetene varierer også i stor grad mellom de ulike gruppene av vaksinerte. I aldersgruppen 75 år og eldre er andelen vaksinerte høyest hos personer født i Norge, Sverige og Danmark ($\geq 90\%$) og lavest hos personer født i Somalia (34%). Mens i gruppen personer med økt risiko for alvorlig forløp er andelen vaksinerte høyest hos personer født i Pakistan (56%), og lavest hos personer født i Syria (13%). I gruppen ansatte i helsetjenesten er vaksinasjonsdekningen høyest hos personer født i Danmark (74%), og lavest hos personer født i Syria (34%).

FHI har også sett på forskjeller i vaksinasjonsdekningen mellom prioriterte og ikke-prioriterte geografiske områder. Her har vi sett forskjeller først og fremst i andelen vaksinerte i aldersgruppen 55-64 år. I de prioriterte områdene er denne andelen høyere blant alle fødelandsgruppene.

Vi vet lite om de faktiske årsakene til at andelen vaksinerte er lavere i enkelte fødelandsgrupper (Irak, Somalia, Polen, Eritrea, Litauen og Syria) enn i andre. Vi vet for eksempel ikke hvor mange som faktisk har mottatt et tilbud om vaksine, eller hvor mange som har mottatt tilbud som de forstår og kan ta stilling til. Språkbarriere eller andre praktiske barrierer kan bidra til at enkelte ikke har benyttet seg av tilbudet.

På bakgrunn av kunnskapen vi nå har, er det grunn til å forsterke innsatsen ytterligere med å nå fram med informasjon om vaksiner og å redusere praktiske og andre barrierer, for å motvirke en skjevhet i vaksineopptaket basert på landbakgrunn.

Bakgrunn

Covid -19 epidemien i Norge har rammet noen innvandrergupper svært hardt og utenlandsfødte har vært overrepresentert blant smittede og sykehusinnlagte gjennom hele epidemien (FHIs [ukesrapporter](#), [Indseth et al. 2021](#)). Det er derfor svært viktig å sikre god vaksinedekning blant utenlandsfødte for å forebygge alvorlig sykdom i denne gruppen. God oppslutning kan også bidra til å redusere smittespredningen i denne gruppen.

Koronavaksinasjon er en del av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet, og ansvaret for vaksinasjon av målgruppene er pålagt kommunene og helseforetakene. Folkehelseinstituttet gir anbefalinger om hvem som er målgrupper for vaksinasjon. Ettersom det ikke er nok vaksiner til å tilby alle personer samtidig, foregår en gradvis utrulling av vaksiner til prioriterte grupper. Første vaksiner ble satt i romjula 2020. Det er hovedsakelig de eldste og helsepersonell som hittil har blitt prioritert for vaksinasjon. De siste ukene har også personer med høy risiko for alvorlig forløp av covid-19, uavhengig av alder, blitt prioritert for vaksinasjon.

Vaksinedoser fordeles til kommuner og bydeler basert på befolkningssammensetning og smittetrykk. Siden 15. mars har Moss, Sarpsborg, Fredrikstad og Lørenskog samt seks bydeler i Oslo; Alna, Bjerke, Gamle Oslo, Grorud, Stovner og Søndre Nordstrand, fått tilført om lag 20 % flere vaksinedoser enn de skulle ha fått tildelt etter den vanlige fordelingsnøkkelen. Dette var en geografisk målretting av vaksiner til kommuner og bydeler som har hatt stort smittetrykk over tid og en høy insidens av sykehusinnleggelser. Vaksinasjonstempo vil derfor variere mellom bydeler i Oslo og mellom kommuner, også blant de ulike fødelandsgruppene.

Utvalg og metode

I april 2020 etablerte FHI et beredskapsregister, [BeredtC19](#), for å hurtig kunne skaffe kunnskap til håndtering av pandemien. Registeret inkluderer opplysninger fra en rekke registre. Vi har benyttet data i Beredt C19 (data uttrekk 30.04.2021) fra Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK), Folkeregisteret for informasjon om fødeland, Aa-registeret (Arbeidsgiver- og Arbeidstakerregisteret), data om medisinske risikotilstander fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient og brukerregister (KPR) samt data fra Statistisk sentralbyrå (SSB).

Personer med følgende sykdommer/tilstander er definert som medisinske risikogrupper:

- Organtransplantasjon*
- Immunsvikt*
- Hematologisk kreftsykdom siste fem år*
- Annen aktiv kreftsykdom, pågående eller nylig avsluttet behandling mot kreft (spesielt immundepende behandling, strålebehandling mot lungene eller cellegift)*
- Nevrologiske sykdommer eller muskelsykdommer som medfører nedsatt hostekraft eller lungefunksjon (for eks. ALS og cerebral parese)*
- Downs syndrom*
- Kronisk nyresykdom eller betydelig nedsatt nyrefunksjon*
- Kronisk leversykdom eller betydelig nedsatt leverfunksjon
- Immundepende behandling som ved autoimmune sykdommer
- Diabetes

- Kronisk lungesykdom, inkludert alvorlig astma som har medført bruk av høydose-inhalasjonssteroider eller steroidtabletter siste året
- Fedme med kroppsmasseindeks (KMI) på 35 kg/m² eller høyere
- Demens
- Kroniske hjerte- og karsykdommer (med unntak av høyt blodtrykk)
- Hjerneslag

*Disse sykdommer/tilstander kan gi en høy risiko for alvorlig forløp og død også hos yngre. For mer detaljert informasjon om sykdommer/tilstander som kan gi økt risiko for alvorlig sykdomsforløp av covid-19, se også: [Utdyping av risikogrupper](#)

Med «helsepersonell» mener vi her ansatte i helse- og omsorgstjenesten med pasientnært arbeid. Disse er valgt ut ved å hente arbeidskontrakter fra Aa-registeret som er meldt fra virksomheter med en næringskode som tilsier at virksomheten yter helse- og omsorgstjenester. Blant disse har vi valgt ut arbeidskontrakter der arbeidsgiver har registrert arbeidstaker med en yrkeskode som tilsier at vedkommende enten har direkte pasientkontakt eller er en del av pasientenes miljø. Hver arbeidstaker telles kun én gang.

I de eldste aldergruppene er antall innbyggere i enkelte av de ulike fødelandsgruppene svært lavt noe som betyr at resultatene om andel vaksinerte i denne aldergruppa må tolkes med forsiktighet. Innvandrere i Norge er generelt en ung befolkning der kun om lag 6 prosent er over 65 år mot om lag 19 prosent i befolkningen for øvrig. For å unngå for små tall, både med tanke på personvern og relevans av data, har vi i dette notatet valgt å presentere data for norskfødte og de 12 mest folkerike fødelandsgruppene vi har i Norge. Øvrige fødelandsgrupper presenteres samlet. I dette notatet ser vi ikke på gruppen personer født i Norge med utenlandsfødte foreldre. Uttrekket omfatter kun personer med fødselsnummer som var i live 01.01.2021. Data presenteres ikke dersom nevner er under 100 og teller er under fem.

Vaksinasjonsdekning viser til andel personer i befolkningen som er registrert som vaksinert i SYSVAK.

Tabell 1. Oversikt over fødelandsgrupper inkludert i notatet

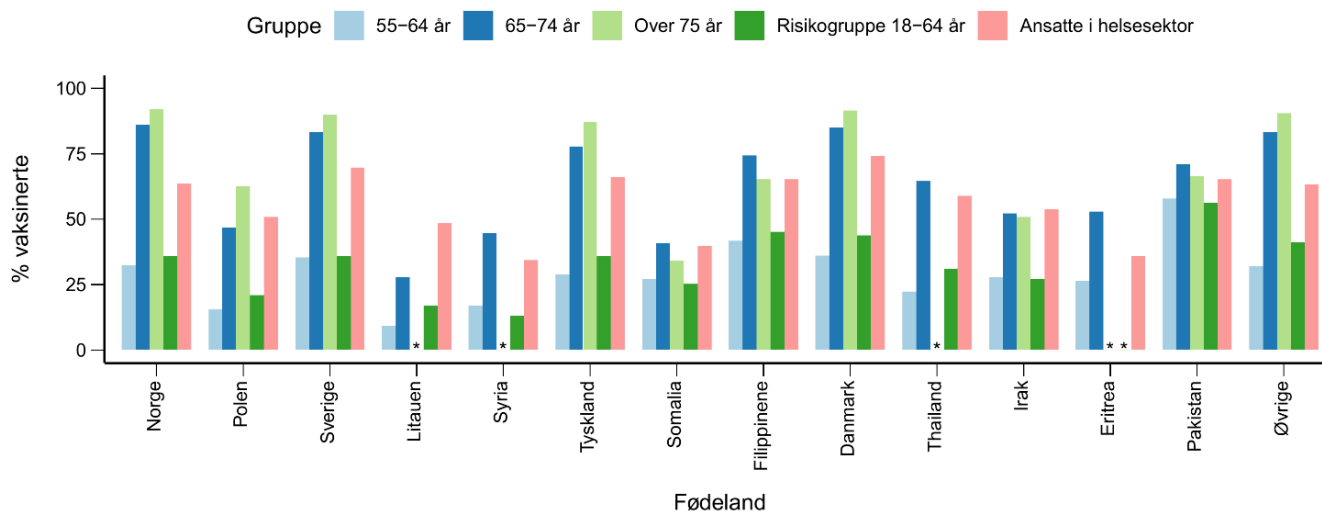
Fødeland	Antall personer registrert*				Antall vaksinert med minst 1 dose		
	Befolkning*	Befolkning i prioriterte områder	Medisinsk risikogruppe**	Ansatte i helse-tjenesten	Totalt	Medisinsk risikogruppe**	Ansatte i helse-tjenesten
Alle	4 087 042	375 364	435 534	367 617	1 146 979	154 552	228 013
Norge	3 289 326	254 405	363 954	297 280	1 016 968	129 900	188 540
Polen	95 824	10 285	5 504	3 814	5 873	1 143	1 925
Sverige	44 820	5 328	4 379	4 208	11 398	1 560	2 909
Litauen	37 924	2 198	1 286	1 869	1 455	215	902
Syria	24 606	2 357	2 228	789	994	294	269
Tyskland	26 667	1 710	2 455	2 828	6 166	878	1 873
Somalia	25 427	7 382	3 032	2 871	2 670	758	1 079
Filippinene	23 000	3 615	2 099	6 219	6 112	948	4 032
Danmark	22 356	2 075	2 069	1 886	8 204	901	1 389
Thailand	21 150	1 793	1 319	2 447	2 773	413	1 433
Irak	21 880	6 283	3 121	1 467	2 969	817	762
Eritrea	19 768	1 906	1 227	3 772	1 922	267	1 324
Pakistan	20 729	11 077	4 111	938	6 424	2 198	576
Øvrige fødeland	413 565	64 950	38 750	37 229	73 051	14 260	21 000
Alle utenlands-fødte	797 716	120 959	71 580	70 337	130 011	24 652	39 473

*befolkning over 16 år **Inkluderer personer 18-64 år

Antall personer som har fått tilbud om vaksine i de ulike fødelandsgruppene er ikke kjent. Vi presenterer derfor andel vaksinerte i de ulike fødelandsgruppene fordelt etter grupper som til nå har blitt prioritert for vaksinasjon; andel vaksinert i de eldste aldersgruppene, andel vaksinert blant personer (18-64 år) med medisinske risikotilstander (høy eller moderat risiko for alvorlig forløp av covid-19,) og andel vaksinert blant ansatte i helsetjenesten. Vi presenterer også andel som har mottatt minst første vaksinedose i de ulike aldersgruppene i de prioriterte - og ikke prioriterte geografiske områdene.

Resultater

Figur 1 Andel vaksinert med minst 1. dose av koronavaksine blant personer i ulike fødeland fordelt på aldersgrupper, medisinsk risikogruppe for alvorlig forløp av covid-19 og ansatte i helsetjenesten



*Gruppen for liten til å vises

Andel vaksinerte i de eldste aldersgruppene

Andel vaksinerte blant personer 75 år og eldre

I aldersgruppen 75 år og eldre var vaksinert med minst 1. dose av koronavaksine 90 % eller høyere blant norskfødte og personer født i Sverige og Danmark, blant tyskfødte var 87% vaksinert og blant øvrige fødeland samlet var andel vaksinert 90%.

Vaksinasjonsdekningen er noe lavere blant personer med fødeland Filipinene (65%), Pakistan (66%) og Polen (63%) og lavest blant personer med fødeland Irak (51%) og Somalia (34 %). Antall innbyggere i denne aldersgruppen er for lavt for at resultatene vises for personer med fødeland Litauen, Syria, Thailand og Eritrea (figur 1).

Andel vaksinerte blant personer mellom 55 og 74 år

I aldersgruppen mellom 65 og 74 år er trenden relativt lik som blant de aller eldste. Andel vaksinert er høyest blant personer født i Skandinavia ($\geq 83\%$) og øvrige fødeland samlet (83%), og noe lavere blant personer født i Tyskland (78%), Filipinene (74%), Pakistan (71 %) og Thailand (65%). Lavest vaksinasjonsdekning i denne aldersgruppen var blant personer født i Irak (52%), Eritrea (53%), Polen (47%), Syria (44%), Somalia (41%) og Litauen (28%).

Vaksinasjonsdekningen er foreløpig lav i aldersgruppen 55-64 år uavhengig av fødeland (figur 1)

Andel vaksinerte blant personer med økt risiko for alvorlig forløp av covid-19

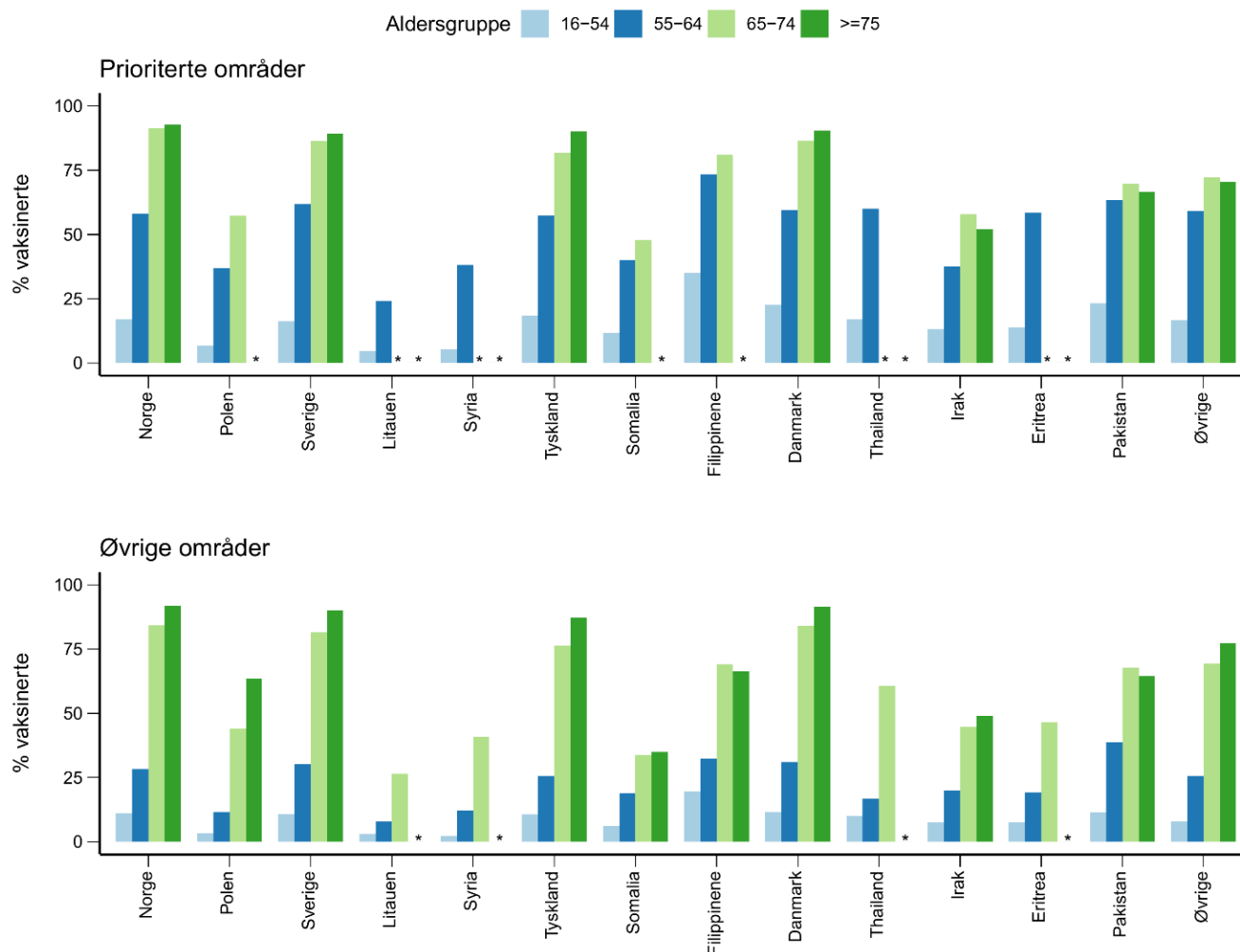
Blant personer med økt risiko for alvorlig forløp av covid-19 var forskjellene i vaksinasjonsdekning noe mindre mellom de ulike fødeland. Vaksinasjonsdekningen var høyest blant personer født i Pakistan (56%), Filipinene (45%) og Danmark (43%). For øvrige fødeland samlet var vaksinasjonsdekningen 41%. For personer i gruppen med fødeland Norge, Sverige og Danmark var vaksinasjonsdekningen over 35% og for personer født i Thailand var den 31%. Personer med fødeland Irak (27%), Somalia (25%), Polen (21%), Eritrea (22%), Litauen (17%), og Syria (13%) har lavere vaksinasjonsdekning også i denne gruppen.

Andel vaksinerte blant ansatte i helsetjenesten

Ansatte i helsetjenesten født i Danmark (74%), Sverige (70%), Tyskland (66%) og Filipinene (65%) har høyest vaksinasjonsdekning etterfulgt av Norge (64%), Pakistan (65%) og Thailand (59%). Vaksinasjonsdekningen for øvrige fødeland samlet var 63%. Helsepersonell fra Polen (51%) og Litauen (48%) hadde noe lavere vaksinasjonsdekning, og lavest vaksinasjonsdekning blant ansatte i helsetjenesten var blant personer født i Somalia (39%), Eritrea (36%) og Syria (34%).

Andel vaksinerte etter geografisk prioriterte områder

Figur 2 Andel vaksinert med minst 1. dose av koronavaksine blant personer fra ulike fødeland fordelt på aldersgrupper i prioriterte områder og øvrige geografiske områder



*Gruppen for liten til å vises

Forskjellen mellom de prioriterte- og ikke prioriterte geografiske områdene ses først og fremst i andelen vaksinerte i aldersgruppen 55-64 år. I de prioriterte områdene er denne høyere blant alle fødelandsgrupper, og flere utenlandsfødte har like høy vaksinasjonsdekning som personer med fødeland i Skandinavia. Høyest vaksinasjonsdekning for alderen 55-64 år i de prioriterte områdene finner vi blant personer med fødeland Filippinene (73%), Pakistan (63%), Sverige (62%) og Thailand (60%). Lavest vaksinasjonsdekning i samme aldersgruppe finner vi blant personer født i Litauen (24%), Polen (37%), Irak (38%), Syria (38%) og Somalia (40%).

Diskusjon og begrensinger

Det er flere forhold som gjør det vanskelig å tolke forskjellene i vaksinasjonsdekning mellom ulike fødelandsgrupper. Den største utfordringen er at det ikke er kjent hvor mange som faktisk har fått et tilbud om vaksinasjon i de ulike gruppene.

For mange grupper er tallene små slik at til og med små forskjeller i absolutte tall kan gi store utslag i prosentvis dekning. Data over vaksinasjonsdekning, spesielt i de eldste aldersgruppene, må derfor tolkes med forsiktighet.

Vi vet lite om de faktiske årsakene som ligger til grunn for at noen ikke har blitt vaksinert. Vi vet for eksempel ikke hvor mange som ikke har mottatt et tilbud på grunn av feil eller mangler i listene kommunene jobber utfra, og vi vet heller ikke hvor mange som har mottatt tilbud som de forstår og kan ta stilling til. Språkbarriere eller lav helsekompetanse kan bidra til at enkelte ikke har benyttet seg av tilbudet.

Vi vet heller ikke i hvor stor grad forskjellene skyldes at personer ikke befinner seg i hjemkommunen når kommunen tilbyr vaksine. Vaksinasjonsdekning regnes ut etter folkeregistrert bokommune. Dersom personer oppholder seg i andre kommuner (eller i utlandet) enn der de har folkeregistrert adresse og kommunen derfor ikke når dem med sitt vaksinetilbud, kan dette gi feil i nevneren. I grupper med lave befolkningstall vil dette kunne gi tydelige utslag på vaksinasjonsdekningen.

Det er flere personer med fødeland utenfor Norge som har gjennomgått covid-19 infeksjon. Dette kan påvirke i hvilken grad man har blitt tilbudt vaksinasjon da det anbefales å vente minst tre måneder etter gjennomgått infeksjon. Analyser som har ekskludert de som har gjennomgått covid-19 infeksjon, viser imidlertid et tilsvarende bilde.

Vaksinasjonsdekning blant [ansatte i helsetjenesten](#) varierer stort mellom de ulike yrkesgruppene og er høyest blant leger og spesialsykepleiere og lavest blant renholdere og pleiemedhjelpere (FHIs [ukesrapport](#)). Lavere vaksinasjonsdekning blant ansatte i helsetjenesten fra enkelte land, vil trolig også være et uttrykk for at det er færre i stillinger med høyest vaksinasjonsdekning. Informasjon om yrke hentet fra registerdata (Aa-register), kan inneholde feil og manglende informasjon om for eksempel hvorvidt man har pasientnært arbeid, eller regnes som kritisk personell av arbeidsgiveren.

Praktiske barrierer kan også ha stor betydning for lavere vaksineopplutning. For eksempel vil utfordringer i bruk av, eller manglende tilgang til, digitale løsninger som Bank-ID kunne være et hinder og begrenset eller manglende tilgang til fastlege vil også kunne bidra til lavere vaksineopptak dersom kommunen hovedsakelig bruker fastlegen til vaksinering. Disse utfordringene kan alle føre til forsinkelser i eller uteblitt vaksinasjon blant personer født utenfor Norge.

På grunn av de forhold-som er nevnt over bør vi derfor være forsiktige med å tolke disse tallene som et rent uttrykk for grad av vaksineskepsis. Spørreundersøkelser antyder imidlertid at skepsis mot vaksiner er noe høyere i enkelte grupper ([Nilsen et al 2021](#)). En [rapport fra Sverige](#) med analyse av registerdata fant at vaksinedekningen var lavere blant personer født utenfor Sverige (Folkhälsomyndigheten [2021](#)). Noen innvandrersorganisasjoner har også nevnt mulige bekymringer rundt trygghet av vaksiner, for eksempel relatert til bivirkning av Astra Zeneca og etter bruk av offisielle og uoffisielle informasjonskilder i sine egne land.

Selv om de foreløpige dekningsstallene må tolkes med forsiktighet, er det på bakgrunn av kunnskapen vi nå har, grunn til å forsterke innsatsen for å motvirke en skjevhet i vaksineopptaket basert på landbakgrunn.

FHI har løpende og godt samarbeid med kommuner, med innvandrersorganisasjoner og ressurspersoner med ulike landbakgrunn. Folkehelseinstituttet har tidligere utarbeidet et eget kapittel i Vaksinasjonsveilederen for helsepersonell, «[Verktøykasse for et likeverdig vaksinasjonstilbud](#)», for å støtte kommunene i sitt arbeid.

FHI vil følge utviklingen i vaksinedekning tett slik at eventuelle tiltak kan målrettes og tilpasses. Dette kan være tiltak for bedre og tilpasset informasjon eller tiltak for å senke praktiske barrierer og liknende. Flere kommuner og frivillige organisasjoner jobber med tiltak allerede. Eventuell styrking eller mer spesifikk målretting av tiltak vil avhenge av bedre forståelse av de reelle utfordringene og eventuelle årsaker til lavere vaksinedekning i enkelte grupper.