

## **Innhold**

Innledning.....	2
Oppsummering av nåværende kunnskap .....	3
Nåværende kunnskap .....	4
Foreløpige tall om vaksinedekning med koronavaksine etter fødeland .....	4
Holdninger til koronavaksine .....	5
Anekdotisk informasjon fra dialognettverk .....	5
Rapport: «Holdninger til vaksine, og etterlevelse av råd om sosial distansering og hygiene blant innvandrere i forbindelse med koronapandemien» FHI, mars 2021.....	6
Notat fra Opinion på oppdrag for FHI: «Etterlevelse av smittevernråd. Oppsummering av holdninger til koronavaksiner blant innvandrere» .....	6
Kartlegging av udekkede informasjonsbehov rundt koronavaksine .....	7
Praktiske barrierer.....	8
Medievaner og tillit til norske medier .....	8
Kommunens perspektiv .....	9
Behov for mer kunnskap .....	10
Referanser .....	11

## Innledning

Covid-19-epidemien i Norge har rammet noen innvandrergupper i mye større grad enn resten av befolkningen. Utenlandsfødte har vært overrepresentert blant smittede og sykehusinnlagte gjennom pandemien. Et høyt vaksineopptak er viktig blant alle som tilbys vaksinasjon, og sentralt for å motvirke ytterligere skjevhet i sykdomsbyrden av covid-19.

Analysene som hittil er gjort av vaksinasjonsdekningen i Norge for koronavaksine viser at det er variasjon mellom fødelandsgrupper. Det ser også ut til at dekningsgraden kan være lavere i noen av de samme gruppene som har hatt mye smitte. For å treffe best mulig med kommunikasjonsarbeid, rådgivning og andre tiltak for å øke vaksineopptaket, er det viktig å ha kunnskap om årsaker til denne variasjonen og hvor stor betydning de ulike årsakene har. Hva som er effektive tiltak vil avhenge av om det er tilgjengelighet av tilbudet, innkallingsproblematikk, praktiske forhold, medisinske kontraindikasjoner, kunnskapsnivå, risikoforståelse eller holdninger til vaksiner som er dominerende årsak til at personer som i utgangspunktet skulle ha fått tilbud om vaksine står som uvaksinert i SYSVAK.

Dette notatet oppsummerer utvalgt kunnskap som kan belyse årsaker og utfordringer som ligger bak de lave dekningsstallene for koronavaksine i noen innvandrergupper i Norge. Kunnskapen kommer blant annet fra ulike undersøkelser, dialogmøter og rapportering fra kommunene. Det gir ikke en fullstendig oversikt, og baserer seg hovedsakelig på undersøkelser utført av, og informasjon fra kilder gitt direkte til FHI. Denne oppsummeringen omfatter ikke studier fra andre land, men det er planlagt fra FHI en systematisk oversikt på vaksinedekning og holdninger til koronavaksine i innvandrergupper i andre europeiske land. Kunnskapen i notatet er i stor grad basert på anekdotisk informasjon, samt registerdata og spørreundersøkelser gjort i tidlig fase av vaksinasjonsprogrammet. Det er derfor fremdeles behov for å skaffe mer systematisk og grundig informasjon om de ulike årsakene som kan ligge bak, for å få et bedre og mer detaljert bilde. Dette samtidig med gjennomføring av tiltak basert på det vi til nå kjenner av årsaksforklaringer og overførbar kunnskap fra vaksineområdet generelt om hva som er effektive tiltak (Folkehelseinstituttet 2021a).

## Oppsummering av nåværende kunnskap

- Foreløpige tall basert på registerdata tyder på at vaksinasjonsdekningen for koronavaksine i Norge er lavere blant noen fødelandsgrupper.
- Tidligere erfaringer fra Barnevaksinasjonsprogrammet viser at feil i registre i visse tilfeller kan gi utslag på vaksinedekningen, siden beregningene baserer seg på registerdata. Det er usikker hvilken betydning dette har når det gjelder koronavaksine.
- Holdningsundersøkelser og dialog med ressurspersoner fra ulike landgrupper viser at vi trolig kan forvente lavere aksept for koronavaksine i noen fødelandsgrupper enn befolkningen ellers. Det rapporteres om at en del påvirkes av erfaringer med vaksiner fra eget hjemland, myter eller konspirasjonsteorier som spres i eget hjemland. Erfaringer med mistillit til myndigheter i hjemland kan påvirke tillit til norske myndigheter.
- Innvandrere kan basert bl.a på kunnskap om medievaner være mer eksponert for feilinformasjon, holdninger og myter som spres i kanaler utenfor tradisjonelle norske medier.
- Vi kan forvente noe vaksinenøling på grunn av manglende informasjon og usikkerhet eller forvirring over hvilken informasjon man bør stole på. Ofte er ikke dette dypt forankret og kan endres med tilstrekkelig informasjon.
- Samtale med/anbefaling fra helsepersonell (inkludert apotekpersonell) med samme landbakgrunn kan gi tillit og trygghet.
- Det er flere praktiske barrierer som kan medføre lavere dekning, inkluderte vansker av ulike årsaker med å få kalt inn alle. Det kan bl.a. bunne i ikke-komplette innbyggerlister/oversikter/ufullstendig kontaktinformasjon som gjør at noen personer ikke bli innkalt eller at personer som ikke reelt bor i kommunen regnes med i dekningstallene (nevnerfeil).
- Det er stor interesse for informasjon rundt lettelse, inkludert betydningen av koronasertifikat som følge av vaksinerings. Dette kan være et sterkt insentiv for vaksinasjon hos enkelte.
- Kommunene bruker i stor grad informasjonsmateriell utarbeidet av FHI, det kan lett lastes ned og benyttes fritt. En av informasjonsoppgavene har vært å skape kunnskap om tilgjengelig informasjonsmateriell.

## Nåværende kunnskap

### Foreløpige tall om vaksinedekning med koronavaksine etter fødeland

Det første [notatet](#) hvor FHI rapporterte vaksinasjonsopptaket av koronavaksine i Norge basert på fødeland ble publisert 5. mai. Der ble det publisert analyser av 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. Det var også analyser av forskjeller i vaksinedekningen mellom prioriterte og ikke-prioriterte geografiske områder.

Funnene tydet på at vaksinedekning var generelt god blant gruppene som har vært prioritert for vaksinasjon, men det var for noen grupper og noen fødeland lavere dekning. I aldersgruppen 75 år og eldre var 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 var andelen vaksinerte høyest hos personer født i Pakistan (56%), og lavest hos personer født i Syria (13%). I gruppen ansatte i helsetjenesten var vaksinasjonsdekningen høyest hos personer født i Danmark (74%), og lavest hos personer født i Syria (34%). I de prioriterte geografiske områdene var denne andelen høyere blant alle fødelandsgruppene.

Det er flere usikkerhetsmomenter knyttet til disse tallene. For flere fødeland er det relativt få eldre personer bosatt i Norge slik at små endringer kan gi større utslag. 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. Det trengs mer kunnskap om årsakene som ligger bak at noen fødeland har lavere andel registrert som vaksinert med koronavaksine, og hvor stor betydning de ulike årsakene har.

Tidligere kartlegging i forbindelse med barnevaksinasjonsprogrammet viste at feil og mangler i folkeregisteropplysninger, som utgjør nevneren i beregningsgrunnlaget, ga noe utslag, spesielt i østlige bydeler i Oslo. Det var flere barn som sto oppført som bosatt i bydelen, men hadde flyttet til annen kommune eller til utlandet og dermed ikke var tilgjengelig for kommunens vaksinasjonstilbud. Det er imidlertid usikkert hvor viktig denne problematikken er i koronavaksine sammenheng.

Oversikt over vaksinedekning for koronavaksine etter fødeland for de 12 mest folkerike fødelandsgruppene i Norge har siden uke 19 blitt publisert i FHIs [ukerapporter](#) som en del av overvåking av vaksinasjon mot covid-19. De nyeste tallene i skrivende stund, fra [uke 21](#) (til og med 30.05.2021), viser i stor grad at de samme fødelandsgruppene (Irak, Somalia, Polen, Eritrea, Litauen og Syria) har lavere vaksinasjonsdekning enn andre fødeland:

I aldersgruppen 65 år og eldre var andelen vaksinert med minst 1. dose av koronavaksine lavest blant personer med fødeland Eritrea (221/332, 67 %), Irak (589/1012, 58 %), Polen (1353/2473, 55 %), Syria (213/393, 54 %), Somalia (376/800, 47 %) og Litauen (82/228, 36 %). I aldersgruppen 55-64 år var andel vaksinert høyest blant personer født i Pakistan (2113/3144, 67 %) og Filipinene (1138/2115, 54 %) etterfulgt av Danmark (1996/3943, 51%) og Sverige (3127/6190, 51%) og Norge (228 741/480 019, 48 %). Lavest vaksinasjonsdekning i denne aldersgruppen var blant personer med fødeland Syria (365/1174, 31 %), Polen (2298/9408, 24 %) og Litauen (360/2305, 16 %).

Blant personer med økt risiko (både høy og moderat) for alvorlig forløp av covid-19 var andelen vaksinerte høyest blant personer født i Pakistan (67 %) etterfulgt av Danmark (62 %) og Filippinene (58 %). Lavest vaksinasjonsdekning i denne gruppen var blant personer født i Polen (35 %), Syria (29 %) og Litauen (28 %). Vaksinasjonsdekningen er foreløpig lav i aldersgruppene under 55 år uavhengig av fødeland. På lik linje med de som har Norge som fødeland så øker andelen vaksinerte i fødelandsgruppene med lavest dekning gradvis ettersom flere får tilbud om koronavaksine.

## Holdninger til koronavaksine

### *Anekdotisk informasjon fra dialognettverk*

Kunnskapen FHI har om barrierer mot koronavaksinasjon i minoritetsgrupper i Norge er til dels anekdotisk. Det er stort sprik i hvordan personer med kontaktflater ut mot ulike minoritetsgrupper rapporterer om typen og utbredelsen av vaksinenøling. Flere ressurspersoner i minoritetsmiljøer vegrer seg for å formidle synsing og det de tenker kan være tendensiøse inntrykk fra egne miljøer. De påpeker at det er behov for å kartlegge holdninger bedre, for å få oversikt over hvilke utfordringer vi har med vaksinenøling og hvor utbredt det er. Dermed kan vi sette inn riktige og mer treffende tiltak.

Erfaringer fra dialogmøter mellom FHI og organisasjoner og ressurspersoner med ulike landbakgrunn (Pakistan, Somalia, Polen, Eritrea, Tyrkia, Afghanistan, Etiopia) viser at mange av de som er avventende har behov for mer kunnskap for å ta et informert valg. FHI har gjort en oppsummering basert på dialogmøter i perioden 21. januar – 18. mars 2021, samt fra innspill fra eposter fra ressurspersoner i disse miljøene og fra frivillige organisasjoner i Oslo kommune. Sammen med Helsedirektoratet, IMDi og Oslo kommune har vi også hatt samarbeidsmøter med organisasjoner som representerer ulike tro- og livssynssamfunn.

Representanter for flere minoritetsgrupper uttrykker at holdningene til vaksiner varierer innad i miljøene, og mange er positive til å ta vaksinen. Dette reflekteres kanskje ikke alltid så godt i mediebildet og det offentlige ordskiftet.

Mange har positive holdninger til vaksiner generelt, og ser heller ikke spesielle problemer med å ta koronavaksine. Videre er det å kunne komme tilbake til en normal hverdag en sterk motivator for å vaksinere seg. Noen påpeker at vaksinasjon er en del av dugnaden, og at de vil gjøre det for fellesskapet. Flere miljøer peker på at helsepersonell med flerkulturell bakgrunn har ofte stor tillit i egen gruppe og kan være en ressurs i kommunene.

Representanter for muslimske tro- og livssynssamfunn opplever ikke at det snakkes mye om myter, men at de fleste er opptatt av å ta vaksinen. De følger med på mye av arbeidet som gjøres av muslimske samarbeidsorgan i Storbritannia. Der har de i stor grad adressert de samme problemstillingene før de dukker opp i Norge. I forbindelse med ramadan ble det gitt en omforent anbefaling om koronavaksinasjon av de muslimske trossamfunnene i Norge.

Kunnskapen tilegnet gjennom dialognettverket med ressurspersoner og organisasjoner er begrenset ved at den er anekdotisk og det er dermed usikkert i hvor stor grad informasjonen er representativ og overførbar ut over gruppene som deltar. Det som kommer frem er i stor grad annenhåndsinformasjon som ikke formidles direkte fra befolkningen/målgruppen. Det kan også være noe tilfeldig hvilke organisasjoner som er representert og noen deltar mer aktivt enn andre. Det ser likevel ut til å være stor grad av sammenfall av innholdet i denne informasjonen og det som er blitt

formidlet i kvalitative undersøkelser med intervjuobjekter med ulike landbakgrunn, samt kvantitative spørreundersøkelse (oppsummert under).

*Rapport: «Holdninger til vaksine, og etterlevelse av råd om sosial distansering og hygiene blant innvandrere i forbindelse med koronapandemien» FHI, mars 2021*

[Rapporten](#) bygger på fire spørreundersøkelser både før og etter Norge hadde fått godkjente koronavaksiner. Tre utvalgsundersøkelser lå til grunn for analysene av holdninger til koronavaksine; to fylkeshelseundersøkelser og en nasjonal folkehelseundersøkelse (total n=68 996). Disse ble gjort i perioden september 2020-februar 2021. Funnene i rapporten viste at holdninger til koronavaksine varierte mellom landgrupper både før og etter oppstart av vaksinasjon, men at vaksinevilligheten i alle gruppene økte etter at vaksinasjonen startet. Høsten 2020 var det til dels betydelig lavere vaksinevillighet (andel «ja» til å ta koronavaksine) blant personer født i Øst-Europa (40%), Vest-Asia (58%) og Afrika (56%) sammenlignet med personer født i Norge med norske foreldre (71%), og med øvrige landgrupper. Blant dem som vegret seg for å ta koronavaksine, fulgt flertallet ellers vaksineanbefalinger for seg og sine barn, men med til dels stor variasjon mellom landgrupper. Videre kunne forskjellene i liten grad forklares av for eksempel botid, utdanning, kontakt med nordmenn, m.m. Samlet sett økte andelen som vil ta vaksine fra 70 % til 84 % etter oppstart av vaksinasjon, og størst økning var det blant personer født i Øst-Europa (fra 40% til 57%). Disse funnene kan tyde på at vaksinevegningen i det vesentlig er skepsis mot en helt ny vaksine. Undersøkelsen ble ikke utformet spesielt med tanke på å nå personer med innvandrerbakgrunn, den var ikke språktilpasset og ble sendt ut digitalt basert på kontakt og reservasjonsregisteret. Det er derfor sannsynlig at det var en viss skjevhet i materialet med overrepresentasjon av besvarelser fra de best integrerte og med best norskkunnskaper. Generelt var det også en underrepresentasjon av yngre, lavt utdannede menn. Materiellet var ikke stort nok til å studere enkelte land hver for seg, kun landgrupper. Likevel tyder funnene på at det kan være reelle forskjeller i holdninger til koronavaksine basert på landbakgrunn.

*Notat fra Opinion på oppdrag for FHI: «Etterlevelse av smittevernråd. Oppsummering av holdninger til koronavaksiner blant innvandrere»*

Analysebyrået Opinion gjennomførte i perioden 24. februar - 26. mars 2021 i alt 54 kvalitative intervjuer fordelt på personer fra ni ulike land, med seks intervjuer per landbakgrunn: Fase 1: 24.02 - 18.03: Landbakgrunn: Somalia, Pakistan, Afghanistan, Tyrkia, Irak og Polen. Fase 2: 16.03 - 26.03: Landbakgrunn: Serbia/Bosnia, Sri Lanka og Syria.

Det var et stort spenn i holdningene til vaksine- og smittesituasjonen mellom informantene fra de ulike landbakgrunnene. Uavhengig av landbakgrunn nevnes en gjennomgående bekymring knyttet til 'hvor raskt vaksinen har blitt utviklet' og en uro knyttet til bivirkninger og potensielle senskader av koronavaksine. Likevel er det flere som forteller at de var mer skeptiske til vaksinen tidligere i forløpet enn når intervjuene fant sted. Det kom fram at erfaringer fra hjemlandet, som for eksempel krig, mistillit til myndigheter, og utbredelse av konspirasjonsteorier, kan påvirke holdninger til koronavaksine og tillit til norske myndigheter. Flere informanter ga uttrykk for at samtale med fagpersoner eller autoriteter fra egen kultur/landbakgrunn og på eget morsmål skaper tillit.

Flere fortalte at vaksinasjon oppleves som den eneste farbare veien for å få slutt på pandemien. Lettelser i restriksjoner, muligheten til å reise og det å beskytte seg selv og andre var alle nevnte som årsaker til å ta vaksine. Noen ytret også frykt for å bli smittet, samt å spre smitte, som klare drivere for å ta vaksine. Noen også fortalte at de ønsket å ta vaksinen fordi de er redde for å bli syke selv samt for å unngå å spre smitte. Intervjuobjektene på tvers av landbakgrunn kjente godt til

vaksinetilbudet i Norge, både at vaksinen er gratis og at man blir kontaktet og får beskjed om når man kan få den.

Informanter på tvers av alle landbakgrunnene fortalte at mediene i hjemlandet snakker varmt om bruk av vaksiner for å bekjempe og få slutt på pandemien. De oppfatter heller at mediene underdriver hvor lite bivirkninger vaksinen gir, og overdriver antall vaksinerte i befolkningen. Informasjonskanaler i Norge som ble oppgitt som hyppig brukt på tvers av alle landbakgrunnene var vg.no og TV2 (både TV, nett og sosiale medier), i tillegg til egen bydel/kommune sine hjemmesider.

## Kartlegging av udekkede informasjonsbehov rundt koronavaksine

Udekkede informasjonsbehov var tema på dialogmøtene som ble holdt i mars 2021. Informasjonen fra disse møtene samt innsendte spørsmål i forkant av webinarer som FHI arrangerte for de samme gruppene den 21. april 2021, tilsier at udekkete informasjonsbehov i disse gruppene i stor grad overlapper med informasjonsbehovet i befolkningen for øvrig, med noen spesifikke særskilte temaer eller behov.

Vanlige spørsmål/informasjonsbehov som ble løftet:

- Kan vaksinen være trygg når alt har gått så fort (utvikling, testing, godkjenning, hvorfor
- Bivirkninger etter vaksinasjon (vet vi nok, hva med langtidsbivirkninger, hvorfor «tar ikke produsenten ansvar» ved bivirkninger)?
- Er vaksinen trygg for alle grupper og med ulike helsetilstander (voksne med underliggende sykdommer, allergi, gravide, ammende, barn med underliggende sykdommer)?
- Stort informasjonsbehov knyttet til at vaksinen fra Astra Zeneca ble tatt ut av programmet på grunn av meldingene om alvorlige bivirkninger med blodpropp og blødninger. Det genererte usikkerhet og mange spørsmål, ikke minst hos helsepersonell med innvandrerbakgrunn. Det var særlig spørsmål rundt dose nr. 2.
- Spørsmål rundt koronasertifikat, lettelse etter vaksinasjon, reise har vært et gjennomgående tema som virker å være viktig for mange. Noen hevdet at det for «sin» gruppe var viktigste insitamant for å la seg vaksinere og etterlyser mer informasjon om dette.
- Flere har etterlyst mer informasjon om hvordan personer som faller utenfor systemene for innkalling kan få vaksine fordi de av ulike grunner ikke står på kommunenes eller fastlegenes innkallingslister (det er rapportert fra flere hold om at enkelte ikke har blitt innkalt når det er deres gruppes tur), eller mangler bank-ID/muligheter til å bruke de digitale løsningene. Det kan gjelde personer som mangler norsk ID-nummer, kun har D-nummer/venter på D-nummer, mangler oppholdstillatelse, ikke har fastlege m.m.

## Praktiske barrierer

At noen takker nei til vaksine betyr ikke nødvendigvis at de er imot vaksine. Praktiske barrierer kan ha stor betydning for lavere vaksineopplutning i ulike grupper. FHI har fått tilbakemeldinger fra ulike dialogmøter og fra kommuner om diverse praktiske barrierer.

- Noen som ønsker å vaksinere seg har foreløpig ikke fått/blitt nådd med tilbud
- Feil eller mangler i folkeregisteret
  - o Noen er ikke oppført i Folkeregisteret (D-nummer/uten d-nummer, uten oppholdstillatelse, m.fl.)
  - o Noen står med feilaktige opplysninger i folkeregisteret; har flyttet innenlands, oppholder seg i utlandet, eller har dødd. Siden de da heller ikke har vært eksponert for tilbud om vaksiner, kan dette gi feil beregningsgrunnlag og utslag på dekningsstatistikken for ulike fødelandsgrupper
- Praktiske barrierer som nevnes i ulike fora:
  - o Helsekompetanse og språkbarrierer (herunder leseferdigheter, norskferdigheter)
  - o Tilgang til digitale løsninger, manglende digitale ferdigheter eller manglende Bank-ID
  - o Transport og logistikk
  - o Har ikke fastlege

## Medievaner og tillit til norske medier

Forskning gjort i Norge under pandemien indikerer at noen innvandrergupper oftere bruker sosiale medier som informasjonskilde om covid-19, sammenlignet med den generelle befolkningen (Diaz 2021).

I en spørreundersøkelse gjennomført i 2017 fremkom det at tilliten til norske medier i enkelte innvandrergupper er noe lavere enn i befolkningen ellers. Bushra Ishaq mener i sine analyser at dette kan ha sammenheng med at negativ portrettering over tid har brutt ned tilliten (Ishaq 2017). Vi vet ikke om dette kan være tilfellet under pandemien.

Det er meldt i dialognettverksmøtene at mange følger med på nyhetene og får mye informasjon fra opprinnelsesland. Det har også blitt påpekt at skepsis henger sammen med stigma. Når minoritetsgrupper føler seg uthengt av myndighetene i forbindelse med smitte, er det vanskelig å gjenopprette den nødvendige tilliten for å kunne vaksinere.

Opinion finner i sin undersøkelse at informantene bruker bydelens/kommunens hjemmeside for å finne informasjon om tiltak og smittetall. For nyheter og andre oppdateringer oppgis vg.no og TV2 både på TV, nett og sosiale medier som mest brukt.

Det finnes flere mindre minoritetsmediekanaler i Norge, som leverer innhold på ulike språk og kan nå flere i målgruppen. FHI har sammen med Helsedirektoratet laget en oversikt over relevante medier på ulike språk, inkludert klartale.no, for å sikre mer systematisk dekning/rekkevidde for viktig informasjon. Disse mediene blir i større grad inkluderte i invitasjoner til FHIs pressemøter, webinarer og liknende, og det legges til rette for at de får tilgang til blant annet informasjon og intervjuobjekter.



## Kommunens perspektiv

Helse- og omsorgsdepartementet ga [Oppdrag 15: Tilgang til vaksinasjon for grupper som er vanskelige å nå](#) til Folkehelseinstituttet i samarbeid med Helsedirektoratet og Statsforvalterne i mars 2021. Det skulle belyse ulike aspekter av vaksinasjonstilbudet for ulike grupper, inkludert personer innvandrerbakgrunn. For å svare på oppdraget ble det blant annet utført en spørreundersøkelse blant landets kommuner for å kartlegge foreløpig praksis og erfaringer, med særlig fokus på tilgjengelighet av vaksinetilbudet. Da undersøkelsen ble utført i mars 2021, holdt de fleste kommunene fortsatt på med å vaksinere de eldste i befolkningen. De fleste kommunene hadde dermed lite erfaring i yngre aldersgrupper og har følgelig besvart ut fra hvem de *antar* det vil være utfordringer med å nå.

Nesten alle kommunene (96 %) oppga at de tok kontakt på nytt dersom innbyggeren ikke svarer på første henvendelse (som på den tiden oftest ble gjort per telefon). Nesten alle (98 %) kommunene oppga at de holdt oversikt over innbyggere som har blitt kontaktet med tilbud om vaksine, men vi vet ikke i hvor stor grad det fremgår i kommunenes oversikter hvorvidt tilbudet har nådd frem. Flere kommuner sa de planla i større grad bruke digitale innkallingsløsninger som for eksempel Helseboka og C19 i det videre arbeidet.

På spørsmål om noen grupper kan være vanskelige å nå med innkalling til vaksinasjon, var det flere aktuelle grupper som ble nevnt av kommunene: personer uten tilgang til digitale verktøy eller med lav digital kompetanse (34 %); personer med annet morsmål enn norsk (18%); personer som ikke er registrert med norsk fødselsnummer/D-nummer eller DUF-nummer (12%); personer fra utlandet som har arbeidsforhold i lokale bedrifter, men som ikke er folkeregistrert i Norge (10%); arbeidsinnvandrere (8%); personer som nylig har kommet/flyttet til Norge (7%); asylsøkere og flyktninger (6%); personer uten lovlig opphold (5%).

Undersøkelsen viste at det var samsvar mellom kommunene i hvilke utfordringer de identifiserte var forbundet med å kalle inn til vaksinasjon, nå ut med informasjon og den praktiske tilretteleggingen med de tiltak de har og planlegger å iverksette. De fleste kommunene hadde ikke utviklet eget informasjonsmateriell, og det var ulikt hvilket materiell som ble etterlyst. Det meste av det de etterspurte var allerede utviklet hos FHI. FHI konkluderte i oppdragsbesvarelsen blant annet med at:

- Flere innkallingsformer og kanaler bør brukes ved innkallelse til vaksinasjon for å nå alle. Det at flere kommuner etter hvert går over til digitale innkallingsløsninger, kan gjøre det krevende for enkelte grupper. Ikke alle kan benytte slike løsninger. Dette bør kommunene være bevisste på å tilby tilpassede/alternative innkallingsløsninger. I noen tilfeller kan det bety én til én-kontakt.
- Behov for én til én-kontakt og skreddersydde løsninger til enkelte grupper gjelder også for andre tilgjengelighetsfaktorer. Det kan vurderes dropin-timer, tilpassede vaksinasjonstidspunkt og større nærhet til vaksinasjonsstedet. Dette kan ha stor innvirkning på vaksinasjonsoppfølging og bør vurderes i den enkelte kommune.
- Påminnelse om, - og deling av utviklet materiell til kommunene er viktig i det videre arbeidet, sammen med nye, målrettede kommunikasjonstiltak.

## Behov for mer kunnskap

Vi vet nå litt mer om årsaksfaktorer som kan ha betydning for vaksinasjonsdekningen av koronavirus i innvandrergruppene i Norge. I hovedsak ser det ut til å være de samme årsakene som i den generelle befolkningen. Vi vet derimot mindre om betydningen/dominansen av de ulike årsakene i de ulike gruppene og det er behov for mer systematisk og grundig informasjon om dette. Det er også behov for bedre kunnskap om nevnerproblematikk i beregningsgrunnlaget. At registerdataene som presenteres per fødeland gjenspeiler det reelle vaksineopptaket i størst mulig grad eller kan suppleres av informasjon som belyser dette, er viktig for å unngå stigmatisering av grupper og bruk av ressurser på tiltak som ikke er hensiktsmessige.

WHO anbefaler skreddersydde tiltak etter først å ha innhentet kunnskap om hvilke grupper som har lavere dekning eller hvor det er risiko for lavere dekning og deretter undersøkelser som gir kunnskap om drivere og barrierer (både strukturelle og individuelle) som forklarer dette (WHO 2019).

I den pågående pandemisituasjonen er det behov for å få vaksinert så mange som mulig så raskt som mulig, og det er ikke tid til å vente på nye analyser før man iverksetter tiltak for å motvirke skjevheten i vaksineopptaket som ser ut til å være i noen fødelandsgrupper. Mer detaljerte undersøkelser må derfor foregå parallelt med gjennomføring av tiltak basert på det vi til nå kjenner av årsaksforklaringer og overførbar kunnskap fra vaksineområdet generelt om hva som er effektive tiltak (Folkehelseinstituttet 2021a). Desto viktigere blir det da også at effekten av nye tiltak som iverksettes i større eller mindre skala så langt det er mulig evalueres på en systematisk måte.

Folkehelseinstituttet sammen med lokale samarbeidspartnere er i gang med, - og planlegger flere aktiviteter for å få bedre kunnskap om årsaker til reelle forskjeller i vaksineopptak i innvandrergrupper, tilsynelatende forskjeller, og tiltaksevaluering.

## Referanser

Diaz, E., Pierina, A., Velando, B., Rocas, A.O., Sætrevik, B. (2021). Sammenligning av innvandreres risikovurdering, deres informasjonskilder og tillit til myndighetene under koronapandemien med tilsvarende data fra Norsk Medborgerpanel. Tidsskrift for Den norske legeforening (akseptert).

Folkehelseinstituttet (2021a). Vaksinasjonsveilederen: [Verktøykasse for et likeverdig vaksinasjonstilbud](#).

Folkehelseinstituttet (2021b). [Svar på oppdrag 15: Tilgang til vaksinasjon for grupper som er vanskelige å nå](#).

Folkehelseinstituttet (2021c). [Notat: Koronavaksinasjon og fødeland](#).

Folkehelseinstituttet (2021d). [Covid-19 Ukerapport - uke 21](#).

Ishaq, B. (2017). Hvem snakker for oss?: Muslimer i dagens Norge, hvem er de og hva mener de? Cappelen Damm.

Nilsen TS, Johansen R, Aarø LE, Kjøllestad MKR, Indseth T (2021). Holdninger til vaksiner, og etterlevelse råd om sosial distansering og hygiene blant innvandrere i forbindelse med koronapandemien, FHI-rapport, 2021. Folkehelseinstituttet, Oslo, 2021.

Opinion, på oppdrag for FHI (2021). Notat: «Etterlevelse av smittevernråd». Oppsummering av holdninger til koronavaksiner blant innvandrere.

WHO (2019). Tailoring Immunization Programmes (TIP). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.