

# Innvandrerbefolkningene under koronapandemien

Thor Indseth, 22.11.2021

# Hvordan har pandemien rammet innvandrerbefolkningene?

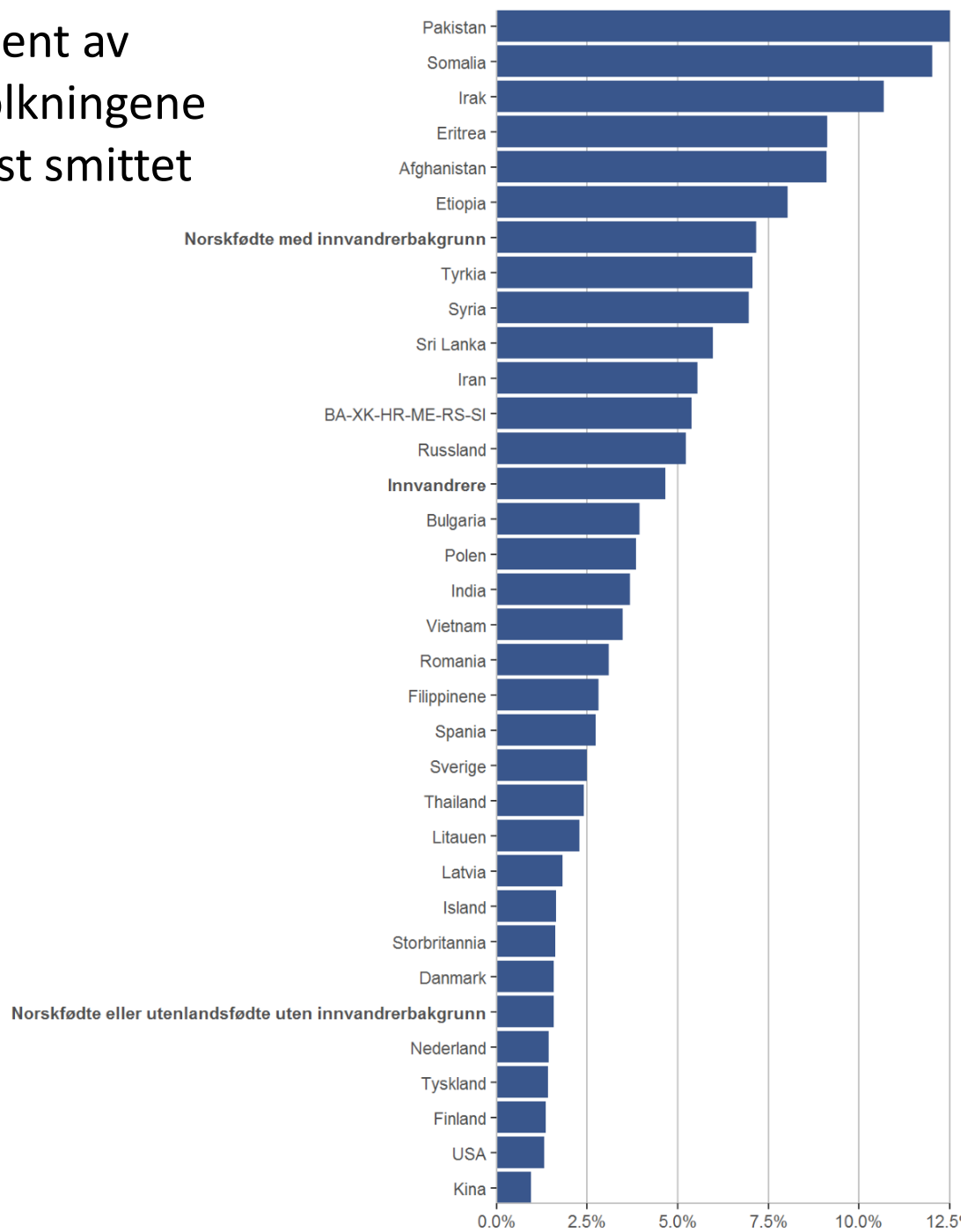
## Kunnskapsgrunnlaget

- Registeranalyser: Beredt C-19:
  - MSIS (Meldingssystem for smittsomme sykdommer)/laboratedatabasen,
  - Folkeregisteret
  - AA-registeret (Arbeidsgiver- og Arbeidstakerregisteret)
  - Grunnlagsdata for Norsk Pasientregister (NPR)
  - SSB: inntekt, trangboddhet, utdanning
  - Alle med F-nummer i Norge er med. D-nummer er ikke inkludert.
- Spørreundersøkelser
  - Fylkeshelseundersøkelsen (N-35 000 og N-25 000)
  - Nasjonale helseundersøkelsen (N-8000)
  - Koronaundersøkelsen (N-26 000)
  - Alle elektronisk og alle på norsk
- Kvalitative intervjuer, 45-60 minutter + oppfølging med enkelte
  - Smittesporere, ca. 15-20 personer
  - Innvandrere, individuelle intervjuer ca. 35 personer
  - Innvandrere, fokusgrupper, ca. 55 personer
  - Kommunene-ledelse og -administrasjon (Kommuneoverleger, kommunikasjonssjefer mfl), ca. 30 personer
  - Case studier i tre kommuner (ca. 50 personer)

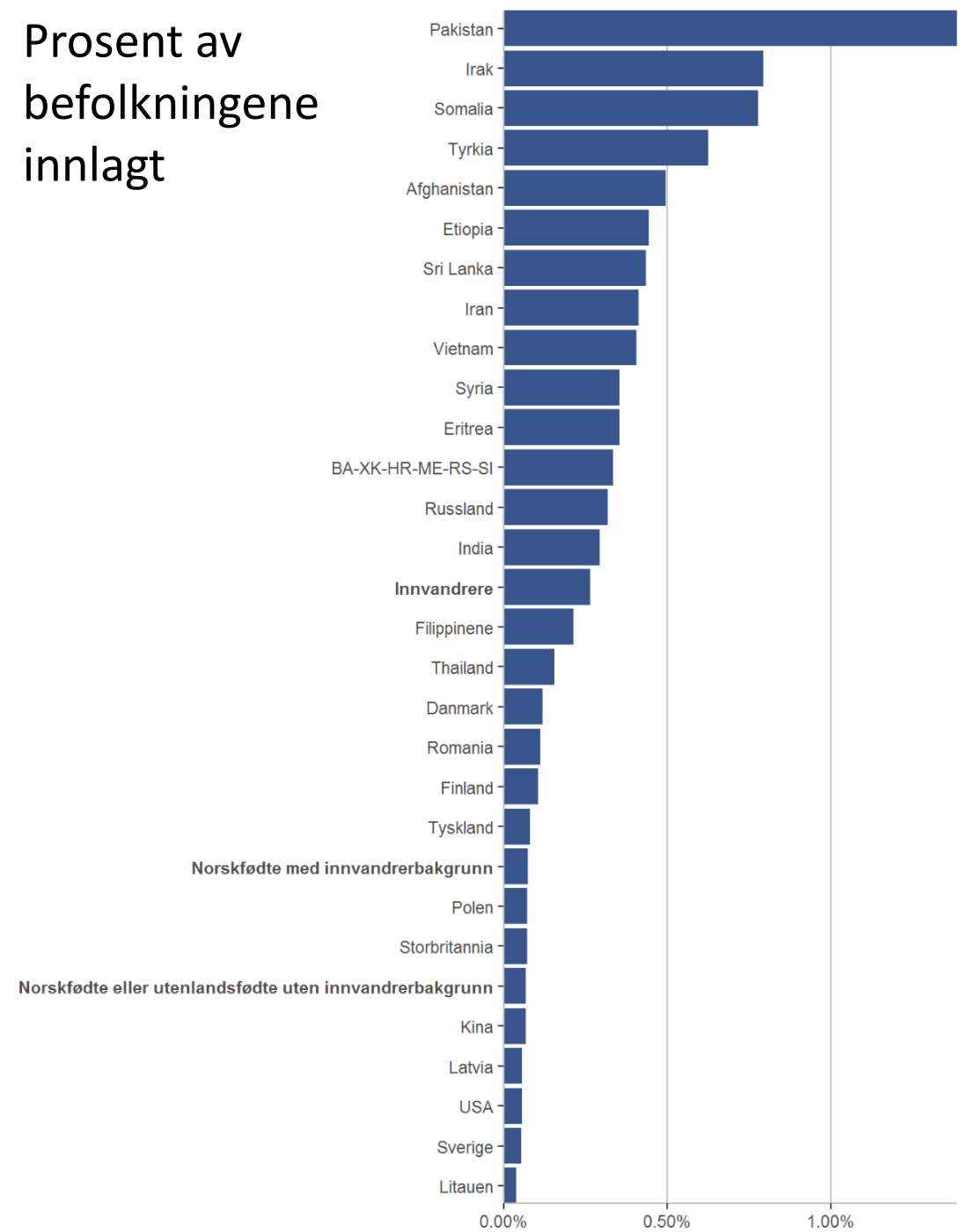
# Hvordan har pandemien rammet innvandrerbefolkningene?

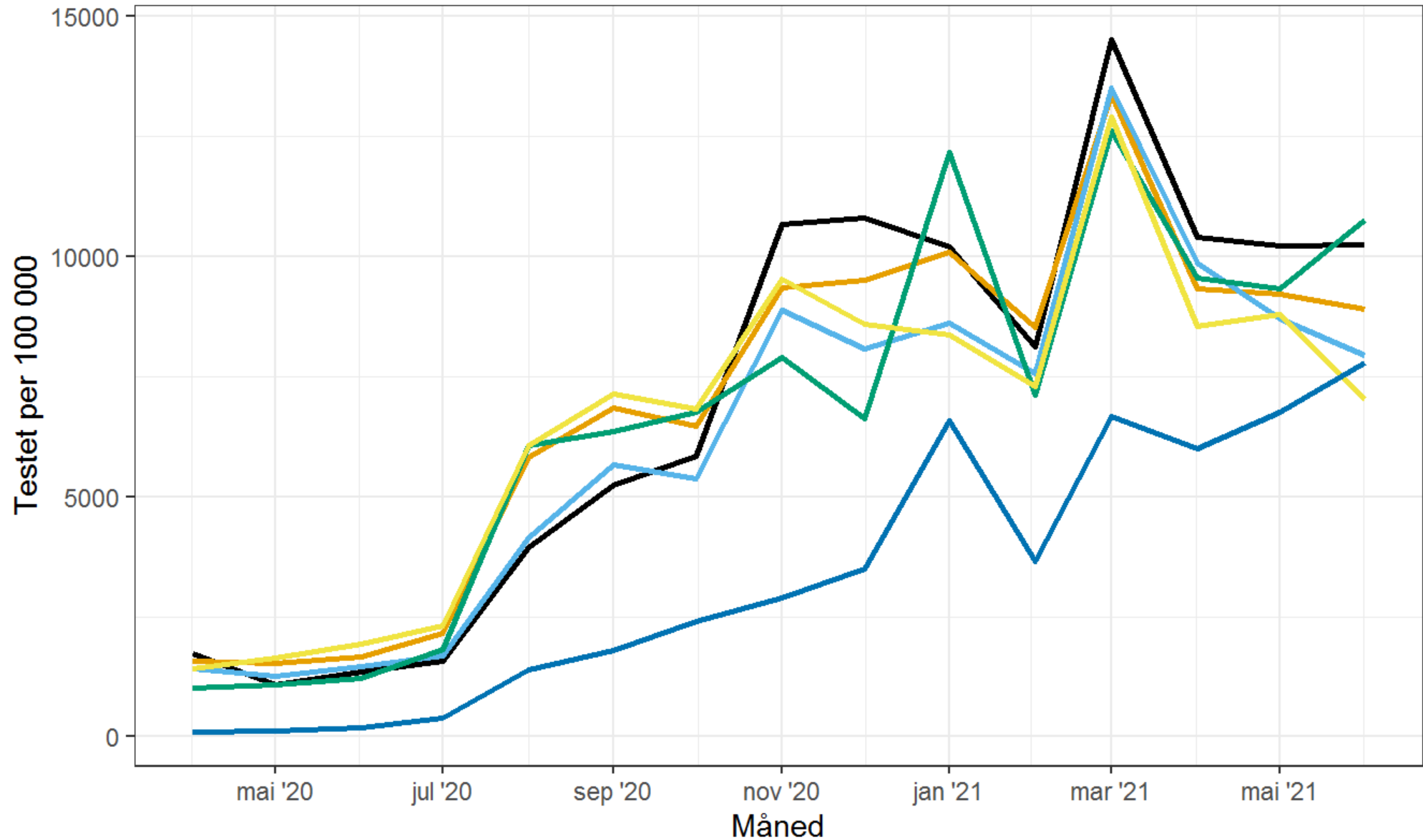
- Innvandrerbefolkningene betydelig overrepresentert i påvist smitte og sykehusinnleggelse
- Personer født i Pakistan, Somalia, Tyrkia, Irak, Afghanistan, Iran og Eritrea er særlig hardt rammet
  - 1,4% av innvandrere fra Pakistan har vært innlagt mot 0,07% i befolkningen forøvrig
- Forskjeller i sosioøkonomiske forhold og medisinsk risiko forklarer kun en beskjeden del
- Lavere testrate tidlig i pandemien, høyere testrate fra årsskifte

# Prosent av befolkningene påvist smittet



# Prosent av befolkningene innlagt





- Bakgrunn fra Afrika
- Bakgrunn fra Amerika eller Oseania
- Bakgrunn fra Asia
- Bakgrunn fra Europa
- Ikke-innvandrere
- Ukjent

# Hvorfor høyere smitte og innleggelseser?

- Sosiale miljøer

- Dersom et miljø først og fremst har sin sosial omgang innad og lite utad, så kan en relativt beskjeden økt risiko gi store skjevheter. Noe økt risiko kan gi store utslag.

- En serie av forhold som hver for seg gir en beskjeden økt risiko gir samlet betydelig økt risiko

- Internasjonale reiser, både frekvens, sted og opphold
- Forsinkelser i TISK som følge av svakere språk-, helse- og digital kompetanse og ikke tilstrekkelig tilrettelegging, blant annet svakheter i systemene for tolkebestilling
- Kommunikasjonsutfordringer og ulike referansegrunnlag har sannsynligvis gitt noe svakere etterlevelse av isolasjon- og karantenebestemmelser
- Det har sannsynligvis vært en noe svakere faktisk etterlevelse grunnet treghet i når råd er gitt og hvor presist de er forstått og oppfattet
- Annen referanseramme og forskjeller i mediebruk
- Innvandrere har vært bosatt imer sentrale strøk der smitten har vært høyere
- Sosioøkonomiske forhold som inntekt, utdanning og yrke har hatt en moderat betydning
- Boforhold som trangboddhet og familiestørrelse har hatt en moderat betydning
- Genetiske forskjeller som gir noe økt sårbarhet for enkelte grupper kan ikke utelukkes, men dette er fortsatt svært usikkert

# Viktigste lærdommer pandemihåndtering

- Oppdaterte og sammenkoblede registerdata er avgjørende for å kunne analysere situasjonen og målrette tiltak
- Å få med innvandreres perspektiver gjennom spørreundersøkelser, helseundersøkelser og kvalitative intervjuer er avgjørende for å kunne analysere behovene
- Kommunikasjon fra myndighetene må være enkel, tilpasset og målrettet
- Å redusere terskelen for testing synes å ha stor betydning
- Erfaringer fra smittesporingen bør videreføres til helsetjenestene
- Tiltak relatert til utenlandsreiser synes å ha stor betydning
- Det er behov for bredere samarbeid på tvers av offentlige etater for å nyttiggjøre seg nødvendig kompetanse og ressurser
- Svak integrering kan gi opphopning av sårbarheter
- Åpen og ærlig kommunikasjon er nødvendig

# Anbefalinger

- **Anbefaling 1:** Etablere en permanent infrastruktur for sammenkobling av registerdata om helse, sosioøkonomiske forhold og landbakgrunn.
- **Anbefaling 2:** Etablere permanente systemer for å sikre tilstrekkelig bredde i deltakelse i spørreundersøkelser og helseundersøkelser.
- **Anbefaling 3:** Etablere et fagmiljø som gjennom gode systematiske, kvalitative metoder raskt og fortløpende kan innhente brukererfaringer fra felt allerede tidlig i en krise.
- **Anbefaling 4:** Informasjon må tilpasses målgruppa, blant annet når det gjelder språk, kanalvalg og innhold. Grunnleggende informasjon må oversettes raskt og distribueres i de kanalene som når ut til den delen av innvandrerbefolkningene man ønsker å nå.
- **Anbefaling 5:** Muntlig to-veis kommunikasjon vil i noen tilfeller være mest effektivt. Det gir mulighet til spørsmål og avklaringer. Både flerspråklig telefontjeneste, frivillige og helsepersonell med nødvendig språkkompetanse kan være med å dekke dette behovet.
- **Anbefaling 6:** Stat og kommune bør ha gode systemer for bestilling og kvalitetssikring av oversettelsestjenester (skriftlig) og tolketjenester (muntlig).
- **Anbefaling 7:** Stat og kommune bør snakke med representanter for målgruppene og innhente informasjon om hva målgruppene trenger, hvilke budskap som treffer best og hvordan de best kan nås.
- **Anbefaling 8:** Kampanjer med enkelt budskap i sosiale medier bør utformes og distribueres så snart man vet hvilke grupper som er hardest rammet.
- **Anbefaling 9:** Senke praktiske og administrative barrierer til tjenester som man ønsker at befolkningen skal benytte seg av. Dette innebærer både geografisk nærhet til tjenestene og at det finnes gode alternativer for personer med lite digital kompetanse og/eller svake språkferdigheter.
- **Anbefaling 10:** Det er avgjørende å få ut språklig tilrettelagt informasjon om når man bør teste seg og hvor man kan få tatt testene.



# Anbefalinger

- **Anbefaling 11:** Det bør foretas en systematisk innsamling av erfaringene fra smittesporingsteam rundt om i landet og utvikles opplæringsmoduler basert på dette arbeidet.
- **Anbefaling 12:** Det bør utredes hvordan helsepersonell og beslutningstakere kan sikres økt kunnskap om innvandrerbefolkningene. Slik kunnskap er nødvendig for å kunne gi gode, trygge og effektive tjenester til hele befolkningen.
- **Anbefaling 13:** Gode tolketjenester og mulighet for rask bestilling bør sees som en sentral komponent i beredskapen. Alle kommuner og bydeler bør ha gode systemer for bestilling av tolk på kort varsel, også utenom kontortid.
- **Anbefaling 14:** Innføring av særskilte reiseråd og bestemmelser må kommuniseres godt til innvandrerbefolkningene. Beredskapsplaner bør innbefatte tiltak for målrettet informasjon til enkeltgrupper som er særlig utsatt på grunn av slekt- og vennsforbindelser i berørte land eller regioner.
- **Anbefaling 15:** Dersom det innføres registrering ved grensepasseringer, bør opprinnelig avreisested registreres.
- **Anbefaling 16:** Etablere faste, operative systemer for samhandling og god ansvarsfordeling mellom helse- og integreringssektorene i kommune og stat.
- **Anbefaling 17:** Sikre økt helsefaglig kompetanse i integreringssektoren og økt migrasjons- og integreringsfaglig kompetanse i helsesektoren.
- **Anbefaling 18:** Beredskapsaspektet bør tillegges vekt når det utformes tiltak på integreringsfeltet. Dette gjelder særlig betydningen av tilstrekkelige norskferdigheter, digitale ferdigheter, helsekompetanse og kjennskap til norske helsetjenester.
- **Anbefaling 19:** Offentlig sektor trenger mer kunnskap om innvandrerbefolkningene.
- **Anbefaling 20:** Informasjon om hvilke befolkningsgrupper eller miljøer som rammes hardest i en pandemi, bør formidles til offentligheten. Stat og kommune bør ikke holde tilbake informasjon om miljøer som er hardt rammet.

**Takk for innsatsen!**