

RAPPORT

2021

Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1

Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1

Redaktør: Thor Indseth

Forfattere (alfabetisk):

Trude Arnesen, Mona Bjørbæk, Jan-Paul Brekke, Hodon Duahle, Ingeborg Elgersma, Helena Eide, Solveig Engebretsen, Rojan Tordhol Ezzati, Julie Fevåg, Martin Flatø, Atle Fretheim, Mohammed Gawad, Abdi Gele, Anna Godøy, Maja Weemes Grøtting, Kjersti Hernæs, Lema Hussaini, Thor Indseth, Anja Bråthen Kristoffersen, Angela Labberton, Anja Lindman, Naeema Sheekh Mohammed, Charlott Nordstrøm, Samera Qureshi, Gunnar Øyvind Isaksson Rø, Ragnhild Storstein Spilker, Bjørn Heine Strand, Kjetil Telle, Selam Andegiogis Tsige og Kristin Vinjerui

5. juli 2021

- Utgitt av** Folkehelseinstituttet
- Tittel** Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1
- Ansvarlig** Camilla Stoltenberg, direktør
- Redaktør** Thor Indseth
- Forfattere** Alfabetisk: Trude Arnesen, Mona Bjørnbæk, Jan-Paul Brekke, Hodon Duahle, Ingeborg Elgersma, Helena Eide, Rojan Tordhol Ezzati, Julie Fevåg, Martin Flatø, Atle Fretheim, Mohammed Gawad, Abdi Gele, Anna Godøy, Maja Weemes Grøtting, Kjersti Hernæs, Lema Hussaini, Thor Indseth, Anja Bråthen Kristoffersen, Angela Labberton, Anja Lindman, Naeema Sheekh Mohammed, Charlott Nordstrøm, Samera Qureshi, Ragnhild Storstein Spilker, Bjørn Heine Strand, Kjetil Telle, Selam Andegiogis Tsige og Kristin Vinjerui
- ISBN** 978-82-8406-219-8
- Utgivelsesdato** 5. juni 2021
- Publikasjonstype** Rapport
- Sitering** Indseth T. (red.) 2021. Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Innholdsfortegnelse

Forord	4
Kapittel 1: Sammendrag og læringspunkter	5
<i>Av Thor Indseth, Jan-Paul Brekke, Abdi Gele, Rojan T. Ezzati, Atle Fretheim, Folkehelseinstituttet</i>	
Kapittel 2: Covid-19: Påvist smitte, testing, innleggelses, død, etterlevelse av råd og reiseaktivitet blant innvandrere i Norge, perioden fra februar 2020 til mai 2021	9
<i>Av Thor Indseth, Ingeborg Elgersma, Bjørn Heine Strand, Kjetil Telle, Kjersti Hernæs, Trude Arnesen, Folkehelseinstituttet</i>	
Kapittel 3: Mulige forklaringer på overrepresentasjon i påvist smitte og innleggelses	24
<i>Av Thor Indseth, Kjetil Telle, Angela Labberton og Trude Arnesen, Folkehelseinstituttet</i>	
Kapittel 4: Utvikling av kunnskap om covid-19 i innvandrerbefolkningene	31
<i>Av Thor Indseth og Anja Lindman, Folkehelseinstituttet</i>	
Kapittel 5: Kartlegging av kommuners tiltak for å få innvandrere til å teste seg	37
<i>Av Mona Bjørnbæk og Lema Hussaini og Atle Fretheim, Folkehelseinstituttet</i>	
Kapittel 6: Kartlegging av årsaker til forskjeller i smitte og sykdom i innvandremiljøer	46
<i>Av Jan-Paul Brekke, Institutt for samfunnsforskning</i>	
Kapittel 7: Erfaringer fra felt: målgruppene, Foreløpige funn fra intervjuer med informanter i seks ulike innvandrergrupper	68
<i>Av Ragnhild Storstein Spilker, Selam Andegiogis Tsige, Charlott Nordstrøm, Hodon Duahle, Naeema Sheekh Mohammed, Samera Qureshi, Mohammed Gawad, Abdi Gele Folkehelseinstituttet</i>	
Kapittel 8: Erfaringer fra felt: smittesporer	76
<i>Av Rojan Tordhol Ezzati, Folkehelseinstituttet</i>	
Kapittel 9: Virkningene av tiltak rettet mot innvandrere for å redusere covid-19 smitte	84
<i>Av Atle Fretheim, Ingeborg Elgersma, Kristin Vinjerui, Martin Flatø, og Thor Indseth, Folkehelseinstituttet</i>	
Kapittel 10: Implementering og effekter av lokale tiltak: forskjeller etter fødeland	93
<i>Av Anna Godøy, Maja Weemes Grøtting og Kjersti Hernæs, Folkehelseinstituttet</i>	
Kapittel 11: Innreisetiltak og innreise etter landbakgrunn	99
<i>Av Ingeborg Hess Elgersma, Kjetil Telle, Helena Eide, Julie Fevåg, Thor Indseth og Anja Bråthen Kristoffersen, Folkehelseinstituttet</i>	
Kapittel 12: Hvor stor forskjell må forklares? Matematisk modellering av effekten av ulikheter i smitterate og import hos ulike befolkningsgrupper	115
<i>Av Gunnar Rø, Folkehelseinstituttet og Solveig Engebretsen, Norsk Regnesentral</i>	

Forord

Arbeidet med denne rapporten er finansiert av Kunnskapsdepartementet. Den er den første av to rapporter fra et prosjekt som ser nærmere på hvordan smittereduserende tiltak har virket overfor innvandrere i Norge. Rapporten inneholder foreløpige resultater og peker fremover mot hovedrapporten fra prosjektet, som er planlagt høsten 2021.

Da arbeidet startet i januar 2021, var det umulig å vite hvordan pandemien ville utvikle seg utover våren. Til tross for at utsiktene på vaksinefeltet på det tidspunktet virket svært lovende, var det likevel stor usikkerhet knyttet til hvor effektive vaksinene ville være. Det var også uklart når man kunne forvente at risikogruppene i Norge hadde en høy nok vaksineringsgrad til at man ikke lenger behøvde å frykte en kollaps i helsetjenesten.

Kunnskapsdepartementet og Folkehelseinstituttet (FHI) ble derfor enige om å bygge opp et analyseteam som kunne bidra til å øke kunnskap om overrepresentasjonen av smitte og alvorlig sykdom i innvandrerbefolkningene, og dermed bidra til å redusere denne. Eventuelle lærdommer og anbefalinger som kom som følge av dette arbeidet, skulle implementeres og viderefremmes til relevante instanser så snart som mulig. Arbeidet som ligger til grunn for denne rapporten har derfor vært formidlet både internt og eksternt gjennom perioden der arbeidet har pågått. Formidlingen har foregått til dels gjennom presentasjoner og møtevirksomhet, men også i form av brev, notater og rapporter. Slik sett bryter dette med det som er vanlig for slike prosjekter, der utredningen og forskningen ferdigstilles og presenteres for deretter å implementere anbefalinger og råd. Flere av studiene som presenteres i denne rapporten ansees å ha bredere og internasjonal relevans og planlegges publisert i vitenskapelige tidsskrifter.

FHI har utover i pandemien fått tilgang til stadig bedre registerdata som har vært benyttet i flere av analysene. Men registeranalyser alene har ikke vært tilstrekkelig til å gi et raskt og fyldig bilde av problemkomplekset. Vi har benyttet kvalitative intervjuer for å belyse hvordan eksisterende tiltak treffer målgruppene, hvordan målgruppene oppfatter tiltakene og for å kunne vurdere behovet for eller muligheten for nye tiltak. Deler av dette arbeidet ville vært utført av FHI uavhengig av finansieringen fra Kunnskapsdepartementet, men de ekstra ressursene som ble tilført har gjort det mulig å fremskynde arbeidet betraktelig, ved å for eksempel inngå samarbeid med Institutt for Samfunnsforskning (ISF), og å ansette nye forskere, analytikere og forskningsassistenter. Dette har bidratt til økt kunnskap om smittesituasjonen og om forklaringer på overrepresentasjonen, noe som har påvirket både tiltaksutforming og det offentlige ordskiftet.

Rapporten er skrevet som en antologi, der hver tekst skal kunne leses og stå for seg selv. Forfatterne i hver tekst, samt redaktør av rapporten, er ansvarlige for det som kommer frem i teksten. Flere av studiene vil utvides med mer data og dypere analyser utover høsten.

Arbeidet har overordnet vært ledet av *Thor Indseth*. Delen som omhandler kvantitativ evaluering av tiltak har vært ledet av *Atle Fretheim*, og arbeidet med den kvalitative delen har fra FHI vært ledet av *Abdi Gele*. *Jan-Paul Brekke* har ledet arbeidet fra ISFs side.

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

Kjetil Telle, juni 2021
Fagdirektør for helsetjenesteforskning
Område for helsetjenester
Folkehelseinstituttet

Kapittel 1

Sammendrag og læringspunkter

Av Thor Indseth, Jan-Paul Brekke, Abdi Gele, Rojan T. Ezzati, Ingeborg Elgersma, Atle Fretheim

Pandemien har vært preget av stadige endringer i smittetrykk, kunnskapsnivå og tiltaksbyrde. Dette kapitlet forsøker å peke på noen overordnede læringspunkter fra analysene som er presentert senere i rapporten. Punktene må sees i lys av den til enhver tid gjeldende situasjonen. Det gjelder for eksempel forholdet mellom andelen vaksinerte, andelen med alvorlig forløp i form av innleggelser og død, andelen av testede som tester positivt, andelen bekreftet smittet, smittesituasjonen globalt og egenskaper ved og spredningen av eventuelle nye virusvarianter.

I skrivende stund ansees utbrudd i den skala som kan gi kollaps av helsetjenesten i Norge som lite sannsynlig. Likevel kan det fortsatt komme nye bølger med nye virusvarianter. Vaksineutrullingene er i god gang, men leveranser kan bli forsinket. De fleste av vurderingene nedenfor er rettet mot eventuelle fremtidige hendelser i form av utbrudd i mer begrenset omfang eller en eventuelt en ny pandemi. Enkelte av læringspunktene kan også være overførbare til utrullingene av koronavaksinasjonsprogrammet eller helsefremmende arbeid overfor innvandrerbefolkningene i bredere forstand.

1. God tilgang til data er nødvendig for målretting av tiltak

Oppdatert oversikt og statistikk over hvem som er rammet, er en forutsetning for å kunne utarbeide målrettede tiltak og for å vurdere om tiltaket treffer.

Å få rask oversikt over en pandemi krever gode registerdata og sammenkoblinger av ulike registre. Særlig i en litt kaotisk situasjon, som en pandemi, kan hvilke data som viser seg å være nødvendige og som gir verdifulle innsikter, være vanskelig å vite før man har resultater av analysene.

Data om fødeland, sosioøkonomiske forhold i kombinasjon med data for testresultater, innleggelser og medisinsk risiko har for eksempel vist seg å være langt viktigere enn mange hadde antatt før pandemien. Dette gjelder også opplysninger om innreiseaktivitet.

Som beredskap til en eventuell fremtidig pandemi eller annen helsekrise, vil det være avgjørende at det finnes en god infrastruktur både i form av tekniske løsninger, kompetanse og personalressurser slik at man raskt kan få etablert gode datakilder for viktige analyser.

2. Effektiv kommunikasjon om smittevern råd forutsetter målretting

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

Dette innebærer bearbeidelse av innhold for å gjøre budskapet tydelig og forståelig, valg av formidlingskanal for å treffe målgruppen og vurdering av hvem som skal fremme og stå bak et

budskap. Når det gjelder innvandrere, innebærer dette arbeidet i tillegg oversettelser, språkkunnskap og kjennskap til innvandrerbefolkningene. Kommuner og myndigheter har ulik tilgang til denne kompetansen. Den kan komme i form av direkte involvering og samarbeid med ressurspersoner eller frivillige, men den kan også komme gjennom å benytte den kunnskapen som finnes blant egne ansatte med innvandrerbakgrunn eller blant egne ansatte som har erfaring med arbeid spesifikt overfor innvandrere, for eksempel kommunenes flyktningekoordinator.

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

Ut fra kartleggingene og erfaringene FHI har gjort seg underveis i pandemien, kan det synes som om kunnskapsinfrastrukturen på dette området har blitt betydelig bedre, men at det ennå gjenstår mye. Det vil være viktig å vedlikeholde kontaktene som nå er etablert gjennom ildsjeler, ressurspersoner og organisasjoner, men også å være klar over frivillighetens begrensinger både med tanke på kapasitet og kompetanse. For selv om frivilligheten kan sitte på unik lokalkunnskap om miljøene de springer ut fra, kan ikke frivilligheten bære ansvaret. Det er derfor sentralt at ikke for mye av arbeidet og ansvaret overlates til dem, men at frivillige og ressurspersoner blir et bidrag og en støtte for det offentlige.

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

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

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

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

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

Vår vurdering er at det har vært betydelige forskjeller i hvor mye som er gjort i ulike kommuner for å senke terskelen for testing. Det er variasjon både i når slike tiltak ble igangsatt og omfanget.

4. Effektiv smittesporing forutsetter kapasitet og god kommunikasjon

Det kan synes som om det finnes forbedringspunkter i smittesporingsarbeidet som både gjelder kapasitet og kompetanse. Blant innvandrere med dårlige norskkunnskaper kan språkutfordringer gjøre smittesporingen mer kompleks og utfordrende. Lite kjennskap til lokale forhold og innvandrerbefolkningene kan også være en ulempe og bidra til forsinkelser. Disse utfordringene har betydning både for ressursfordeling og kompetansebehov.

Det synes å være behov for bedre systemer for å fordele ressursene dit man kan anta at de gjør størst nytte i forbindelse med et stort utbrudd. Enkelte steder har det vært langvarig høyt arbeidspress som tærer på ressursene. Samtidig krever økt bemanning i seg selv ressurser i form av blant annet opplæring og korreksjon av nybegynnerfeil. God samhandling og godt samarbeid innad i smittesporingsteamet er viktig, og det krever ressurser å skulle tilpasse kommunikasjonen til et raskt voksende team.

Smittesporerne har et stort ansvar og har naturlig nok ofte kort opplæringstid. Mange smittesporingsteam har lært mye underveis og har etter hvert utviklet gode retningslinjer og rutiner for å håndtere utbrudd. Det synes likevel å ha tatt tid å etablere gode retningslinjer og rutiner. Det er verdt å undersøke om det er mulig å bygge bedre systemer for kompetanseheving og kunnskapsoverføring. Dette kan gjelde både rutiner for tilbakemeldinger og oppfølging lokalt, men også muligheter for faglig påfyll eksternt eller systematisk erfaringsutveksling på tvers av kommunegrensene.

Det synes å ha vært et underforbruk av tolk enkelte steder. Forbedring av rutiner og praksis for bestilling av kvalifisert tolk på kort varsel, og noe mer opplæring i bruk av tolk og hvordan man bestiller dette, er mulige forbedringspunkt som bør undersøkes videre.

5. Tiltak relatert til utenlandsreiser synes å ha stor betydning

Innreisestatistikken som finnes er begrenset i tid og kvalitet, men for den korte perioden der vi har informasjon, kan det synes som om enkelte innvandrergrupper har hatt noe hyppigere reiseaktivitet og at mye av reiseaktiviteten har vært til land der det er rimelig å anta at smittetrykket har vært høyt. Innreisetiltakene har ikke medført at all innreise til Norge er stoppet, men en høy andel av de som reiser inn i Norge fra områder med høy smitte blir testet. Tiltakene synes dermed å ha hatt en effekt på hvor mange av smittetilfellene som oppdages ved innreise.

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

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

Det er fortsatt uvisst hvor mye av reiseaktiviteten som skyldes et høyere behov for nødvendige reiser (i tråd med det som var gjeldende råd) og hva som eventuelt skyldes svakere etterlevelse av daværende råd enten som følge av at rådene ikke er forstått eller ikke er fulgt. Vi har ikke grunnlag for å konkludere med at etterlevelsen har vært mindre blant innvandrergruppene.

6. Det er nødvendig med åpen og ærlig kommunikasjon

God og presis informasjon om smittesituasjonen både på nasjonalt og lokalt nivå, er viktig for at enkeltindivider skal kunne gjøre en god vurdering for seg selv og sine nærmeste. Jo mer presis informasjonen er, jo bedre valg vil enkeltindividene kunne ta. Dette gjelder både informasjon om antatt smittested ved et utbrudd og hvilke miljøer som er berørt.

Ofte vil det være en viss overlapp mellom hvilket fødeland en har og hvilket sosialt miljø man er en del av. Presis informasjon om hvilke grupper som er berørt vil derfor kunne være nyttig for enkeltindividene i miljøet når de skal vurdere egen smittevernrelaterte atferd.

Noe informasjon kan tyde på at både enkelte kommuner og tidvis også staten, har vært tilbakeholdne og forsiktige med å gi opplysninger om hvilke grupper som er rammet. Forsinkelse eller vegring mot å formidle presis informasjon fratrar gruppene som er rammet og enkeltmennesker i disse gruppene, muligheten til selv å ta velinformerte beslutninger rundt individuell eller kollektiv smittevernatferd. Her er det en viktig balansegang. En sterk negativ oppmerksomhet rettet mot ett bestemt miljø kan også føre til at enkelte vegrer seg og trekker seg unna, noe som igjen kan medføre ekstra utfordringer for smittesporingsarbeidet. Det er derfor avgjørende at kommunikasjonen utad er balansert og formidlet på en måte som ikke bidrar til unødig stigma. Å involvere berørte miljøer i kommunikasjonen er en mulig fremgangsmåte som kan begrense de negative sidene ved en åpen og ærlig kommunikasjon, men å holde tilbake informasjonen er ikke hensiktsmessig.

Hvordan sitere dette kapitlet:

Indseth T, Brekke JP, Gele A, Ezzati, RT, Elgersma I, Fretheim A (2021). Sammendrag og læringspunkter, i Indseth T red. (2021) Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Kapittel 2

Covid-19: Påvist smitte, testing, innleggelser, død, etterlevelse av råd og reiseaktivitet blant innvandrere i Norge, perioden fra februar 2020 til mai 2021¹

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

Koronapandemien har i Norge rammet utenlandsfødte hardere enn den øvrige befolkningen. Utenlandsfødte har oftere påvist smitte og blir oftere innlagt med covid-19. Det er stor variasjon mellom ulike grupper både i påvist smitte og innleggelser. Enkelte grupper er meget hardt rammet. Dette gjelder særlig dem født i Pakistan, Somalia, Irak, Tyrkia og Afghanistan.

Statistikken over døde og dem som har fått pustestøtte med respirator gir det samme bildet, men tallene for dette er såpass lave at det er vanskeligere å analysere forskjeller mellom innvandrere etter enkeltland. Personer fra Afrika og Asia skiller seg ut med forhøyet risiko for død og respiratorbruk, og dette gjelder særlig etter aldersjustering.

For påvist smitte har også norskfødte med utenlandsfødte foreldre vært hardt rammet. Insidensratene blant norskfødte med utenlandsfødte foreldre har vært om lag 4,5 gang høyere enn blant norskfødte med minst en norskfødt forelder.

For nærmere informasjon om hvilke registre over hele befolkningen som er benyttet, utvalg og metode, se Indseth et al. 2021d. For analyser av betydningen av sosioøkonomiske forhold og medisinsk risiko, se Indseth et al. 2021e. For spørreundersøkelsesmaterialet, se Nilsen 2021 et al. og Aarø et al. 2021.

Bekreftet covid-19

Bekreftet smittede blant personer født utenfor Norge er, relativt til antall personer i denne gruppen, høyere enn for den øvrige befolkningen. Det er stor variasjon mellom ulike grupper (tabell 1). Flest tilfeller i absolutte tall var det blant personer med fødeland Norge (78 566), Polen (4132), Pakistan (2807), Somalia (3317), Irak (2370) og Syria (2289) (tabell 1). Andelen bekreftet smittede blant utenlandsfødte bosatt i Norge for hele 2020 og ut mai 2021 sett under ett, viser at noen grupper er hardere rammet enn andre, og at det er stor variasjon mellom ulike grupper. Andelen, her oppgitt som antall per 100 000 bosatte fra samme fødeland, med påvist smitte har vært høyest blant personer med fødeland Pakistan (12 553), Somalia (11 715), Irak (10 222), Marokko 89494), Eritrea (8872), Afghanistan (8733),

¹ 27. mai 2021 utnevnte regjeringen en ekspertgruppe som skulle vurdere, og foreslå, tiltak på integreringsfeltet som følge av koronapandemien. Store deler av denne teksten ble sendt inn som FHIs innspill til denne ekspertgruppen. Det er derfor et betydelig overlapp mellom dette kapittelet og deler av ekspertgruppens rapport (Kunnskapsdepartementet 2021).

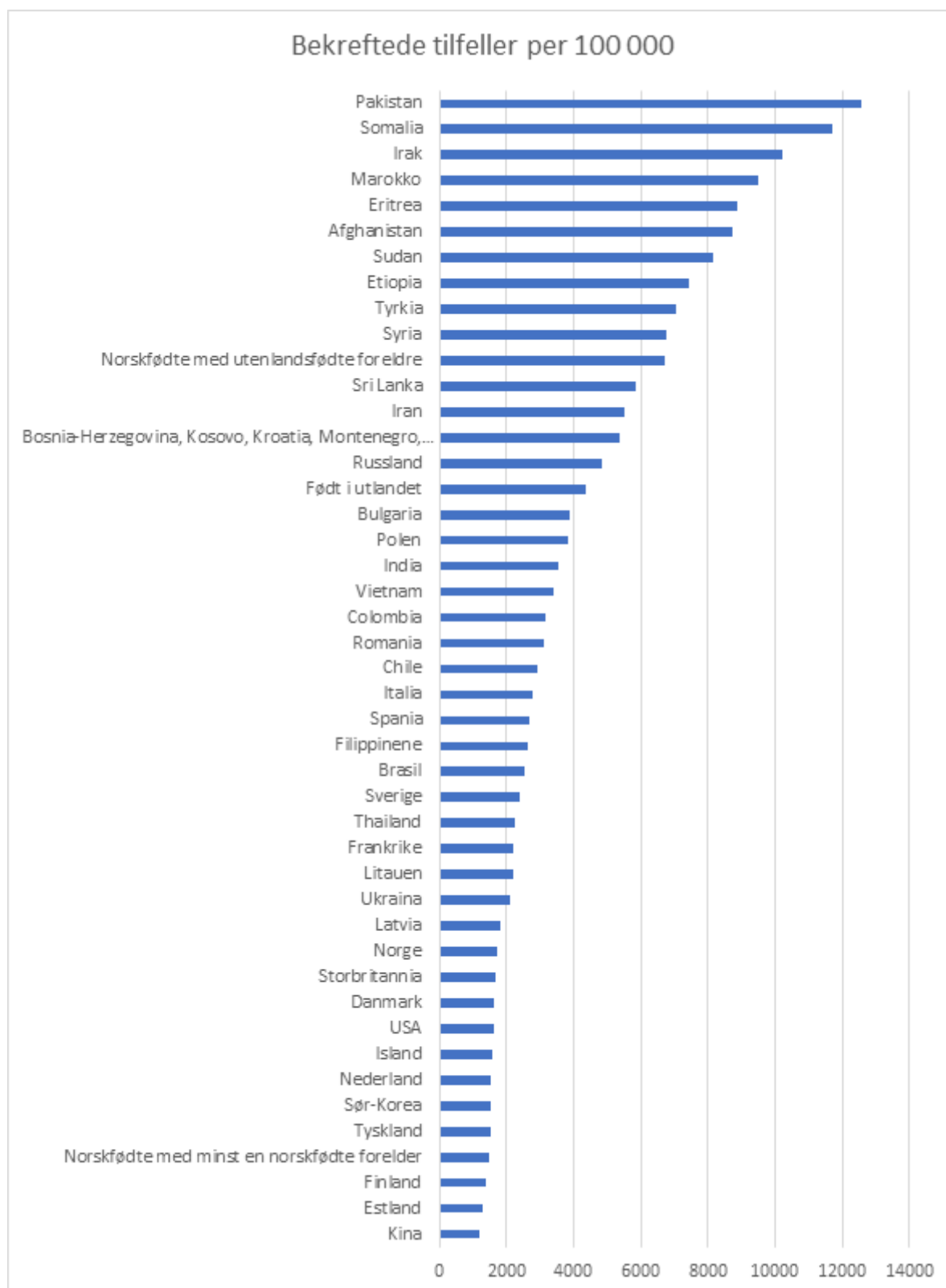
Sudan (8137), Etiopia (7421), Tyrkia (7030) og Syria (6775) (tabell 1). Av fødelandene i utvalget har Kina, Estland og Finland lavere andel påvist smittede enn norskfødte med minst en norskfødt forelder (1714). Flere land i utvalget har under 2000 tilfeller per 100 000, dette gjelder Tyskland, Sør-Korea, Nederland, Island, USA, Danmark, Storbritannia, Latvia og Ukraina.

Figur 2 viser utviklingen over tid i påvist smitte blant personer født i Norge med minst én norskfødt forelder, født i Norge med utenlandsfødte foreldre og født utenfor Norge. Denne figuren viser at det særlig var bølge 2 og bølge 3 som rammet innvandrerbefolkningene hardt.

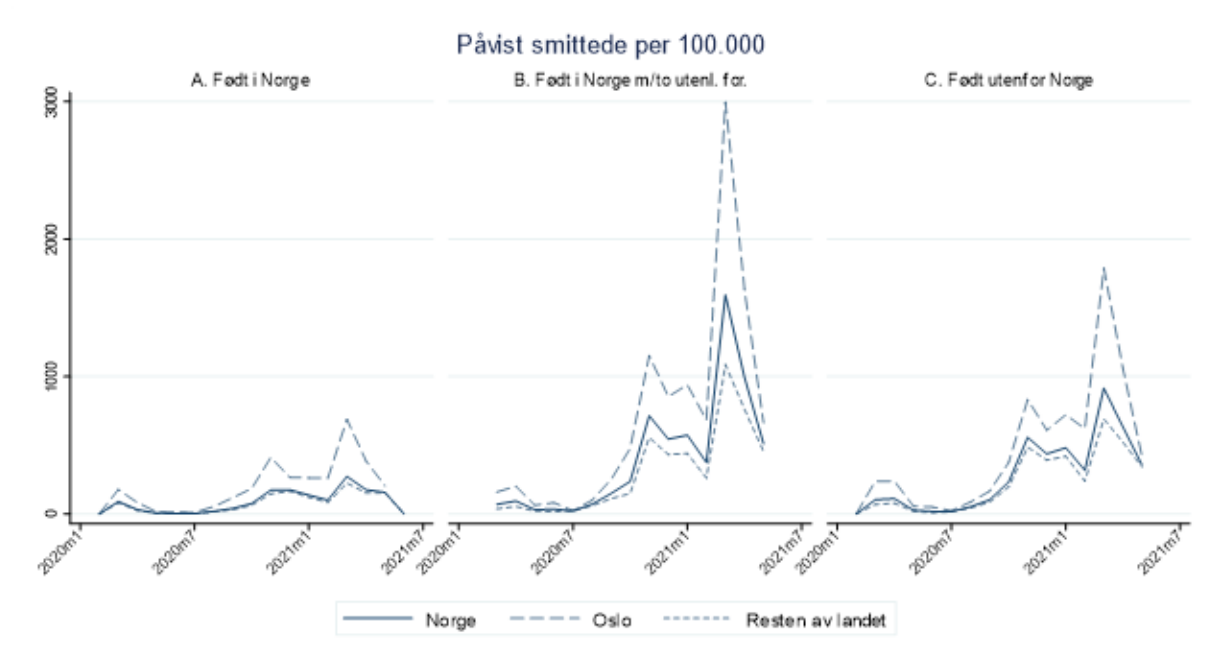
Tabell 1: Bekreftet smitte og innleggelser, antall og rater per 100 000, etter fødeland for innvandrergupper med mer enn 5000 innbyggere i Norge, for perioden 21.feb 2020-31.mai 2021

Fødeland	Antall bekræftede tilfeller	Bekreftede tilfeller, per 100 000	Antall innlagte	Innlagte, per 100 000	N
Født i Norge	78566	1714	3153	69	4584987
- med minst en norskfødte forelder	65152	1485	2995	68	4384973
- med utenlandsfødte foreldre	13414	6706	158	78	200014
Født i utlandet	40201	4375	2296	249	918726
Afghanistan	1529	8733	89	508	17509
Bosnia-Herzegovina, Kosovo, Kroatia, Montenegro, Serbia og Slovenia	2128	5369	141	356	39634
Brasil	184	2518	7	96	7307
Bulgaria	307	3881	5	63	7911
Chile	197	2932	23	342	6720
Colombia	205	3141	10	153	6527
Danmark	431	1643	28	107	26234
Eritrea	2006	8872	66	292	22611
Estland	66	1307	*	*	5050
Etiopia	805	7421	50	461	10847
Filippinene	696	2623	53	200	26537
Finland	110	1404	9	115	7837
Frankrike	178	2220	*	*	8019
India	627	3547	52	294	17675
Irak	2370	10222	178	768	23186
Iran	1056	5488	78	405	19241
Island	127	1583	*	*	8024
Italia	168	2773	*	*	6058
Kina	160	1197	9	67	13367
Latvia	219	1829	5	42	11974
Litauen	960	2204	15	34	43550
Marokko	621	9494	62	948	6541
Nederland	151	1530	*	*	9867
Pakistan	2807	12553	312	1395	22362
Polen	4132	3820	76	70	108175
Romania	515	3104	18	108	16594
Russland	918	4840	65	343	18965
Somalia	3317	11715	229	809	28314
Spania	240	2688	*	*	8927
Sri Lanka	551	5854	42	446	9413
Storbritannia	369	1656	16	72	22282
Sudan	425	8137	17	325	5223
Sverige	1217	2389	33	65	50946
Syria	2289	6775	113	334	33784
Sør-Korea	120	1527	10	127	7858
Thailand	540	2258	33	138	23911
Tyrkia	985	7030	88	628	14011
Tyskland	462	1520	24	79	30387
Ukraina	141	2094	*	*	6734
USA	346	1617	7	33	21397
Vietnam	505	3402	61	411	14846

Figur 1: Bekreftet smitte per 100 000, etter fødeland for innvandrergupper med mer enn 5000 innbyggere i Norge, for perioden 21.feb 2020-31.mai 2021



Figur 2: Påvist smitte per 100 000 over tid 1. jan 2020- 31. mai 2021 for personer Født i Norge med minst en norskfødt forelder, Født i Norge med utenlandsfødte foreldre og Født utenfor Norge, i Norge samlet, Oslo og Norge utenom Oslo.



Innleggelser

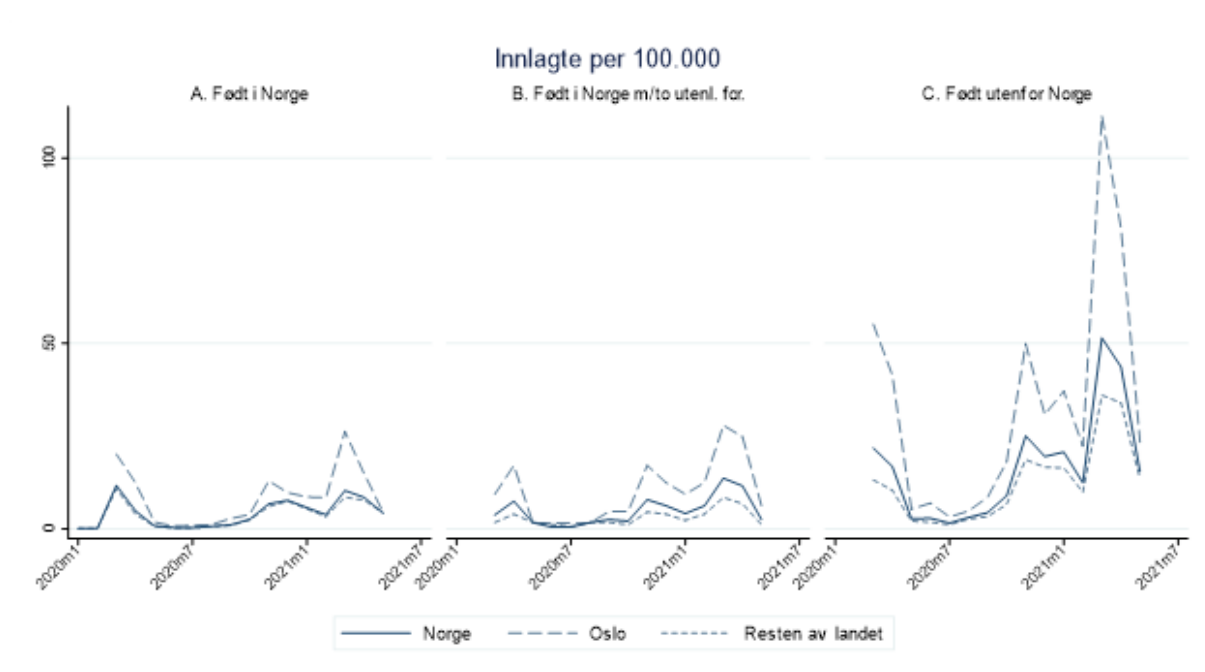
I perioden 21. februar 2020 til 31. mai 2021 har det vært til sammen 5449 bosatte personer (med fødselsnummer), som har vært innlagt på sykehus med covid-19. Av disse er litt under halvparten (2296) født utenfor Norge eller norskfødte med to utenlandsfødte foreldre (158). De resterende 2995 er født i Norge med minst én norskfødt forelder (Tabell 1).

Omregnet i andeler per 100 000 utgjør dette 249 per 100 000 med fødeland utenfor Norge, 69 per 100 000 for norskfødte med utenlandsfødte foreldre og 68 per 100 000 for norskfødte med minst én norskfødt forelder. For innleggelser er det er betydelig variasjon mellom grupper (tabell 1).

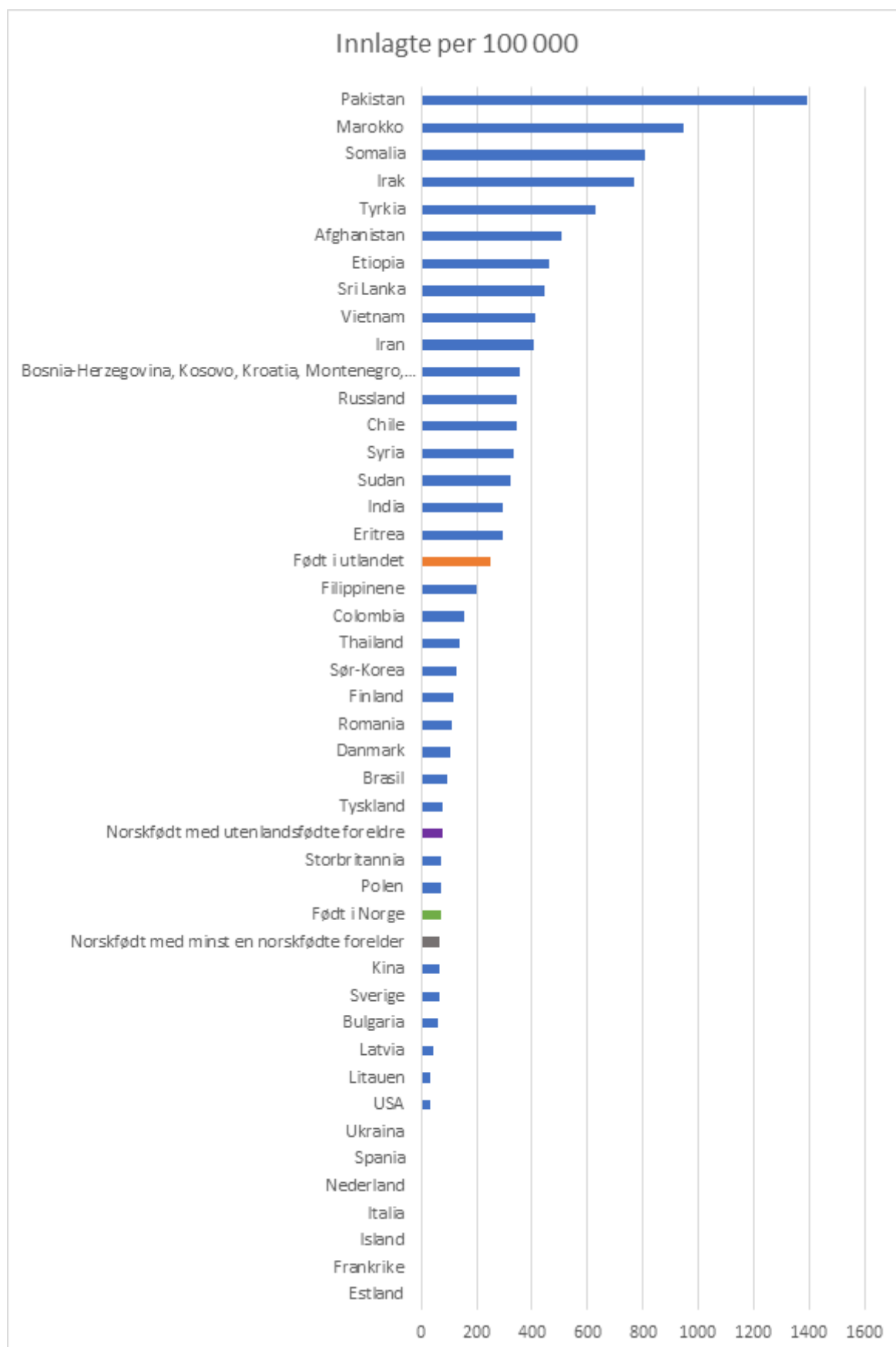
Andelen av personer i gruppen som har vært innlagt med covid-19 har (per 100 000) vært særlig høy blant dem født i Pakistan (1395), Marokko (948), Somalia (809), Irak (768), Tyrkia (628), Afghanistan (508), Etiopia (461), Sri Lanka (446), Vietnam (411) og Iran (405). Det er flere født i utlandet som har lavere andel innlagte enn for personer født i Norge. Dette gjelder Spania, Estland, Nederland, USA, Litauen, Island, Frankrike, Latvia, Italia, Ukraina, Bulgaria, Sverige og Kina.

Figur 1 viser utviklingen over tid i innleggelser blant personer født utenfor Norge, født i Norge med utenlandsfødte foreldre og født i Norge med minst én norskfødt forelder. Denne viser høye innleggelsesandeler blant utenlandsfødte, i alle bølgene, men at det særlig er bølge 1 i Oslo som skiller seg ut dersom tallene sees relativt til påvist smitte.

Figur 3: Innleggelser per 100 000 over tid 1. jan 2020- 31. mai 2021. Personer Født i Norge med minst en norskfødt forelder, Født i Norge med utenlandsfødte foreldre og Født utenfor Norge, i Norge samlet, Oslo og Norge utenom Oslo.



Figur 4: Innlagte per 100 000 etter fødeland for innvandrergupper med mer enn 5000 innbyggere i Norge, for perioden 21.feb 2020-31.mai 2021



Respirator og død

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

Tallene for døde er noe lavere blant utenlandsfødte sett under ett sammenliknet med norskfødte. Dersom vi deler utenlandsfødte inn etter hvilken verdensdel de er født i, ser vi en tydelig overrepresentasjon blant dem født i Afrika eller Asia og en underrepresentasjon blant personer født i Europa, Amerika eller Oceania. Etter aldersjustering øker overrepresentasjonen betydelig, og for personer født i et land i Afrika eller Asia er økningen dramatisk (Tabell 2). Innvandrere synes også å ha økt risiko for død og respirator blant de innlagte (Telle et al. 2021).

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

Verdensdel	Antall døde	Andel per 100 000	Andel per 100 000 aldersjustert	Relativ risiko, aldersjustert	Befolkning
Født i Afrika	23	22	110	8,5	103 074
Født i Asia	49	19	80	6,2	252 857
Født i Europa	27	6	18	1,4	459 170
Født i Latin-Amerika	*	*	*	*	32 803
Født i Nord-Amerika	*	*	*	*	26 581
Født i Norge	600	13	13	1	4 505 676

Note: * indikerer at det er færre enn 5 personer

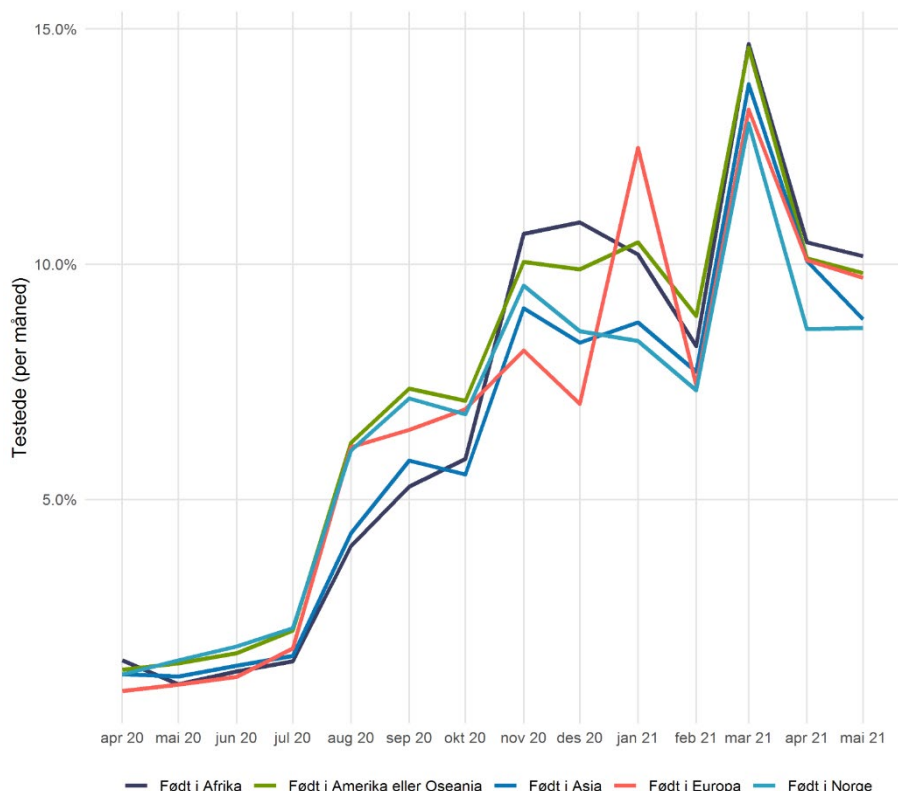
Testing

Om lag 50% av befolkningen i Norge har testet seg minst en gang i perioden 1. april 2020-mai 2021. Andelen var litt høyere blant personer født utenfor Norge (51% v. 50%).

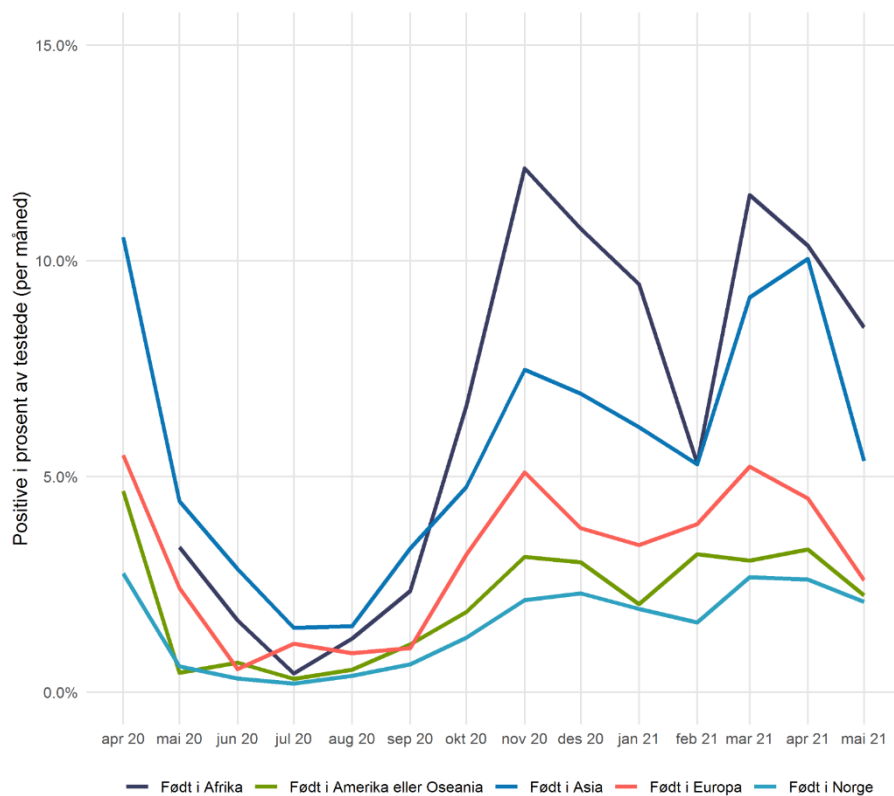
Det er en viss variasjon mellom grupper fra de ulike fødelandene. Det har vært en betydelig endring over tid. I perioden frem til senhøsten 2020 var det norskfødte som testet seg mest. Dette endret seg gradvis i løpet av november og desember 2020 (figur 5). Om vi deler opp befolkningen i fem kategorier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

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

Figur 5: Prosentandelen som har testet seg minst en gang etter fødeland (verdensdel) per måned, perioden 1. april 2020-mai 2021.



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



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

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

Etterlevelse av råd

Kunnskapsgrunnet om forskjeller i etterlevelse av råd og anbefalinger er svært begrenset. FHI har gjennomført spørreundersøkelser med spørsmål om selvrapporert etterlevelse. Disse undersøkelsene hadde i utgangspunktet ikke som hensikt å kartlegge forskjeller mellom ulike innvandrergupper. Det ble derfor ikke gjort særskilte tiltak for å øke representasjon eller deltakelse fra ulike innvandrergupper. Resultatene fra undersøkelsene er beskrevet i to rapporter (Nilsen et al. 2021 og Aarø et al. 2021). Etterlevelse er også tematisert kort i en NIBR-rapport basert på kvalitative intervjuer og i Madar et al. 2021 basert på spørreundersøkelse.

Undersøkelsene nevnt over gir ikke grunnlag for å hevde at det er vesentlige forskjeller i etterlevelse av grunnleggende smittevernråd. Det er betydelige metodiske svakheter ved alle studiene som gjør det vanskelig å generalisere funnene på en måte som gir grunnlag for sterke påstander.

Oppslutningen om myndighetenes koronatiltak synes å være høy også blant innvandrere. De som var født i lav- eller middelinntektsland rapporterte gjennomsnittlig en bedre koronahygiene og en like god etterlevelse av råd om sosial distansering som de som var født i Vest-Europa eller rike land utenom Vest-Europa. På to av underspørsmålene var det imidlertid en klar forskjell mellom personer født i høyinntektsland og personer født i lav- og middelsinntektsland. De født i høyinntektsland hadde i større grad «latt være å håndhilse eller klemme (andre enn mine nærmeste)» og hadde i større grad «unngått å ta kollektivtransport» (Aarø et al. 2021).

FHI har gjennomført en serie kvalitative intervjuer med innvandrere, smittesporere og representanter fra kommunene som er beskrevet i andre deler av denne rapporten. Målet med de kvalitative intervjuene har vært å gi et bedre bilde av ulike fenomener som kan forekomme og som kan ha relevans for covid-19-smitte og innleggelse i innvandrerbefolkningene. De kvalitative intervjuene gir ikke grunnlag for å si noe om hvor utbredt fenomenene som beskrives faktisk er eller om fenomenene er mer utbredt blant innvandrere enn blant ikke-innvandrere.

Hovedbildet fra de kvalitative intervjuene er at innvandrere tar pandemien på alvor, og at forståelsen av pandemiens alvor har økt i løpet av pandemien. Informantene mener grunnleggende smittevernråd er forstått, og at det er bred oppslutning om myndighetenes tiltak. Likevel gir intervjuene et noe annet bilde enn det som kommer frem i de kvantitative

spørreundersøkelsene nevnt over. I de kvalitative intervjuene beskriver enkelte at det finnes lommer innenfor ulike innvandrergupper der det er lavere oppslutning om tiltak og råd. Det beskrives også at det i likhet med alle som bor i Norge, kan være utfordrende for mange innvandrere å følge rådene og at særlig hyppige endringer har vært ekstra utfordrende for personer med svake norskkunnskaper. I intervjuene fremkommer det også beskrivelser av en del migrasjonsrelaterte fenomener som kan ha ført til forskjeller i smittevernrelevant atferd. Flere informanter nevner forhold som språkutfordringer, betydningen av transnasjonale bånd (for eksempel sterkere opplevd behov for å reise og ulikt mediekonsum), livserfaringer som medfører endret syn på risiko og forskjeller i normer og tradisjoner. Det ble også nevnt at lav utdanning og lav helsekompetanse kan påvirke folks forståelse av selve pandemien og av de regler, råd og anbefalinger som er gitt. Videre trekker enkelte informanter frem at enkelte tradisjoner kan medføre økt risiko, for eksempel tradisjon for å klemme hverandre eller i forbindelse samlinger av religiøs eller tradisjonell art (for eksempel bryllup og begravelser). Erfaringene som fremkommer er mangslungne og er nærmere beskrevet i to av de øvrige kapitlene i denne rapporten: Brekke 2021 og Spilker et al. 2021.

I intervjuer med smittesporerne som er nærmere beskrevet i artikkelen Ezzati 2021 i denne rapporten, kommer det frem lite som antyder systematisk dårligere etterlevelse av smittevernråd, pålagt karantene eller isolasjon blant innvandrere. Likevel beskriver smittesporerne at det er forskjeller. For eksempel kan språklige barrierer i noen tilfeller ha ført til forsinkelse i smittesporing, karantenesetting og isolering (Ezzati 2021). I artikkelen til Bjørnbæk og Hussaini som bygger på intervjuene med representanter fra kommunene fremkommer det liknende beskrivelser av utfordringer knyttet til å nå ut med språklig og kulturelt tilpasset informasjon i tide (Bjørnbæk og Hussaini 2021).

I den kvantitative registerbaserte studien til Godøy et al. 2021, også i denne rapporten, har forfatterne analysert endringer i påvist smitte før og etter innføring av lokale tiltak. Studien viser liknende kurver for både innvandrere og ikke-innvandrere. Dette kan indikere at den samlede effekten av tiltak, inkludert etterlevelser, er omtrent den samme blant innvandrere som befolkningen forøvrig, eventuelt at kompensierende ekstratiltak overfor innvandrerbefolkningene lokalt har redusert eventuelle forskjeller i etterlevelse som ellers ville vært gjeldende. Det kan altså synes som om innvandrere og ikke-innvandrere har hatt omtrent samme nytte av tiltak innført på kommunalt nivå (Godøy et al. 2021).

Utenlandsreiser og smitte

Datagrunnlaget for smitte i forbindelse med utenlandsreiser er svært mangelfullt. Det fantes ikke data som kunne sammenstilles for å gi informasjon om fødeland, avreiseland og testing i forbindelse med innreise før innreiseregisteret kom på plass og data fra dette ble inkorporert i Beredt C-19. Dette skjedde i mars 2021. FHI har derfor ikke data som gjør det mulig å analysere betydningen av innreise for perioden mars 2020-mars 2021. De dataene vi faktisk har (fra mars 2021 og utover) har også betydelige svakheter og mangler, noe som gjør det vanskelig å trekke tydelige konklusjoner. Mer detaljert redegjørelse for svakhetene i datagrunnlaget er beskrevet i Elgersma et al. 2021 som inngår i denne rapporten. Resultatene det henvises til nedenfor må derfor tolkes med betydelig grad av varsomhet.

Tabell 3 viser at for de første ukene vi har data fra, er det en høy andel av de innreisende som tester positivt i løpet av 10 dager etter innreise. Det er viktig å påpeke at denne testingen, i

motsetning til øvrig testing, ikke er symptom- eller nærkontaktbasert og derfor er å anse som screening-testing. Prosentandelen som tester positivt i første periode må derfor ansees å være svært høy. At det over flere uker var over 5% av innreisende fra Asia som testet positivt, må sees på som svært høyt. Til sammenlikning har tall fra andre screening-testinger i Norge ligget på om lag 0,2 prosent. Selv om andelen som har testet positivt etter innreise, er høy, er det viktig å påpeke at det ikke er snakk om veldig mange individer. Vi vet ikke om andelen smittede etter innreise var tilsvarende høy i perioden før uke 11 2021.

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

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

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

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

Hvordan sitere dette kapittelet:

Indseth T, Elgersma I, Strand BH, Telle K, Hernæs K, Arnesen T (2021). Covid-19: Påvist smitte, testing, innleggelser, død, etterlevelse av råd og reiseaktivitet blant innvandrere i Norge, perioden fra februar 2020 til mai 2021, i Indseth T red. (2021) Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Referanser

Bjørnbæk M, Hussaini L, Fretheim A, (2021). Kartlegging av kommuners tiltak for å få innvandrere til å teste seg, En kvalitativ studie av et utvalg norske kommuner, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Brekke JP, (2021). Kartlegging av mulige årsaker til forskjeller i korona-smitte i innvandrermiljøer, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Elgersma IH, Telle K, Eide H, Fevåg J, Indseth T, Kristoffersen AB (2021). Innreisetiltak og innreise etter landbakgrunn, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

- Ezzati RT, (2021). Erfaringer fra felt: smittesporer, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- FHI 2020. [COVID-19 dagsrapport 1. april 2020](#)
- FHI 2020. [COVID-19 Risikovurdering uke 45](#)
- FHI 2020. [COVID-19 Ukesrapport uke 18, 5. mai 2020](#)
- FHI 2021. [COVID-19 Ukesrapport uke 53, 6. Januar 2021](#)
- FHI 2021. [Råd og informasjon til risikogrupper og pårørende](#)
- Folkehelseinstituttet 2020. [Folkehelseinstituttets foreløpige anbefalinger om vaksinasjon mot covid-19 og om prioritering av covid-19-vaksiner, versjon 2](#), rapport 2020
- Folkehelseinstituttet 2021. [Notat: Statistikk for Covid-19 etter fødeland, meldte tilfeller og innleggelse, svar på spørsmål fra Stortinget nr. 1646](#)
- Folkehelseinstituttet 2021. [Notat: Statistikk for Covid-19 etter fødeland, meldte tilfeller og innleggelse, svar på spørsmål fra Stortinget 982 og 984](#)
- Fretheim A, Elgersma I, Vinjerui K, Flatø M, Indseth T (2021). Virkningene av tiltak rettet mot innvandrere, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Godøy A, Grøtting MW, Hernæs K (2021). Implementering og effekter av lokale tiltak: forskjeller etter fødeland, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Indseth T, Calero, JC, Diaz E, Løland KK, Godøy A 2021c. [Covid-19 i Bergen etter fødeland: Personer testet, bekreftet smittet og relaterte innleggelser](#), Rapport 2021. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021
- Indseth T, Godøy A, Kjøllesdal M, Arnesen T, Carelo, CJ, Vinjerui KH, Elgersma IH, Telle K. 2021d [Covid-19 etter fødeland fra mars 2020 til februar](#). FHI-rapport 2021.
- Indseth, T Nygård, K. M., & Godøy, A. A. 2021b [Covid-19 blant norskfødte med utenlandsfødte foreldre: Personer testet, bekreftet smittet og relaterte innleggelser](#), FHI-Rapport 2021
- Indseth, T., Elgersma, I. H., Strand, B. H., Telle, K., Labberton, A. S., Arnesen, T., ... & Godøy, A. 2021e [Covid-19 blant personer født utenfor Norge, justert for yrke, trangboddhet, medisinsk risikogruppe, utdanning og inntekt](#). FHI-rapport 2021
- Indseth, T., Godøy, A., Kjøllesdal, M., Arnesen, T., Jacobsen, C., Grøslund, M., & Telle, K. 2020a [Covid-19 etter fødeland: Personer testet, bekreftet smittet og relaterte innleggelser og dødsfall](#). FHI-Rapport 2020
- Indseth, T., Grøslund, M., Arnesen, T., Skyrud, K., Kløvstad, H., Lamprini, V., Telle, K. & Kjøllesdal, M. 2021a [COVID-19 among immigrants in Norway, notified infections, related hospitalizations and associated mortality: A register-based study](#). Scandinavian journal of public health 2021
- Indseth, T., Kjøllesdal, M. K. R., Jacobsen, C. C., Nygård, K. M., & Godøy, A. A. 2020b [Covid-19 i Oslo etter fødeland: Personer testet, bekreftet smittet og relaterte innleggelser](#). FHI-Rapport 2020
- Kjøllesdal M, Skyrud K, Gele A, Arnesen T, Kløvstad H, Diaz E, Indseth T. 2021b [The correlation between socioeconomic factors and COVID-19 among immigrants in Norway: a register-based study](#). Scand J Public Health. 2021
- Kjøllesdal, M. K., & Magnusson, K. (2021a). Occupational risk of COVID-19 by country of birth. A register-based study. MedRxiv.
- Kunnskapsdepartementet 2020. [Rapport fra ekspertgruppe, Forslag til tiltak for å redusere Covid-19-smitte blant innvandrere](#)
- Kunnskapsdepartementet (2021). Rapport fra ekspertgruppe. Innvandrerbefolkningen under koronapandemien. Smitte, vaksiner og konsekvenser for integreringen.
- Labberton, A. S., Godoy, A. A., Elgersma, I. H., Strand, B. H., Telle, K., Arnesen, T. M., ... & Indseth, T. (2021). [SARS-CoV-2 infections and hospitalizations among immigrants in Norway: significance of occupation, household crowding, education, household income and medical risk. A nationwide register study](#). medRxiv.
- Lauvrak V, Juvet L. 2020. [Social and economic vulnerable groups during the COVID-19 pandemic, Rapid review 2020](#). Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2020

- Le C, Finbråthen HS, Pettersen KS, Guttersrud Ø 2021. Helsekompetansen i fem utvalgte innvanderpopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam, Befolkningens helsekompetanse del 2, Helsedirektoratet rapport IS-2988
- Madar, A. A., Benavente, P., Czapka, E., Herrero-Arias, R., Haj-Younes, J., Hasha, W. H. W., ... & Diaz, E. (2021). [COVID-19: access to information, level of trust and adherence to health advice among migrants in Norway](#). Preprint Research Square
- Nilsen, T. S., Johansen, R., Aarø, L. E., Kjøllesdal, M. K. R., & Indseth, T. (2021). [Holdninger til vaksine, og etterlevelse av råd om sosial distansering og hygiene blant innvandrere i forbindelse med koronapandemien](#). FHI-rapport 2021
- Spilker RS, Tsige SA, Nordstrøm C, Duahle H, Mohammed NS, Qureshi S, Gawad M, Gele A, (2021). Erfaringer fra felt: målgruppene, foreløpige funn fra intervjuer med informanter i seks ulike innvandergrupper, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Telle KE, Grøslund M, Helgeland J, Håberg SE. [Factors associated with hospitalization, invasive mechanical ventilation treatment and death among all confirmed COVID-19 cases in Norway: Prospective cohort study](#). Scandinavian Journal of Public Health. January 2021.
- Vinjerui KH, Elgersma IH, Fretheim A. Covid-19. [Dør-til-dør-aksjoner, mobile teststasjoner og endring i testandel blant norsk- og utenlandsfødte i bydel Stovner](#), Oslo. FHI-rapport, 2021.
- Vist GE, Arentz-Hansen EH, Vedøy TF, Spilker RS, Hafstad EV, Giske L. [Incidence and severe outcomes from COVID-19 among immigrant and minority ethnic groups and among groups of different socio-economic status](#) 2021. Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2021.
- Aarø LE, Vedaa Ø, Bruun T, Nilsen TS, Johansen R, Knapstad M, Skogen JC, Klepp K-I. [Koronaatferd og landbakgrunn i fire fylker](#) Rapport 2017. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021

Kapittel 3

Mulige forklaringer på overrepresentasjon i påvist smitte og innleggelser²

Av Thor Indseth, Kjetil Telle, Angela Labberton og Trude Arnesen, Folkehelseinstituttet

I Norge har personer født utenfor Norge vært overrepresentert i påvist smitte og innleggelser (Indseth et al. 2021). Det har også vært sett betydelig høyere andel smittede blant norskfødte som har utenlandsfødte foreldre enn blant norskfødte med norskfødte foreldre. Forklaringene på hvorfor enkelte grupper er hardere rammet i form av smitte, innleggelse og død er sammensatte og komplekse. I det følgende vil vi ta opp, diskutere og vurdere kort de forholdene vi til nå mener kan være mulige delforklaringer. Dette vil ikke gi en fullstendig oversikt da det kan være flere årsaksforhold som vi hittil ikke har data for.

Vurderingene gjort i dette kapittelet bygger i all hovedsak på de registeranalysene og spørreundersøkelser som er utarbeidet ved Folkehelseinstituttet (FHI) under pandemien og som tidligere har vært publisert i form av rapporter eller artikler. Vurderingene bygger også på det som har fremkommet i de kvalitative intervjuene, som denne rapporten bygger på, og som er nærmere beskrevet i Ezzati 2021, Spilker et al. 2021, Brekke 2021, Bjørnbæk og Hussaini 2021, registerstudiene beskrevet i Godøy et al. 2021 og Elgersma et al. 2021, intervensjonsstudiene beskrevet i Fretheim et al. 2021 og matematisk modellering beskrevet i Rø og Engebretsen 2021.

Sosiale miljøer

Det er grunn til å tro at det store flertallet av innvandrere i Norge er del av et sosialt miljø der det er flere med innvandrerbakgrunn enn hva som er gjennomsnittet for norskfødte uten innvandrerbakgrunn. Med andre ord har innvandrere flere andre innvandrere i sin sosiale krets enn det som er vanlig ellers. Det er også rimelig å anta at det for innvandrere, i likhet med ikke-innvandrere, er tetteste sosiale bånd med nær slekt og svigerslekt og med personer fra samme landbakgrunn som dem selv. Dersom personer i Norge har fulgt råd og regler om å begrense sosial kontakt og derfor redusert kontakten til kun sine nærmeste, vil konsekvensen av dette kunne være at det store flertallet av innvandrere i stor grad har hatt kontakt med andre innvandrere fra samme gruppe, mens det store flertallet av ikke-innvandrere primært vil ha kontakt med andre ikke-innvandrere.

Det er viktig å påpeke at fordi covid-19 er en smittsom sykdom, så kan relativt små forskjeller i atferd gi betydelige forskjeller i smitterater. Modellering fra FHI har sannsynliggjort at en begrenset forskjell på mellom 25-75 % kan gi smitterater på opptil 10 ganger høyere smitte (altså 1000 % økning) dersom gruppene primært har kontakt med hverandre og har lite kontakt utad (Rø og Engebretsen 2021). Modellene er teoretiske og ment til å illustrere hvordan

² 27. mai 2021 utnevnte regjeringen en ekspertgruppe som skal vurdere, og foreslå, tiltak på integreringsfeltet som følge av koronapandemien. Store deler av denne teksten ble sendt inn som FHIs innspill til denne ekspertgruppen. Det er derfor et betydelig overlapp mellom dette kapittelet og deler av ekspertgruppens rapport (Kunnskapsdepartementet 2021).

smittsomme sykdommer spres og beskriver ikke direkte situasjonen i Norge. Men de illustrerer at det ikke er nødvendig med store forskjeller i atferd for å forklare overrepresentasjonen i smitterater.

Eksponering for virus er den eneste måten man kan bli smittet på. Å befinne seg i et sosialt eller fysisk miljø der det er smitte er derfor en nødvendig betingelse. Dersom ikke denne betingelsen er oppfylt, vil man ikke smittes uansett øvrig atferd. Dette innebærer at sosiale miljøer som ikke eksponeres heller ikke vil ha noen spredning innad i miljøet – uansett atferd, mens miljøer som eksponeres for ett enkelt smittetilfelle vil kunne ha spredning innad gjennom nettverk av nære forbindelser, til tross for at alle følger grunnleggende smittevernregler. Tall for påvist smitte eller innleggelse kan derfor selvsagt ikke brukes som et mål på etterlevelse av smittevernreglene.

Forskjeller i smittevernatferd og etterlevelse av råd

Når vi vurderer forskjeller i smittevernatferd og etterlevelse som mulige årsaker til forskjeller i smitte, er det viktig å huske at ett og samme forhold kan både ha beskyttende og risikøkende komponenter avhengig av situasjon og samspillet med andre risikofaktorer og beskyttende faktorer. Dette vil for eksempel gjelde en gruppeatferd der en minoritet isolerer seg og reduserer nesten all kontakt med personer utenfor egen familie eller gruppe. I utgangspunktet kan dette ha en sterk beskyttende effekt i forhold til å få smitte inn i gruppa, men dersom smitten først er kommet inn, vil en slik gruppeatferd snu fra å være beskyttende til å bli risikofremmende.

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

Etterlevelse av smittevernråd er derfor langt fra den eneste atferdsrelaterte faktoren som påvirker smitterisiko for en gruppe. Slik sett er det selvsagt ikke nødvendigvis en motsetning mellom høy grad av etterlevelse av smittevernråd i en gruppe og at det samtidig er atferdsmønstre i en gruppe som gir økt risiko for gruppa som helhet. Høy grad av etterlevelse av smittevernråd, slik empirien fra blant annet spørreundersøkelsene indikerer (Aarø et al. 2021), betyr ikke det samme som at forskjeller i atferd på gruppenivå ikke kan bidra til å forklare forskjeller i smitte. Å kun se på forskjeller i intensjonsbettinget atferd (som for eksempel å vaske hendene eller utsette bryllupsplaner) vil derfor være en overforenkling når vi analyserer hvordan viruset sprer seg ulikt i ulike populasjoner. For eksempel vil forskjeller i kontakt på tvers av generasjoner kunne ha betydning for innleggelsesrater i en gruppe, selv om den sosiale kontakten er innenfor myndighetenes smittevernråd.

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

Internasjonale reiser

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

En kompliserende faktor når vi skal vurdere betydningen av utenlandsreiser for smitte i de ulike innvandrerbefolkningene i Norge, er at en del innvandrere, og særlig dem med flyktningsbakgrunn, vil ha slektninger ikke bare i landet de utvandret fra, men også i andre land som slektninger har innvandret til. Høy grad av endogami (giftemål innad i egen etnisk gruppe) har gjort det vanligere å ha familie og svigerfamilie i andre land enn opprinnelseslandet og eget bostedsland. Dette bidrar til større grad av transnasjonale liv der slekt og vennskapsforbindelser strekker seg over landegrensene. Det er rimelig å anta at antallet tette transnasjonale forbindelser (slekt- og vennskapsbånd over landegrensene) gir et større behov og motivasjon for utenlandsreiser blant innvandrere sammenliknet med ikke-innvandrere, også under en pandemi. Dersom disse reisene er til land med høyere smittetrykk og reisene i større grad innebærer kontakt med lokalbefolkningen, kan dette ha bidratt til høyere smitte i innvandrerbefolkningene sammenliknet med befolkningen for øvrig. Statistikk over reiseaktivitet og andelen som har testet positivt etter innreise, samt de analysene FHI har gjort på dette, gir noe empirisk støtte til slike resonneringer (FHIs ukereport og Elgersma et al. 2021).

Bostedskommune

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

Alderssammensetning

Den viktigste risikofaktoren for å utvikle alvorlige komplikasjoner som følge av covid-19 er høy alder og underliggende sykdom (Himmels et al. 2021). Vi vet at innvandrerbefolkningene i Norge har en alderssammensetning som skiller dem sterkt fra befolkningen for øvrig. Det er store variasjoner mellom grupper, men sett under ett er innvandrerbefolkningen i Norge en ung befolkning, og det er svært få personer i de øverste alderssjiktene, dvs. 85+ (Indseth et al. 2020a). Vi skulle derfor forvente en betydelig underrepresentasjon i innleggelser og død blant

innvandrere i Norge. Å beregne betydningen av alder er likevel ikke en helt rett-fram øvelse når vi tar hensyn til alderssammensetningen på gruppenivå. Smitterisikoen er høyere blant yngre (FHIs ukesrapporter). Det innebærer at eldre personer som er en del av en gruppe der det er mange unge og få eldre, kan være mer utsatt for smitte enn det eldre i andre grupper er. Slik sett kan den reelle risikoen for å bli innlagt med covid-relaterte komplikasjoner være større hos 70-åringer fra en gruppe som omfatter flere unge, enn for 80-åringer i en gruppe der det er få unge – rett og slett fordi 70-åringen i dette tilfelle er mer eksponert for smitte.

Medisinske risikogrupper

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

Sosioøkonomiske forhold, yrke, husholdningsinntekt, utdanning og trangboddhet

Sosioøkonomiske forhold har betydning for covid-19 smitte. Både lav husholdningsinntekt, lav utdanning, yrke og trangboddhet gir økt risiko. Målbare forskjeller i sosioøkonomiske forhold på individnivå forklarer likevel kun en beskjeden del av de forskjellene i påvist smitte som vi observerer mellom ulike innvandrergrupper og personer født i Norge (12%). For innleggelsesrater er betydningen enda mindre (3%) (Indseth et al. 2021). Analyser på gruppenivå peker i samme retning, nemlig at sosioøkonomiske forhold forklarer noe, men langt fra hele forskjellen (Kjøllesdal et al. 2021b). Det samme gjør mer detaljerte undersøkelser av betydningen av yrke (Kjøllesdal et al. 2021a).

Genetiske forhold

Forskning på betydningen av genetiske faktorer for covid-19 er foreløpig noe usikker og peker i litt ulike retninger. Flere studier har undersøkt genenes betydning for covid-19-smitte og sykdomsalvorlighet. Funnene er så langt heterogene og til dels motstridende (Fricke-Galindo et al. 2021, Zeberg & Paabo 2020, Ortiz-Fernández & Sawalha 2020, Lee et al. 2020).

Det er mulig at genetikk kan være én av flere delforklaringer på overrepresentasjonen vi observerer. Imidlertid har studier om korrelasjoner mellom gener og covid-19 smitte og utfall så langt ikke kunne vise hvordan de ulike genene forårsaker forskjellene vi observerer.

Vi antar derfor at overrepresentasjon i påvist smitte ikke eller bare i begrenset grad kan forklares av forskjeller i genetisk sammensetning. Gitt at man er smittet, utelukker vi ikke at genetiske faktorer kan være en medvirkende årsak til økte risiko for alvorlige komplikasjoner, innleggelse og død i enkelte grupper. Det er likevel flere forhold som gjør at vi har begrenset tro på at genetiske faktorer er en sentral forklaringsfaktor for forskjellene mellom innvandrergrupper i Norge. Det første og mest åpenbare er at gruppene med høye innleggelsestall både er grupper med høy grad av påvist smitte, og grupper der høye andeler av

de testede tester positivt, noe som gjøre det nærliggende å tro at smitten har vært høyere enn det tallene for påvist smitte indikerer. Høy grad av smitte vil naturlig nok gi høyere innleggelsestall i en populasjon. At gruppene som i Norge er overrepresentert i innleggelser har sin geografiske opprinnelse fra så vidt forskjellige områder, gjør det også vanskeligere å se for seg at det er de genetiske faktorene som er hovedforklaringen på høye innleggelsestall (f.eks. Russland, Pakistan og Somalia). Videre er det også slik at populasjoner vi antar har betydelig genetisk overlapp (for eksempel India og Pakistan) så langt har hatt svært ulike innleggelsestall (selv om begge er overrepresenterte).

Forhold som kan komplisere forebyggende arbeid og forsinke TISK-strategien

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

Svakere kjennskap til innvandrer- og minoritetsmiljøer blant offentlig ansatte (i alle ledd) kan ha ført til en situasjon der pandemiresponsen var mindre effektiv overfor enkelte grupper. For eksempel vil den grunnleggende kjennskapen til norsk russetradisjon som de fleste i Norge sitter med, være en fordel for både faginstanser som skal utforme tiltak og smittesporerne som skal smittesporer. Mangelen på tilsvarende kunnskap om tradisjoner, feiringer eller normsett innen minoritetsmiljøer kan gjøre både forebyggende tiltak og smittesporing i forbindelse med et utbrudd, mindre effektiv.

Det er rimelig å anta at svakere kjennskap til innvandrere og minoriteters tradisjoner, normer og praksiser kan ha ført til at forebyggende arbeid og smittesporingsarbeid har vært noe mindre effektivt overfor enkelte grupper. Hvor stor betydning dette har hatt for pandemiutviklingen og for overrepresentasjonen vi ser i ulike innvandrergrupper er, ut fra det vi har kunnskap om nå, ikke mulig å beregne. I intervjuer med smittesporere kommer det frem at de opplever å gradvis ha ervervet seg kunnskap og praksiser som gjør smittesporingen blant innvandrere mer effektiv (Ezzati 2021). I disse intervjuene fremkommer det også at språkutfordringene kan være en omfattende utfordring i smittesporingsarbeidet. Studien viste også at gode rutiner for bestilling av kvalifisert tolk tok tid å få etabler i enkelte kommuner (Ezzati 2021).

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

Det er rimelig å anta at TISK-arbeidet ikke har vært like effektivt overfor alle miljøer. Lavere helsekompetanse, språkkompetanse blant en del innvandrere og begrenset kjennskap til miljøene blant smittesporere og helsepersonell kan føre til flere misforståelser og forsinkelser i arbeidet med oppsporing av nærkontakter for karantene og testing. Dette kan igjen medføre noe forsinkelse i arbeidet med å bryte smittekjedene. Fordi smitten sprer seg eksponentielt, kan selv beskjedene forsinkelser i TISK-arbeidet få store konsekvenser.

Hvordan sitere dette kapittelet:

Indseth T, Telle K, Labberton A, Arnesen T (2021). i Indseth T red. (2021). Mulige forklaringer på overrepresentasjon i påvist smitte og innleggelser. Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Referanser

- Bjørnbæk M, Hussaini L, Fretheim A, (2021). Kartlegging av kommuners tiltak for å få innvandrere til å teste seg, En kvalitativ studie av et utvalg norske kommuner, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Brekke JP, (2021). Kartlegging av mulige årsaker til forskjeller i korona-smitte i innvandrermiljøer, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Elgersma IH, Telle K, Eide H, Fevåg J, Indseth T, Kristoffersen AB (2021). Innreisetiltak og innreise etter landbakgrunn, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Ezzati RT, (2021). Erfaringer fra felt: smittesporerne, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Fretheim A, Elgersma I, Vinjerui K, Flatø M, Indseth T (2021). Virkningene av tiltak rettet mot innvandrere, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Fricke-Galindo, I., & Falfán-Valencia, R. (2021). Genetics Insight for COVID-19 Susceptibility and Severity: A Review. *Frontiers in Immunology*, 12(1057).
- Godøy A, Grøtting MW, Hernæs K (2021). Implementering og effekter av lokale tiltak: forskjeller etter fødeland, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Himmels, J. P. W., Borge, T. C., Brurberg, K. G., Gravningen, K. M., Feruglio, S. L., & Berild, J. D. (2020). COVID-19 and risk factors for hospital admission, severe disease and death—a rapid review, 3rd update.
- Indseth T, Elgersma I, Strand BH, Telle K, Hernæs K, Arnesen T (2021). Covid-19: Påvist smitte, testing, innleggelser, død, etterlevelse av råd og reiseaktivitet blant innvandrere i Norge, perioden fra februar 2020 til mai 2021, i Indseth T red. (2021) Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Indseth, T., Elgersma, I. H., Strand, B. H., Telle, K., Labberton, A. S., Arnesen, T., ... & Godøy, A. 2021 Covid-19 blant personer født utenfor Norge, justert for yrke, trangboddhet, medisinsk risikogruppe, utdanning og inntekt. FHI-rapport 2021
- Kjøllestad M, Magnusson K 2021 b. Occupational risk of COVID-19 by country of birth. A register-based study. in print, MedRxiv
- Kjøllestad M, Skyrud K, Gele A, Arnesen T, Kløvstad H, Diaz E, Indseth T 2021 a The correlation between socioeconomic factors and COVID-19 among immigrants in Norway. A register based study. *Scandinavian Journal of Public Health*
- Kunnskapsdepartementet (2021). Rapport fra ekspertgruppe. Innvandrerbefolkningen under koronapandemien. Smitte, vaksine og konsekvenser for integreringen.
- Le C, Finbråthen HS, Pettersen KS, Guttersrud Ø 2021. Helsekompetansen i fem utvalgte innvandrerpopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam, Befolkningens helsekompetanse del 2, Helsedirektoratet rapport IS-2988
- Lee, I.-H., Lee, J.-W., & Kong, S. W. (2020). A survey of genetic variants in SARS-CoV-2 interacting domains of ACE2, TMPRSS2 and TLR3/7/8 across populations. *Infection, Genetics and Evolution*, 85, 104507.
- Nilsen, T. S., Johansen, R., Aarø, L. E., Kjøllestad, M. K. R., & Indseth, T. (2021). Holdninger til vaksine, og etterlevelse av råd om sosial distansering og hygiene blant innvandrere i forbindelse med koronapandemien. FHI-rapport 2021
- Ortiz-Fernández L, Sawalha AH.(2020) Genetic variability in the expression of the SARS-CoV-2 host cell entry factors across populations. *Genes Immun* 21:269–72.
- Rø G, Engebretsen S (2021). Hvor stor forskjell må forklares? Matematisk modellering av effekten av ulikheter i smitterate og import hos ulike befolkningsgrupper, i Indseth T red. (2021) Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

- Spilker RS, Tsige SA, Nordstrøm C, Duahle H, Mohammed NS, Qureshi S, Gawad M, Gele A, (2021). Erfaringer fra felt: målgruppene, foreløpige funn fra intervjuer med informanter i seks ulike innvandringsgrupper, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Zeberg, H., Pääbo, S. (2020) The major genetic risk factor for severe COVID-19 is inherited from Neanderthals. Nature 587, 610–612
- Aarø LE, Vedaa Ø, Bruun T, Nilsen TS, Johansen R, Knapstad M, Skogen JC, Klepp K-I. Koronaatferd og landbakgrunn i fire fylker Rapport 2017. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021

Kapittel 4

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

Av Thor Indseth og Anja Elsrud Schou Lindman

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

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

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

Underveis i pandemien var det ikke gitt hvilke data og analyser som skulle vise seg å gi den viktigste informasjonen, og slik sett prioriteres for innlemmelse i BeredtC-19. Nye kunnskapsbehov oppstod raskt og endret seg underveis. For eksempel hadde data om negativ laboratorietest i perioder ingen særskilt høy prioritet, men viste seg senere å gi svært viktig informasjon om forskjeller i testrater.

I det følgende redegjøres det for utviklingen av kunnskapsgrunnlaget etter hvert som flere og flere datakilder ble inkludert i Beredt C19. For en oversikt over alle kilder, henvises det til nettsiden på www.fhi.no.

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

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

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

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

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

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

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

FHI mente derfor at det burde satses mer på å øke testratene blant innvandrere og gikk sammen med Helsedirektoratet inn for en særlig satsning på dette. Analyser av og anbefalinger basert på det som den gang var tilgjengelig av statistikk, ble også publisert i rapport fra Regjeringens ekspertgruppe i desember 2020 ([Ekspertgrupperapport 2020](#)).

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

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

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

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

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

Ved hjelp av spørreundersøkelser kartla FHI selvrapportert etterlevelse av råd om sosial distansering og hygiene. Resultatene fra de ulike undersøkelsene ble publisert i egen rapport 15. mars 2021. Spørreundersøkelsen viste betydelig oppslutning om smittevernråd og høy grad av etterlevelse også blant innvandrerne som deltok i undersøkelsen ([Nilsen et al. 2021](#)). En mer detaljert analyse av det samme spørreundersøkelsesmaterialet viste visse forskjeller i enkeltspørsmål, for eksempel knyttet til håndhilsning, men at selvrapportert etterlevelse samlet sett synes å være like god eller bedre for innvandrerne enn for ikke-innvandrere ([Aarø et al. 2021](#)).

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

Med finansiering fra Kunnskapsdepartementet gjennomførte FHI vinteren og våren 2021 flere prosjekter for å øke kunnskapsgrunnlaget. Denne rapporten er første leveranse i dette oppdraget. FHI har igangsatt to prosjekter for evaluering av tiltak i samarbeid med Bydel Stovner og evaluering av kampanjer i sosiale medier i samarbeid med HelseDirektoratet (nærmere beskrevet i Fretheim et al. 2021) og registerstudier av betydningen av tiltak og innreise beskrevet i henholdsvis Godøy et al. 2021 og Elgersma et al. 2021. Som del av det samme oppdraget ble det også vinteren 2021 gjennomført kvalitative intervjuer med representanter fra kommunene, smittesporere og fra ulike innvandrergupper. Vi redegjør nærmere for funn herfra i denne rapportens bidrag av Bjørnbæk og Hussaini, Spilker et al, Brekke et al. og Ezzati et al.

Som del av kunnskapsprogrammet for evaluering av tiltak ved FHI gjennomførte Opinion intervjuer med personer med innvandrerbakgrunn på oppdrag fra FHI. Resultatene fra dette arbeidet er ikke publisert ennå, men vil publiseres så snart analysene er ferdigstilt.

Den viktigste lærdommen fra denne delen av pandemiresponsen har vært hvor avgjørende det er å få relevante datakilder på plass så raskt som mulig, mulighet for å koble dem på individnivå og ha et analyseteam med rett kompetanse både for å kunne gjøre gode analyser raskt, men også for å kunne stille de relevante spørsmålene. Dette krever en infrastruktur der det er et tett og godt samarbeid mellom forskere og praktikere innen smittevern, og i denne sammenheng mellom forsker på migrasjonshelse og forskere og analytikere med kompetanse til å håndtere og koble store komplekse datakilder. Flere analyser der dataene i Beredt C19 benyttes er underveis og vil publiseres utover høsten 2021. Blant annet vil det være viktig å forstå mer av vaksinedekningen i ulike grupper av befolkningen. Dessverre har vi fremdeles ikke lykket med å få smittesporingsdata fra kommunene inn i Beredt C19. Med slike data, koblet til andre opplysninger i Beredt C19, hadde vi kunnet få bedre nasjonal oversikt over smittesporingsarbeidet i kommunene, og vi ville kunnet utføre analyser som satte oss i stand til å lære fra kommuner som lykket med smittesporingsarbeidet.

Hvordan sitere dette kapitlet:

Indseth T, Lindman A (2021). Kunnskapsutviklingen om covid-19 smitte, innleggelse, død og vaksinasjon blant innvandrere i Norge, i Indseth T red. (2021) Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Referanser

Bjørnbæk M, Hussaini L, Fretheim A, (2021). Kartlegging av kommuners tiltak for å få innvandrere til å teste seg, En kvalitativ studie av et utvalg norske kommuner, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Brekke JP, (2021). Kartlegging av mulige årsaker til forskjeller i korona-smitte i innvandrermiljøer, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

- Drefahl, S., Wallace, M., Mussino, E. et al. [A population-based cohort study of socio-demographic risk factors for COVID-19 deaths in Sweden](#). Nat Commun 11, 5097 (2020).
- Elgersma IH, Telle K, Eide H, Fevåg J, Indseth T, Kristoffersen AB (2021). Innreisetiltak og innreise etter landbakgrunn, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Ezzati RT, (2021). Erfaringer fra felt: smittesporer, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- FHI 2020. [Beredskapsregisteret for covid-19](#)
- FHI 2020. [COVID-19 dagsrapport 1. april 2020](#)
- FHI 2020. [COVID-19 Risikovurdering uke 45](#)
- FHI 2020. [COVID-19 Ukesrapport uke 18, 5. mai 2020](#)
- FHI 2021. [COVID-19 Ukesrapport uke 53, 6. Januar 2021](#)
- FHI 2021. [Notat: Koronavaksinasjon og fødeland](#)
- Folkehelseinstituttet 2021. [Notat: Statistikk for Covid-19 etter fødeland, meldte tilfeller og innleggelse, svar på spørsmål fra Stortinget nr. 1646](#)
- Folkehelseinstituttet 2021. [Notat: Statistikk for Covid-19 etter fødeland, meldte tilfeller og innleggelse, svar på spørsmål fra Stortinget 982 og 984](#)
- Fretheim A, Elgersma I, Vinjerui K, Flatø M, Indseth T (2021). Virkningene av tiltak rettet mot innvandrere, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Godøy A, Grøtting MW, Hernæs K (2021). Implementering og effekter av lokale tiltak: forskjeller etter fødeland, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Indseth T, Calero, JC, Diaz E, Løland KK, Godøy A 2021c. [Covid-19 i Bergen etter fødeland: Personer testet, bekreftet smittet og relaterte innleggelser](#), Rapport 2021. Oslo:Folkehelseinstituttet, 2021
- Indseth T, Elgersma I, Strand BH, Telle K, Hernæs K, Arnesen T (2021). Covid-19: Påvist smitte, testing, innleggelser, død, etterlevelse av råd og reiseaktivitet blant innvandrere i Norge, perioden fra februar 2020 til mai 2021, i Indseth T red. (2021) Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Indseth T, Godøy A, Kjøllesdal M, Arnesen T, Carelo, CJ, Vinjerui KH, Elgersma IH, Telle K. 2021d "[Covid-19 etter fødeland fra mars 2020 til februar](#)" FHI-rapport 2021.
- Indseth T, Telle K, Labberton A, Arnesen T (2021). i Indseth T red. (2021). Mulige forklaringer på overrepresentasjon i påvist smitte og innleggelser. Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Indseth, T Nygård, K. M., & Godøy, A. A. 2021b [Covid-19 blant norskfødte med utenlandsfødte foreldre: Personer testet, bekreftet smittet og relaterte innleggelser](#), FHI-Rapport 2021
- Indseth, T., Elgersma, I. H., Strand, B. H., Telle, K., Labberton, A. S., Arnesen, T., ... & Godøy, A. 2021e [Covid-19 blant personer født utenfor Norge, justert for yrke, trangboddhet, medisinsk risikogruppe, utdanning og inntekt](#). FHI-rapport 2021
- Indseth, T., Godøy, A., Kjøllesdal, M., Arnesen, T., Jacobsen, C., Grøslund, M., & Telle, K. 2020a [Covid-19 etter fødeland: Personer testet, bekreftet smittet og relaterte innleggelser og dødsfall](#). FHI-Rapport 2020
- Indseth, T., Grøslund, M., Arnesen, T., Skyrud, K., Kløvstad, H., Lamprini, V., Telle, K. & Kjøllesdal, M. 2021a [COVID-19 among immigrants in Norway, notified infections, related hospitalizations and associated mortality: A register-based study](#). Scandinavian journal of public health 2021
- Indseth, T., Kjøllesdal, M. K. R., Jacobsen, C. C., Nygård, K. M., & Godøy, A. A. 2020b [Covid-19 i Oslo etter fødeland: Personer testet, bekreftet smittet og relaterte innleggelser](#). FHI-Rapport 2020
- Kjøllesdal M, Skyrud K, Gele A, Arnesen T, Kløvstad H, Diaz E, Indseth T. 2021b [The correlation between socioeconomic factors and COVID-19 among immigrants in Norway](#): a register-based study. Scand J Public Health. 2021
- Kjøllesdal, M. K., & Magnusson, K. (2021a). [Occupational risk of COVID-19 by country of birth](#). A register-based study. MedRxiv.

- Kunnskapsdepartementet 2020. [Rapport fra ekspertgruppe, Forslag til tiltak for å redusere Covid-19-smitte blant innvandrere](#)
- Labberton, A. S., Godoy, A. A., Elgersma, I. H., Strand, B. H., Telle, K., Arnesen, T. M., ... & Indseth, T. (2021). [SARS-CoV-2 infections and hospitalizations among immigrants in Norway: significance of occupation, household crowding, education, household income and medical risk. A nationwide register study](#). medRxiv.
- Lauvrak V, Juvet L. 2020. [Social and economic vulnerable groups during the COVID-19 pandemic, Rapid review 2020](#). Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2020
- Mathur, R., Rentsch, C. T., Morton, C. E., Hulme, W. J., Schultze, A., MacKenna, B., ... & Collaborative, O. (2021). [Ethnic differences in SARS-CoV-2 infection and COVID-19-related hospitalisation, intensive care unit admission, and death in 17 million adults in England: an observational cohort study using the OpenSAFELY platform](#). The Lancet.
- Nilsen, T. S., Johansen, R., Aarø, L. E., Kjøllesdal, M. K. R., & Indseth, T. (2021). [Holdninger til vaksine, og etterlevelse av råd om sosial distansering og hygiene blant innvandrere i forbindelse med koronapandemien](#). FHI-rapport 2021
- Spilker RS, Tsige SA, Nordstrøm C, Duahle H, Mohammed NS, Qureshi S, Gawad M, Gele A, (2021). Erfaringer fra felt: målgruppene, foreløpige funn fra intervjuer med informanter i seks ulike innvandrergupper, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- SVT 2020. [Läkarförening larmar: Flera svensksomalier bland coronadödsfall i Stockholmsområdet](#), nettsider publisert 23. mars 2020
- Telle KE, Grøslund M, Helgeland J, Håberg SE. [Factors associated with hospitalization, invasive mechanical ventilation treatment and death among all confirmed COVID-19 cases in Norway: Prospective cohort study](#). Scandinavian Journal of Public Health. January 2021.
- Vinjerui KH, Elgersma IH, Fretheim A. Covid-19. [Dør-til-dør-aksjoner, mobile teststasjoner og endring i testandel blant norsk- og utenlandsfødte i bydel Stovner](#), Oslo. FHI-rapport, 2021. Folkehelseinstituttet, Oslo, 2021.
- Vist GE, Arentz-Hansen EH, Vedøy TF, Spilker RS, Hafstad EV, Giske L. [Incidence and severe outcomes from COVID-19 among immigrant and minority ethnic groups and among groups of different socio-economic status](#) 2021. Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2021.
- Aarø LE, Vedaa Ø, Bruun T, Nilsen TS, Johansen R, Knapstad M, Skogen JC, Klepp K-I. [Koronaatferd og landbakgrunn i fire fylker](#) Rapport 2017. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021

Kapittel 5

Kartlegging av kommuners tiltak for å få innvandrere til å teste seg, en kvalitativ studie av et utvalg norske kommuner

Av Mona Bjørbæk³, Lema Hussaini og Atle Fretheim

Koronapandemien i Norge har rammet personer født utenfor Norge hardere enn den øvrige befolkningen, både når det gjelder bekreftet smitte og relaterte innleggelses (Indseth et al. 2021). Kommunale myndigheter har satt i gang mange ulike tiltak rettet mot innvandrere for å få flere til å teste seg og sikre etterlevelse av smittevernregler. Det er imidlertid ikke foretatt noen systematisk kunnskapsinnhenting av hvilke tiltak som er iverksatt, når disse ble iverksatt og av hvem, og hvordan kommunene synes tiltakene har fungert. Dette kapitlet gjennomgår hvordan et utvalg av kommunene med størst andel innvandrere blant sine innbyggere, har organisert arbeidet rettet mot innvandrerbefolkningen, hvilke tiltak som har vært iverksatt og hvilke erfaringer kommuneansatte har gjort seg.

Det kan også være aktuelt å evaluere enkelte iverksatte tiltak hvis det kan fastsettes tidsperiode, geografisk område og eventuelt målgruppe for tiltakene. Tiltakene kan da kobles opp mot data fra FHIs beredskapsregister Beredt C19 for å vurdere om tiltakene har hatt ønsket effekt. For tiltak som primært har hatt som formål å øke antall tester, er testnivået en god indikator for om tiltaket har fungert, selv om det egentlige formålet er å bidra til mindre smitte og sykkelighet. Nivå av smitte, for eksempel, kan være vanskelig å tolke ettersom økning i testing kan medføre at flere smittede oppdages og registreres, og gi falskt inntrykk av at smitten øker. I denne studien har vi derfor hatt et særlig søkelys på tiltak rettet mot økt testing, men også tiltak som har til hensikt å bedre smittevernet generelt.

Metode

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

13 intervjuer ble utført digitalt via Teams og var av hensyn til høyt tidspres blant informantene berammet til 45 minutter per intervju. Intervjuene ble gjennomført av: en intervjuer og en referent fra FHI og 1-3 informanter fra den deltakende kommunen. Alle intervjuene var basert på en intervjuguide bestående av ni veiledende spørsmål.

³ Mona Bjørbæk og Lema Hussaini har bidratt like mye til dette kapitlet og er begge å anse som førsteforfattere

Utvalg

Av 20 kommuner er det hittil (per 14. juni 2021) 13 som har besvart henvendelsen og deltatt i studien. Det har variert mellom kommunene hvem vi ble satt i kontakt med. Informantene hadde ulike stillinger i kommunen og ulike roller i koronaarbeidet (se tabell 1). Utvalget gjenspeiler dels at kommunene har organisert koronaarbeidet rettet mot innvandrere ulikt, og også at dette er en tid med høyt arbeidspress som gjorde at kommuneoverleger for eksempel ved enkelte anledninger ikke hadde tid til å stille til intervju. Oslo er utelatt i denne omgangen. Størrelsen og kompleksiteten i ansvarsfordelingen mellom Oslo kommune og bydeler gjorde at dette arbeidet måtte utsettes. En annen grunn til at Oslo ikke ble prioritert i første runde er at erfaringene fra Oslo er relativt godt dokumentert fra tidligere, både gjennom kommunens egne gjennomganger (Oslo kommune, 2021) og gjennom blant annet en studie gjennomført av NIBR (Skogheim et al. 2020).

Tabell 1: Stilling og rolle til informantene fra 13 kommuner som deltok i studien.

Stilling	Antall informanter	Rolle i arbeidet mot økt testing blant innvandrere
Kommuneoverlege	1	Ansvar for smittevern og aktiv rolle i smittesporing og i arbeidet rettet mot innvandrere
Seksjonssjef	1	Seksjonen jobber med inkludering og mangfold
Rådgiver	1	Ansvar for koordinering av kommunikasjon og forum for frivilligheten
Smittevernoverlege; fagsjef; seniorrådgiver	3	Ansvar for smittevern og smittesporing, informasjonsarbeid, oppbygning av testsenter og koronatelefon; integreringsspørsmål og korona; spørsmål angående innvandrere og flyktninger
Rådgiver	1	Ansvar for all kommunikasjon mot flerkulturelle miljøer
Leder; avdelingsleder	2	Koordinert frivillighet og hatt ansvar for informasjon om smittevern
Koordinator	1	Initierte koronatiltaksmøte mellom innvandrersamfunn og kommunen, etablert lokalt samarbeid
Teamleder; leder	2	Jobbet systematisk med innvandrernettverk om samarbeid og dialog
Fagleder	1	Koordineringsansvar for oppfølging av flyktninger og smittevern
Kommuneoverlege; seksjonsleder	2	Aktiv rolle i smittesporing; sjef for teststasjon og smittesporingsteam og koordinerer legevakt og testing
Koordinator; kommunikasjonssjef; kommuneoverlege	3	Leder folkehelsearbeid og behov for tiltak; målrettet kommunikasjon mot grupper og samarbeid med nettverk; ansvar for smittevern
Leder; koordinator	2	Arbeider med opplysninger, smittevern og isolasjon blant minoritetsbefolkning
Avdelingsleder; enhetsleder	2	Etablert egen kommunal avdeling; samarbeider med nettverk om informasjon og kommunikasjon

Foreløpige funn fra intervjuene

Vi har i stor grad organisert resultatene basert på spørsmålene i intervjuguiden. Enkelte spørsmål har vist seg hensiktsmessig å slå sammen i denne oppsummeringen.

Drop-in testing

Kommunene ble spurt om de har hatt tilbydd om drop-in testing, det vil si testing uten timebestilling i forkant. Åtte av tretten kommuner vi snakket med har tilbudt drop-in testing, men tiltaket har ikke nødvendigvis vært særlig rettet mot innvandrere eller sårbare grupper. Flere kommuner oppgir å ha blitt veldig store etter kommunesammenslåingene i 2020, og enkelte har opprettet drop-in stasjoner som et tillegg til ordinær teststasjon med begrunnelse i at reiseveien ikke skal bli så lang. Tre kommuner forteller at de ikke har faste drop-in stasjoner, men mobile teststasjoner som opprettes ved behov, for eksempel for å teste hele klasser/skoler, russ etc. ved utbrudd.

Flere kommuner oppgir å ha opprettet drop-in stasjon i innvandrertette områder med den hensikt å få flere med minoritetsbakgrunn til å teste seg. Teststasjonene til dette formålet har både vært stasjonære med faste åpningstider, og mobile i form av testbiler som delvis holder til i faste områder og delvis flytter rundt ved behov. I hvert fall tre av drop-in stasjonene var knyttet til kommunens Voksenopplæring. Åpningstidene for drop-in stasjonene varierte fra flere timer hver dag, til noen timer, noen dager i uken. I flere kommuner varierte åpningstidene med smittetrykket i kommunen.

Informasjon om drop-in tilbudet ble formidlet gjennom ulike kanaler. Kommunene har etablerte nettverk med representanter for innvandrermiljøer (se mer om nettverk og dialogmøter under), og i de kommunene der innvandrerbefolkningen har vært særlig målgruppe for drop-in, har nettverket vært brukt aktivt til å formidle ordningen. I to av kommunene som har knyttet drop-in tilbudet til Voksenopplæringen, ble hovedsakelig plakater og de ansatte i Voksenopplæringen benyttet til å formidle informasjon om tilbud og åpningstider. Disse kommunene har ikke hatt informasjon om ordningen på sine nettsider. En av kommunene i utvalget kombinerte mobil drop-in testing med dør-til-dør-kampanjer (gjennom helseambassadører) for å informere og rekruttere til tilbudet. De har heller ikke hatt informasjon om tilbudet på kommunens nettside. Øvrige kommuner informerte om tiltaket på sine nettsider, i tillegg til at de i varierende grad benyttet sosiale medier, plakater og aktivt samarbeid med lokalaviser.

Flere kommuner besluttet å ta i bruk drop-in test i forbindelse med andre smittebølge høsten 2020. Det høye smittepresset gjorde at det for enkelte kommuner tok noen uker fra beslutning til tilbudet var på plass. I denne perioden forekom det flere utbrudd blant innvandrere, og flere steder oppgir informantene at det var tegn til større vegring mot å teste seg i deler av denne befolkningen. Høsten 2020 hadde også kommunene mer informasjon og bedre data om hvem som ble smittet og hvem som testet seg. Enkelte informanter viste til at det var en utfordring at det i begynnelsen ikke ble sagt offentlig at innvandrere var særlig rammet av pandemien. Dermed var det vanskelig å sette inn konkrete tiltak rettet mot denne delen av befolkningen. De opplevde at dette først kunne diskuteres og håndteres da offentlige tall og rapporter fra FHI dokumenterte at innvandrere var særlig rammet.

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

Flere informanter sier at kommunen har vært veldig bevisste på å unngå stigmatisering av befolkningsgrupper i arbeidet med å øke testingen. En informant forklarte at kommunen delvis av den grunn ikke har ønsket å plassere drop-in stasjon i særlig innvandrer-tette områder. En annen kommune hadde drop-in i form av mobil testbil, og var opptatt av å informere om at bilen også oppholdt seg i andre områder for å unngå negativt fokus på innvandrere. Veldig mange av kommunene fortalte at de har jobbet målrettet i samarbeid med representanter for innvandrer miljøer, for å motvirke at det å teste seg er tabubelagt. De har vært bekymret for at det vil være problematisk å stå synlig i kø utenfor en drop-in stasjon, blant annet. Flere kommuner har derfor laget videoer med representanter for innvandrer miljøer, trossamfunn og/eller -organisasjoner som snakker om viktigheten av å teste seg. Kommunene selv opplevde at disse tiltakene har gitt gode resultater.

De kommunene som ikke hadde iverksatt tilbud om drop-in, hadde gjort et bevisst valg om å konsentrere ressursene til teststasjon med timebestilling, i stedet for å spre testkapasiteten utover. Flere fortalte at smittetallene i kommunen har vært så lave at det ikke har vært et behov. De har hatt tilstrekkelig testkapasitet. En kommune kunne imidlertid fortelle at de var i ferd med å etablere et drop-in tilbud, men det ble avlyst fordi teststasjonen ikke hadde kapasitet nok til å utvide tilbudet om testing.

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

- Hjemmetesting: Dette er ikke et åpent tilbud, men en løsning som kan tilbys av smittesporere eller de som betjener kommunens koronatelefon, ved behov. En kommune hadde ikke testbestilling på nett, kun timebestilling på telefon for å kunne fange opp om det var behov for hjemmetesting.
- Massetesting ved større utbrudd: ved smitte i en klasse blir for eksempel hele klassen testet, eller alle som har vært til stede i en religiøs samling. En kommune kunne fortelle at smittesporere automatisk setter opp time til nærkontakter.
- Transport til teststasjon
- Drive-through testing
- Teststasjon lokalisert sentralt og tilgjengelig for offentlig transport

Metode for timebestilling

Hovedsakelig tilbød de fleste kommuner to former for testtimebestilling:

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

Telefonbestilling. Flere kommuner hadde tilbud om koronatelefon på flere språk. En kommune fortalte at koronatelefon på flere språk ble startet og drevet av en frivillig organisasjon (som samarbeidet med kommunen). Flere kommuner understrekte at minoritetsbefolkningen generelt prater og forstår norsk. Hvis ikke, har de som regel et annet familiemedlem eller en nabo som bistår i kommunikasjonen. En kommune hadde imidlertid klare retningslinjer om

at barn ikke skulle benyttes som mellomledd og oversettere, og oppgav at de alltid benyttet alltid tolk hvis det var utfordringer med å kommunisere direkte med pasienten (se mer om bruk av tolketjeneste under).

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

Nettverk og dialogmøter med representanter for ulike innvandrergupper

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

Nettverkene som kommunene har samarbeidet med har bestått av representanter fra landsdekkende frivillige organisasjoner, innvandrersorganisasjoner, ambassadørprosjekter, trossamfunn, religiøse miljøer og nettverk, menigheter, frivillige organisasjoner, lag og foreninger, paraplyorganisasjoner. Samtlige kommuner har hatt jevnlige møter med sine nettverk.

Enkelte kommuner har etablert nye nettverk. Andre kommuner har bygget videre på eksisterende nettverk og kontakt med miljøer. Voksenopplæringen, flyktningetjenesten, migrasjonsteam og dialogfora har tatt del i arbeidet i flere kommuner.

Møter med representanter fra nettverkene har i all hovedsak foregått digitalt og gjennom telefon. Enkelte kommuner har også tilbudt fysiske møter. Hyppighet på møtene har vært varierende. Flere kommuner har hatt allmøter i forbindelse med store utbrudd. Noen kommuner har samarbeidet med representanter for å videreformidle informasjon om koronatiltak og nye retningslinjer, mens andre har hatt kontakt knyttet til utbrudd, kampanjer og veiledning. I alle kommunene som ble intervjuet har representanter hatt en sentral rolle i å formidle informasjon om korona på ulike språk.

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

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

En tilbakemelding i møter med ressurspersoner har vært knyttet til hvilken formasjon innvandrergupper følger med på. Et tema har vært hvorvidt innvandrere følger med på informasjon om korona fra sine fødeland.

Andre nyttige tilbakemeldinger har vært rettet mot behov i den enkelte kommunen. Eksempelvis, om det er nødvendig med koronatelefon som bemannes av flerspråklige ansatte, hva som bør gjøres knyttet til smitteutbrudd og overholdelse av smittevernregler, hvordan informasjon bør formidles raskest mulig om mutasjoner av viruset og videre arbeid med motstand rundt testing og vaksinerings.

Øversettelse og distribuerings av informasjonsmaterieil

Kommunene iverksatte ulike tiltak for å oversette informasjon knyttet til korona. I begynnelsen av pandemien var informasjon fra sentrale myndigheter på norsk, og flere kommuner så tidlig at det var et behov for å få denne informasjonen oversatt. I et intervju fremkom det at det var frustrerende at regjeringen ga mye informasjon på norsk da det var mange som lurte på hva som skjedde.

Arbeidet med å få ut informasjon om korona startet allerede i mars-april 2020. En kommune poengterte at arbeidet startet allerede i februar 2020.

Alle kommunene har tatt i bruk egne nettsider for å dele informasjon. I tillegg har informasjon blitt delt gjennom egne kommunale apper og lokalavis. Flere kommuner nevnte at de hadde linket til FHI sine nettsider med oversatt informasjon. De fleste kommunene fortalte at de i tillegg har oversatt eget informasjonsmaterieil. Dette gjelder både oversettelse av kommunespesifikk informasjon og forkortede og forenklete versjoner av nasjonale myndigheters råd.

Kommunene har samarbeidet med representanter og frivillige for å oversette informasjon til opptil 30-40 språk.

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

Informasjonsmaterieil har så blitt delt videre gjennom «snøballmetoden», det vil si de som mottar informasjonen blir bedt om å dele den videre. Nettverkene bruker ulike kanaler for å spre informasjon i sine miljøer og organisasjoner, det kan være e-post eller sosiale medier som Facebook og Whatsapp. Kommunene har også samarbeidet med representanter for å distribuere trykket materieil gjennom aksjoner i sentrale lokaler, moskéer, kirker, dør-til-dør aksjoner og på arbeidsplasser.

En gjennomgående metode har vært å ta i bruk videoer, hvor representanter fra ulike miljøer og organisasjoner har oversatt informasjon til forskjellige språk. I tillegg har kjente påvirkere i sosiale medier vært med i noen videoer. Videoene har blitt publisert gjennom populære kanaler på sosiale medier, blant annet Youtube og Facebook. For eksempel nevnte en kommune at de hadde laget 26 videoer med hjelp fra nettverkene sine.

Selv om distribusjon av informasjon og informasjonsmateriale gjennom egne nettverk av representanter for innvandrergupper var den mest utbredte måte kommunene kommuniserte

med innvandrere på, forekom det også noe direkte kommunikasjon mellom enkelte kommuner og innvandrerbefolkningen. Informantene trakk frem:

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

Kampanjer

Som en del av arbeidet med å distribuere smittevernutstyr til befolkningen, har det blitt iverksatt flere kampanjer gjennom frivillige organisasjoner og religiøse miljøer. Blant annet har flere kommuner organisert dør-til-dør kampanjer for å dele ut munnbind. I en av kommunene ble det distribuert munnbind til kommunale boliger og utenfor moskéer. Munnbind har også blitt utdelt utenfor kjøpesentre. Andre initiativer mellom kommunene og representanter/ressurserpersoner har vært å produsere videoer i forbindelse med høytider, bruk av avisannonser og radio.

En av kommunene nevnte at de hadde vært varsomme med å sette i gang kommunale kampanjer for å unngå eksponering av sårbare grupper. En annen kommune tok initiativ til å henvende seg til forsamlinger og oppsøke møteplasser for å gi informasjon, i stedet for dør-til-dør kampanjer.

Aktiv involvering av ansatte med innvandrerbakgrunn

Alle kommunene hadde eksempler på at ansatte med innvandrerbakgrunn har blitt engasjert/omdisponert til koronaarbeid, men omfang og område varierte. Særlig i smittesporingsarbeidet fremhevet flere kommuner at det har vært et fokus på språkkunnskaper, men også i testearbeidet. Flere kommuner hadde kommuneansatte med innvandrerbakgrunn i sine nettverk som de brukte for å nå ut med informasjon. Helsearbeidere har bidratt i informasjonsvideoer for eksempel, både i forbindelse med testing og vaksinerings. Delvis har dette kommet i stand fordi representanter i innvandrernettverkene har etterspurt det, og delvis etter initiativ fra kommunene selv, for eksempel fra ansatte innen enheter som jobber med inkludering og mangfold eller kommunikasjonsavdelinger.

Bruk av tolketjenester

Samtlige kommuner hadde etablerte ordninger for tolketjenester før pandemien brøt ut, enten som kommunal tjeneste eller i form av avtale med privat tolkefirma. Tolk ble både brukt ved bestilling av test, til formidling av testsvar, ved smittesporing og oversettelse av informasjon. Hvor ofte kommunene brukte tolk i dette arbeidet varierte, men alle var tydelige på at de involverte tolk når det er nødvendig.

Ikke alle opplevde det som helt uproblematisk å bruke tolk. Det ble trukket frem av flere vi snakket med at tolketjenester er tidkrevende og dyrt. Det er ikke alltid tolken får svar når de ringer opp igjen, men de koster penger uansett. Enkelte kommuner opplevde bruk av

tolketjeneste som så tungrodd og tidkrevende at situasjonen måtte være veldig vanskelig for at tjenesten skulle tas i bruk. En kommune fortalte at for å unngå store forsinkelser i smittesporingsarbeidet løste de det om mulig heller ved å informere så godt som det lar seg gjøre over telefon, eventuelt via familiemedlemmer som snakker norsk, og kombinerte det med å også sende oversatt informasjon på e-post og informere om at de kan ringe koronatelefonen for å snakke med noen på sitt eget språk om de har spørsmål.

I en kommune var imidlertid koronaarbeid en prioritet for den kommunale tolketjenesten, og dette gjorde at det gjerne tok mindre tid å bestille tolk enn til vanlig.

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

Diskusjon og oppsummering

Nettverkene med representanter for innvandrergupper oppleves av kommunene å ha vært veldig viktige for informasjonsarbeidet, både når det gjelder oversettelser, format og formuleringer og ikke minst for å spre informasjon videre. Kommunene har i liten grad sendt informasjon direkte til innvandrergupper – dette har i hovedsak skjedd via nettverkene. Flere kommuner trakk imidlertid frem at en utfordring knyttet til dette er at kommunene ikke har kontroll på hvordan informasjonen mottas og hvor bredt den når.

Vi mener det kan vurderes om opprettelsen av drop-in tilbud burde vært iverksatt tidligere i enkelte kommuner, og om tilbudet i enkelte kommuner burde vært gjort bedre kjent. I tillegg kan det stilles spørsmål ved hvor effektivt det er at teststasjonen flyttes rundt og åpningstider varierer. Samtidig fikk vi tilbakemelding om at det kan være utfordrende og frustrerende at det er opp til den enkelte kommune å finne ut hva slags testtilbud de skal ha. Det har ikke vært sentrale føringer for hvordan dette skal løses, eller om det bør settes inn særskilte tiltak ved høy smitte i enkelte befolkningsgrupper.

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

En styrke ved studien vår er mangfoldet i utvalget vi intervjuet. Informantene var imidlertid i ulik grad direkte involvert i beredskapsarbeidet, og det er uansett usikkert i hvilken grad de har oversikt over alt som har blitt gjort av tiltak i kommunen. Hukommelsesskjevhet er heller ikke uvanlig i kvalitative studier, og særlig utfordrende er det når intervjuene handler om arbeidet som er gjort under en pågående pandemi. Å benytte informanter som selv er så tett på situasjonen og, må vi anta, sterkt involvert, vil også prege oppfatningen. Dette kan både medføre at man er overdrevent skeptisk eller kritisk til tiltak man selv har vært imot, eller overdrevent

positiv til tiltak som har vist seg å ikke fungere så godt. Det er også rimelig å anta at mange er preget av et mer eller mindre bevisst ønske om å sette egen kommunes innsats i et godt lys. Det motsatte kan også forekomme. Våre funn må derfor tolkes med varsomhet.

Utelatelse av tiltak kan også bunne i hvordan spørsmålene i intervjuene har blitt tolket. For eksempel da vi spurte om hvilke kampanjer som har blitt utført, var det usikkerhet knyttet til hva som gjør et tiltak til en kampanje. En av informantene uttrykket at det på en måte har vært kampanjearbeid hele veien.

Varigheten på intervjuene var også en utfordring (45 minutter). Til tider viste det seg at tiden var for begrenset til å fange detaljert informasjon om alle de ulike tiltakene som har blitt iverksatt. Mer tid per intervju kunne gitt mer informasjon og beriket funnene. Det ville gitt en bedre indikasjon på hva informantene mente har fungert godt og hva som kunne blitt forbedret. Samtidig ga intervjuene nyttig innsikt i det omfattende og varierte arbeidet kommunene har iverksatt for å bedre informasjonen og øke testhyppigheten til innvandrere.

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

Takk til:

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

Hvordan sitere dette kapitlet:

Bjørnbæk M, Hussaini L, Fretheim A, (2021). Kartlegging av kommuners tiltak for å få innvandrere til å teste seg, En kvalitativ studie av et utvalg norske kommuner, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Referanser

Indseth, T., Elgersma, I. H., Strand, B. H., Telle, K., Labberton, A. S., Arnesen, T., ... & Godøy, A. 2021e [Covid-19 blant personer født utenfor Norge, justert for yrke, trangboddhet, medisinsk risikogruppe, utdanning og inntekt](#). FHI-rapport 2021

Oslo kommune, helseetaten, 2021. [Strategi for intensivert TISK](#). Rapport 2021.

Skogheim, R., Orderud, G., Ruud, M. E. & Sørholt, S. 2020. [Informasjon og tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen i forbindelse med Covid-19. Delrapport 2](#), NIBR-rapport 2020:27.

Kapittel 6

Kartlegging av mulige årsaker til forskjeller i korona-smitte i innvandremiljøer

Av Jan-Paul Brekke, Institutt for samfunnsforskning

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

Dette kapittelet er del av den første delrapporteringen fra en større studie om årsaker til variasjoner i smittetrykk. Målsettingen er derfor å systematisere og drøfte årsaksbildene for de ulike gruppene som kommer fram gjennom intervjuene. Vi står med andre ord ved starten av en leteprosess som sammen med kvantitative data skal lede fram til mer fullverdige svar. Det overordnede forskningsspørsmålet for prosjektet er: Hva kan forklare forskjellene i smittetrykk?

Kapittelet består av en kort presentasjon av metoden som er brukt, fulgt av en beskrivelse av de tre innvandremiljøene som inngår i studien, og en diskusjon av hvordan vi skal forstå årsaker i denne sammenhengen. Dette blir fulgt av glimt fra smittesituasjonen i Stovner bydel. Basert på intervjuene med innvandrergruppene, de ansatte i bydelen og representanter for sivilsamfunnet skisseres så en liste med årsaker til smitte. Denne listen med årsaker brukes deretter til å organisere informasjonen fra informantene om årsaksbildene i de tre landgruppene.

Om studien

Vi vil i det følgende gi et første inntrykk av funn fra et pågående forskningsprosjekt som bruker kvalitative intervjuer til å studere mulige årsaker til smitteforskjeller mellom innvandrergrupper. Prosjektet har varighet ut 2021, og en fullverdig rapportering er ventet i oktober 2021. Sluttrapporten vil omfatte flere geografisk case, inkludere flere grupper innvandrere og etterkommere, samt supplere analysene med registerdata som dekker de samme områdene og gruppene.

For å belyse spørsmålet om forskjeller i smitte er det så langt gjennomført intervjuer med 26 informanter i Stovner bydel. Disse er fordelt på ansatte i bydelen med ansvar for pandemihåndteringen og mangfoldsarbeid, frivillige organisasjoner, samt personer med norskpakistansk, norsksomalisk og det norsk-tamilsk bakgrunn. Det var også overlapp mellom

bakgrunn og rolle, slik at flere informanter hadde slik bakgrunn og jobbet i bydelen eller var aktive i frivillige organisasjoner.

Intervjuene ble gjennomført under våren 2021 (mars til juni), det vil si under den tredje smittebølgen i Norge. Intervjuene ble gjennomført på Microsoft Teams, Zoom og telefon.

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

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

De tre gruppene

De tre gruppene er valgt ut dels fordi de så langt har vært ulikt berørt av smitten, men også fordi de er tre grupper av en viss størrelse i Oslo og i bydel Stovner. Tanken er at den tamilske gruppen, som har hatt et begrenset smittetrykk, skal kunne gi en kontrast til den norsk-pakistanske gruppen og den norsk-somaliske gruppen som har hatt større smittetrykk.

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

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

Årsaker og nivåer

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

Det som søkes forklart er forskjeller i smitte mellom innvandrergupper og mellom disse og befolkningen ellers. Vi har et utfall, et resultat og skal se etter forklaringer. Klassiske strenge krav til forklaringer forutsetter at årsakene alltid skal være til stede når fenomenet (smitten) opptrer, for det andre at årsaken ikke kan være til stede hvis fenomenet (smitten) ikke opptrer (Brady, 2011). Oversatt til for eksempel trangboddhet, så ser vi at disse kravene er for stramme til å gjelde forklaringer av for eksempel spredning av smitte. Trangboddhet vil ikke alltid være til stede når det oppstår smitte, samtidig som trangboddhet ofte vil være til stede uten av det skjer smitteoverføringer.

I samfunnsvitenskapelige forklaringer vil vi kunne si at trangboddhet kan være en av flere årsaker til smitte. Det kan bidra til smitte, for eksempel hvis en del andre forutsetninger er til stede. Men selv dette kan være strenge krav å stille til mulige årsaker til smitte. Man kunne si at trangboddhet ikke vil være hverken nødvendige og tilstrekkelige betingelse for at smitte skal kunne skje (Swartz, 1997). Dessuten, selv om vi kan observere at for eksempel trangboddhet i en del tilfeller vil være til stede når smitte skjer (korrelasjon), så betyr ikke det nødvendigvis at trangboddheten er hverken medvirkende eller bestemmende for at smitten skjer (kausilitet).

Samtidig vet vi at denne og andre rammebetingelser kan øke sannsynligheten for at smitte skjer i en befolkning. Vi ender da med en forståelse av en årsak som en hendelse eller betingelse som øker (forstått som produksjon eller generering) sannsynligheten for at et eller annet utfall inntreffer (Gerring, 2005).³

Slike årsaker kan inkludere et sett med aktører og aktiviteter som er koplet sammen slik at de skaper et sett med prosesser som vil ha en tendens til å frembringe et resultat (Hedstrøm, 2005). I det videre arbeidet er det slike *mekanismer*, slike sammensatte årsakspakker vi skal forsøke å identifisere innenfor enkelte innvandrermiljøer og i befolkningen ellers.

Informantene i denne studien nevner for eksempel utdanning, digital kompetanse, diskriminering og integrering blant årsaks-kandidatene for å forklare overrepresentasjonen i smitte i enkelte innvandrergupper.⁴ Utdanningen for den videre studien blir da å dekomponere disse bakenforliggende forholdene og prosessene til omgivelser, situasjoner og handlinger som kan øke eller minske sannsynligheten for at smitte spres.

For, vi vet hvordan smitte skjer.⁵ Det skjer i kontakt mellom mennesker. Det er ikke det enkelte tilfellet som skal forklares her, men oppgaven blir å identifisere forhold som øker eller senker sannsynligheten for å bli smittet for en person som tilhører en av de utvalgte gruppene. Det betyr at det som skal forklares er hvorfor personer i en gruppe handler slik at, eller befinner seg i omgivelser og situasjoner, der det er større eller mindre risiko for smitte.

Det er en lang rekke faktorer som kan lede frem til en større eller mindre utsatthet for den enkelte. Det er flere måter å gruppere disse forklaringene på. Én kan være å skille mellom årsaker som er knyttet til innvandrerbakgrunnen (slik at språk, botid, kontakt med diaspora, transnasjonal kontakt (reiser, normer, informasjon mv.)) og årsaker som er uavhengig av dette.

En annen inndeling av årsakene vil være å skille mellom kjennetegn på ulike nivåer, eksempelvis transnasjonalt nivå, nasjonalt nivå (som informasjon, stigma i media), bydelsnivå (informasjonsarbeid, tilgjengelighet), gruppenivå (historikk, organisering, omgangsformer, tradisjoner, kommunikasjonsformer, normer, forventninger), husholdningsnivå (familieformer, boform og størrelse, familiestørrelse, levekår), individnivå (utdanning, arbeid, holdninger og

handlinger). Analysen kan så se hvordan nivåene spiller sammen for de enkelte innvandrergroppene.

Gitt at smitten overføres i møter mellom mennesker, så vil det være viktig å søke å identifisere hvordan fenomenene på de ulike nivåene gir seg uttrykk i handlinger på individnivå som øker eller minsker sannsynligheten for å bli smittet.⁶

Ytterligere et relevant skille mellom ulike årsaker kunne være mellom forhold som bringer smitte inn i husholdningene (entry-causes), og forhold som forsterker smittefaren når én i husholdningen først er smittet (amplifiers).

Det er også viktig at årsakene som finnes i kjennetegn på gruppe- og individnivå vurderes opp mot hvordan disse passer inn med, eller matcher, tilbudet og tiltakene fra det offentlige, for eksempel når det gjelder informasjon, arbeid med etterlevelse, testing, karantene/isolasjon og vaksiner. Hvordan passer for eksempel de offentlige tilbudenes utforming/tilgjengelighet med gruppene og individenes mottakelighet?

Stovner Bydel

Stovner bydel ligger lengst nordøst i Oslo, øverst i Groruddalen. Bydelen består av en blanding av blokker, rekkehus og eneboliger, fordelt på boligområdene Vestli, Haugenstua, Rommen, Fossum, Høybråten og Gamle Stovner. Bydelen har en befolkning på 33 000 hvorav rundt 20 000 er innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre.⁷ De største landgruppene i innvandrerbefolkningen har bakgrunn fra Pakistan, Sri Lanka og Somalia. En oversikt over levekårsindikatorer viser at bydelen har en høyere andel med lav utdanning enn gjennomsnittet i Oslo, og at det samme gjelder andelen lavinntektsfamilier og personer utenfor arbeidsmarkedet. Det er store forskjeller internt i bydelen. Mens enkelte boområder er sterkt berørt av disse utfordringene, så ligger områdene Høybråten og Gamle Stovner omtrent på nivå med resten av byen.⁸ Trangbodhet har stått sentralt i den offentlige debatten om hva som forårsaker overrepresentasjon av smitte i enkelte innvandrergrupper. Sett under ett er andelen som bor trangt i Stovner bydel omtrent som i byen ellers.⁹ Men, igjen er det store forskjeller mellom områdene innen bydelen, og på Rommen, Haugenstua og Fossum, så er andelen trangbodde opp mot dobbelt så høy som i byen ellers.¹⁰

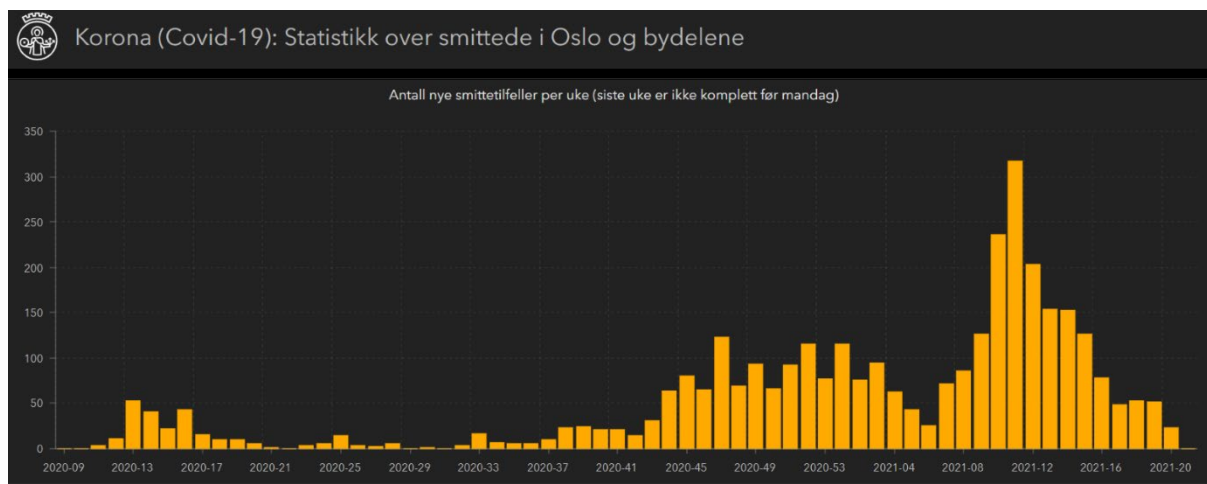
Smittetrykk på Stovner

Totalt sett var Stovner den bydelen i Oslo med høyest andel smittede. Flere enn én av ti av innbyggerne i bydelen var registrert som smittet i perioden mellom mars 2020 og utgangen av mai 2021 (Oslo Kommune, rapport 25.mai.2021).¹¹ I byen som helhet, var tilsvarende tall vesentlig lavere, med én smittet per tjue innbyggere.

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

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

Figur 1. antall nye smittetilfeller i Stovner bydel, per uke mars 2020 til siste uke av mai 2021. (faksimile Oslo kommune)



økte man antall verter til 70, noe som gjorde at det alltid var koronaverter på plass ved alle inngangene til senteret, ved T-banen og etter hvert også ved butikker i andre områder i bydelen.

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

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

En årsakstypologi

Intervjuene med personer fra de tre innvandremiljøene, med ansatte i bydelen og med frivillige organisasjoner brakte frem en omfattende liste med årsaker som kan bidra til at innvandrerbefolkninger blir spesielt rammet av pandemien. Informantene i studien ble bedt om å gi sin vurdering av hva som kan være årsaker til variasjonen i smittetall. De som var en del av innvandremiljøer, ble bedt om å vurdere årsaker både i egen gruppe og på tvers av grupper. Det er ikke sikkert at informantene har truffet i sine vurderinger, og slik sett er det mulig at forhold som nevnes her kan ha liten eller ingen betydning for smitteutviklingen. Årsakene som nevnes kan også ha hatt større eller mindre betydning på ulike tidspunkter i pandemien, og ulik betydning for ulike grupper. I tillegg til å vurdere sitt syn på årsakene til variasjon i smitte, fortalte informantene også om sine egne liv og tilpasninger gjennom pandemien. Til sammen kan denne informasjonen om mulige årsaker kategoriseres (tabell 1). Listen over årsaker er dynamisk, det vil si at den kan endres etter hvert som den bredere studien utvides med flere informanter og caseområder høsten 2021.

I tabell 1 har vi skilt mellom brede årsakskategorier og mer nyanserte typer årsaker under disse kategoriene. Flere av dimensjonene vi nevnte over går på tvers av årsakskategoriene (om årsakene var relatert til migrasjon eller ikke, årsaker på ulike nivåer, inngangsårsaker eller årsaker som forsterker allerede eksisterende smitte).

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

KATEGORI	TYPER	EKSEMPLER
Boforhold	Type bolig, størrelse husholdning, størrelse bolig, trangboddhet, område og naboskap	Antall nærkontakter i bolig, muligheter for å isolere seg i boligen, nærhet til familie i andre boenheter, deling av rom, antall bad, antall barn per soverom
Kommunikasjon	Sikre tillit til avsender, kjennskap til målgruppen, bruk av språk, kanaler, sosiale medier og alternative informasjonskilder.	Tilrettelagt informasjonsmateriale, bruk av video og tale fremfor skriftlig materiale. Bruk av ressurspersoner som informatører. Kommunikasjon med innvandremiljøene, bruk av frivillige, koronaverter, dør-til-dør aksjoner, informasjon fra hjemland, Whatsapp-grupper, eldre kan bli avhengige av unge som informasjonskilder, digital tilgjengelighet og variasjon i mottakerkompetanse.
Arbeid, skole	Arbeidstype, arbeidssituasjon, heltid/deltid, flere jobber, utdanningsløp, skole og barnehage	Utsatthet i arbeid, førstelinje, hjemmekontor, selv i, eller har barn i utdanning og skole, kontaktflater før, under og etter fysiske møter, smittekunnskap og vaner ervervet gjennom arbeid og skole
Levekår	Utenfor eller innenfor arbeidslivet, fullført utdanning (husholdning), inntekt, deltakelse	Samspill mellom levekårsulempen, konsekvens for forebygging, kommunikasjon og oppfølging
Helse	Helsekunnskap, underliggende helse, sykdomsnormer	Kunnskapskilder, sykdomstradisjoner, kjønnsnormer, genetikk, forestillinger om helse, skille som årsak til smitte vs. årsak til innleggelse, skam og tabu knyttet til helse og pandemien
Reising	Reiser til hjemland, til øvrig diaspora, feriereiser, reiser til arbeid	Forståelse av nødvendige reiser, bryllup og begravelse, flerbolig og transnasjonale forventninger
Familietype	Kjernefamilie, flergenerasjon, storfamilie	Forventninger, kontakt, kommunikasjon og flerlandsfamilier, skille familieforventninger hos førstegenerasjon og etterkommere
Integrering og utenforskap	Botid, innvandringshistorie, grad av deltakelse, diskriminering, stigma i offentligheten	Språk, fortrolighet med system, digital kompetanse, splittet fokus hjemland/Norge, møter de opp på den evige dugnaden? Negative opplevelser i kontakt med system/helsevesen, holde smitte skjult for å unngå gruppe-stigma
Tradisjoner	Samlinger, høytider, religiøs praksis, omgangsformer	Forventninger og normer for deltakelse, transnasjonale samlinger, press, bryllup, begravelse, skjebnetro, møtepress, tradisjonell medisin + skolemedisin
Smitteatferd	Etterlevelse, risikoopplevelse, respons på smitte,	Hendelser som gjør at man innser alvor, bruk av koronahotell, atferd i familiene forebygging og (mulighet for) tilpasning ved smitte
Organisering	Nettverk, nettverkstyper, organiseringsgrad	Nasjonalt samlende organisasjoner for gruppen? Samlet eller splittet gruppe? Diasporas rolle i organisering, tillit i gruppa (horisontal og vertikal), betydning for informasjon, interne støttefunksjoner, karantenehjelp, uformelle hjelpesystemer, gruppen som back-up support
Tiltaksmatch	Tilgjengelighet, tilrettelegging, mottagelighet og bruk, vaksinerings, offentlig-frivillig samarbeid	Tiltak, erfaring med tiltak, kunnskapsbygging i bydelen, brukeropplevelser av tiltak, mottagelighet hos ulike grupper, holdninger og praksis til vaksinerings, hvem er beslutningstakere i familiene når det gjelder vaksinerings?

I tabell 1 ser vi at alle flere av årsakskategoriene vil være relevante både på nasjonalt, lokalt, bydels-, gruppe- og husholdningsnivå, i tillegg til forståelse av individuell handling. I den senere analysen vil noen av kategoriene likevel være mest relevant på bydels- og gruppenivå, slik som analyse av kommunikasjon, tiltaksmatch, organiseringsgrad, tradisjoner og familietyper, mens andre vil være mer rettet mot husholdnings- og individnivået, slik som boforhold, arbeidstilknypning og smitteatferd. Den siste kategorien, smitteatferd, er ellers en god illustrasjon på hvordan årsakene må studeres på flere nivåer. Denne atferden kan både knyttes til individets handlinger, men den enkelte kan også rammes av andre personers "dårlige" smitteatferd. I tillegg vil den enkeltes handlinger kunne være påvirket av omgivelsene, for eksempel i form av normer og sosialt press.

Man kan også gruppere kategoriene utfra om de er direkte relatert til gruppenes transnasjonale bakgrunn, slik som tradisjoner, reiser, informasjonskilder og integrering, eller om de i utgangspunktet er uavhengige av det transnasjonale, slik som levekår, arbeid og skole.

På samme måte vil noen av kategoriene i hovedsak omfatte årsaker til at smitten kommer inn i husholdningene (inngangsårsak), slik som kontakt gjennom arbeid, utdanning, skole, gjennom smitteatferd, sammenkomster og reiser, mens andre i større grad vil bidra til å forsterke smitten. Blant disse vil vi finne bolig- og familieform, og helserelevante årsaker.

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

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

Årsaker i tre innvandrergrupper

Hvordan faller så disse årsakene ut når det gjelder de tre innvandrergruppene som er med i denne intervjuundersøkelsen? Som nevnt er ikke målet med denne underveisrapporteringen å gi noen endelige svar.. Fremgangsmåten blir derfor at vi først kort kommenterer hvordan informantene beskrev betydningen av de ulike årsakskategoriene, før vi presenterer en oversikt over årsaker som kan bidra til å forklare forskjellene i smitte på gruppenivå.

Boforhold

Samtlige informanter mente at hvordan folk bor er en viktig faktor for å forstå smittespredningen på Stovner og forskjeller mellom ulike grupper. De anser det som viktig hvilken type bolig folk bor i, størrelse på boligen og nærheten til der andre i familie eller nettverk bor. Boforholdene kombineres så med familiestørrelse og type.

Informantene skiller mellom blokk-Stovner og hus-Stovner. Noen deler hus-Stovner videre inn i rekkehus-Stovner og enebolig-Stovner. Hoveddelen av de med pakistansk bakgrunn bor i rekkehus eller eneboliger, mens de fra gruppen som bor i leiligheter, ofte bor nær annen familie, for eksempel i samme oppgang. De fleste med somalisk bakgrunn bor i blokkene på Vestli og Fossum i leiligheter som de leier. Den tamilske gruppen fordeler seg på flere boligtyper, men eier i stor grad boligene.

Norsk-pakistanere som bor i større hus bor ofte flere generasjoner sammen, ifølge informantene, for eksempel ved at hver generasjon har en etasje hver i et rekkehus eller i en enebolig. Ifølge informantene er det mye kontakt mellom generasjonene innenfor husholdningene. En del etterkommere vil bli boende også etter at de har stiftet egen familie

Mange av leilighetene på Stovner er romslige sammenlignet med i byen ellers. Likevel mente informantene at store barnefamilier gjør at mange i det somaliske miljøet bor trangt. Familier med seks barn er ikke uvanlig. Ofte bor flere barn på samme rom. Hjemmeskole har forsterket trangboddheten, og skjerming, karantene og isolering blir ansett som krevende. Vanligvis bor kun en generasjon i hver bolig, ifølge informantene.

Ifølge informantene bor tamilene i større grad som kjernefamilier med mor, far og et par barn. De opplevde ikke at trangboddhet var en faktor for smittespredningen for denne gruppen.

Kommunikasjon

Informasjon og kommunikasjon om forebygging, testing og vaksine har fått bred omtale i norske medier og blitt omtalt som en nøkkelfaktor i arbeidet med å hindre smitte, blant annet i innvandrergupper (Brekke, 2021). Informantene både fra innvandrergruppene og blant de ansatte i bydelen mente at nasjonale og lokale myndigheter hadde gjennomgått en oppvåkning når det gjaldt å kommunisere effektivt om ulike sider ved pandemien til grupper med innvandrerbakgrunn. Det hadde vært en bratt læringskurve når det gjaldt å tilpasse budskap, format og informasjonskanaler til de ulike målgruppene.

På Stovner, som flere andre steder, gikk utviklingen fra skriftlig oversatt materiale i tradisjonelle kanaler med offentlig avsender, over mot bruk av video med spredning direkte i miljøene via sosiale medier, ofte med bruk av ressurspersoner, med helsefaglig bakgrunn og med tilhørighet til gruppene. Bydelen samarbeidet tett med miljøene selv for å spre informasjon, gjorde bruk av frivillige organisasjoner og satset stadig mer på direkte møter med enkeltpersoner, både i form av stands, dør-til-dør aksjoner og koronaverter.

Ifølge informantene i innvandrergruppene opplevde man en positiv utvikling i informasjonsinnsatsen fra offentlige og frivillige kilder. I de tre miljøene ble informasjon spredd ved hjelp av sosiale medier (Whatsapp-grupper, Facebook-grupper, Viber-grupper), i tillegg til mer formaliserte nettverk knyttet for eksempel til moskeen for det norskpakistanske og norsksomaliske miljøet, og via egenorganiserte hjelpegrupper i det tamilske miljøet.

Informasjon om smitte fra hjemlandet og den internasjonale diasporaen spilte inn i alle tre grupper. Denne informasjonen kom dels fra digitalt overførte tradisjonelle medier i hjemlandet (radio, TV, aviser), men hovedsakelig i kommunikasjon med slekt og venner i grupper på sosiale medier. Begge kilder kan ha hatt betydning blant annet for forståelsen av alvoret knyttet til smitten i de ulike gruppene (risikoopplevelse) og dermed for etterlevelse og syn på testing og vaksine. Spesielt i det norsk-pakistanske miljøet ser det ut til at hendelser i hjemlandet og formidlingen av smitteutviklingen i Pakistan kan ha hatt betydning for etterlevelsen i Norge.

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

Arbeid, skole

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

I tillegg til faren som direkte kontakt gjennom arbeidet kunne medføre, var mange opptatt av at det å være i arbeid kunne medføre et press til å gå på jobb også når det var mistanke om at folk allerede var smittet. Dette gjaldt for eksempel selvstendige næringsdrivende, folk på midlertidige kontrakter eller personer som ikke kjente til retten til lønn under sykefravær ved ordinære ansettelse. Dette kunne medføre spredning av smitte på arbeidsplasser.

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

Kontakt mellom unge i tenårene ble trukket frem av mange som en av hovedårsakene til at smitte kom inn i husholdningene. Informantene med innvandrerbakgrunn viste til eksempler på smitte fra unge som hadde rammet deres egen familie og andre de kjente. De viste også til at de ofte så unge i ungdomsskole- og videregående-alder som var tett på hverandre uten maske.

Det er stort strekk innenfor hvert av de ulike innvandrer miljøene når det gjelder tilknytning til arbeidsmarkedet. På tvers av gruppene kan de også se ut til at etterkommerne sprer seg til flere bransjer og arbeidstyper enn sine foreldre, ifølge informantene (Midtbøen 2019).²⁰ En informant mente at det var et overordnet trekk at norsk-somalierne ofte hadde overtatt jobbene som norsk-pakistannerne hadde før. Samtidig jobbet deler av begge disse gruppene med transport og i

butikker. Tamilene ble ansett som å ha større spredning i arbeidstyper, mens flere nevnte at det var mange fra gruppen som jobbet i ulike deler av helsevesenet. Når det gjelder eksponering er det viktig å minne om at arbeidsdeltakelsen var relativt lav i deler av det norsksomaliske og det norskpakistanske miljøet, og da spesielt blant kvinnene. I den tamilske gruppen var sysselsettingen høyere. Dypere studier av yrkestyper, eksponeringsgrad og smittevei i de ulike gruppene vil kunne gi et inntrykk av på hvilke måter arbeid kan ha relevans som inngangsårsak.

Levekår

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

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

Utdanningsnivået vil være en bakgrunnsfaktor for å forstå smittespredning. Skole og utdanning vil blant annet kunne gi større kapasitet til å oppfatte og sile informasjon.

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

Flere pekte på utfordringen med at barn vokser opp i lavinntektsfamilier. Dette var særlig utbredt blant familier som bor i blokkene på Fossum, deriblant i deler av den norsksomaliske befolkningen.

Helse

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

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

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

De ansatte i bydelen har lenge vært klar over helseutfordringer i deler av innvandrerbefolkningen i området. For dem var pandemien både en synliggjøring av utfordringene og en mulighet til å utvikle arbeidet med å endre uheldige mønstre for enkelte, knyttet til kosthold, aktivitetsnivå, helsebevissthet og livsstilssykdommer som diabetes og hjerte- karsykdommer. Sentralt står målet om å formidle koplingen mellom kosthold, livsstil og sykdom. For mange ledet pandemien til ekstra utfordringer knyttet til lite aktivitet.

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

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

Reising

Betydningen av reising og mulighetene for importsmitte har blitt heftig diskutert i den norske offentligheten under pandemien, og spesielt i første halvdel av 2021. Mediene har rapportert om enkelttilfeller knyttet spesielt til reiser til Pakistan, men også til andre av innvandrergruppenes hjemland. Informantene i denne undersøkelsen kjente godt til denne reiseaktiviteten og pekte på vurderingene som kunne inngå en avgjørelse om å reise eller ikke. De pekte også på endringene som hadde skjedd når det gjaldt både reiseaktiviteten og diskusjonene i miljøene. Sentrale spørsmål knyttet til reiseaktiviteten i gruppene er forståelsen av risikoen ved å reise, samt hva som ansees som en nødvendig reise.

I det norskpakistanske miljøet er det i normale tider nær kontakt med hjemlandet og høy reiseaktivitet. Da koronaen traff på våren 2020, var det mange norsk-pakistanere som befant seg i Pakistan. Disse ble sittende fast i landet i lengre tid på grunn av stans i utreiser derfra. Ifølge informantene var de fleste reiser til Pakistan lenger ut i pandemien knyttet til brylluper og spesielt begravelser. Fra høsten 2020 var det likevel enkelte som oppfattet at det kunne være en

god anledning til å reise, gitt for eksempel kombinasjoner av permitteringer, stengte skoler og ønske om å besøke familie. Andre i miljøet fordømte denne reiseaktiviteten. Det gjaldt ikke minst mange etterkommere. Ifølge informantene tok det tid før det norskpakistanske miljøet ble klar over at pandemien hadde truffet landsbygda i Pakistan. Bevisstheten om dette kom først i tredje bølge, et stykke ut på våren 2021. Faren ved å reise ble åpenbar. Dette sammen med reiserestriksjonene i Norge bidro til å minimere reiseaktiviteten mellom de to landene.

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

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

Ifølge informantene var det få tamiler som reiste til Sri Lanka i perioden. Dette brakte frem historier om at man ikke fikk fulgt opp familie i hjemlandet.

Familietyper

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

En del norskpakistanske familier har bodd i Norge i femti år, og et par av informantene omtalte seg selv som tredjegerasjon. I mange hushold er det barn og barnebarna som er de kulturelle ekspertene, som vi så over. Dette har ledet til at familiehierarkiene er snudd. Dette skjer også i majoritetsfamilier når foreldre går over til å bli eldre, men prosessen kan likevel ha en annen kraft i innvandrerfamilier der det kan finnes en tilleggsavstand som resultat av språk og kulturforståelse.

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

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

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

Integrering og utenforskap

Informantene pekte gjentatte ganger på den store spredningen i graden av integrasjon innenfor spesielt den norskpakistanske og den norsksomaliske gruppen som bor i Stovner bydel. Selv om smittetallene peker på at disse gruppene er bredt berørt, vil integreringen og dens motsatt, utenforskap kunne spille inn som årsak til smittevariasjonen mellom grupper. Botiden har betydning for graden av integrering. Som vi så, så strekker innvandringen fra Pakistan seg femti år tilbake i tid, mens somaliere har kommet til Norge de siste tjue årene, og majoriteten de siste femten.

Til tross for den lange botiden beskriver informantene at enkelte deler av det norskpakistanske miljøet opplever utenforskap og lav grad av integrering. De knytter deres situasjon som lengst unna storsamfunnet til lavere språkforståelse, lite bevegelse utenfor bydelen, og ofte kortere individuell botid. De omtaler dette som lommer av utenforskap, og peker på at det ofte kan dreie seg om kvinner.²³

Informantene mente at det også finnes slike lommer av utenforskap i enkelte deler av det somaliske miljøet på Stovner. De som jobbet i bydelen var spesielt opptatt av personer fra det norskpakistanske og norsksomaliske miljøet som ikke var registrert med jobb eller som mottakere av støtte fra det offentlige, og der barna heller ikke gikk i barnehage. Her var det ingen synlige kopleingspunkter til samfunnet rundt.

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

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

Tradisjoner

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

Informantene i denne studien kjente godt til bryllup og andre arrangementer i innvandrer miljøer som fikk stor oppmerksomhet sommeren 2020. Det ble også gjennomført noen tilpassede bryllup i norsk-pakistanske miljøer utover høsten 2020. Disse arrangementene ble debattert i den dominerende norsk-pakistanske samtalegruppen på sosiale medier, der flest etterkommere er medlemmer.

Slik informantene i det norsksomaliske miljøet så det, så var det et markant skille etter hvert som reglene for samlinger ble strammet inn høsten 2020. De skiller mellom før og etter smittebølge nummer to. Nå blir alle brylluper og samlinger utsatt, ifølge informantene.

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

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

I samtalene brakte informantene opp tradisjoner i form av det de omtalte som hilse- og klemmekultur, sosial kultur og omsorgskultur. Hilse- og klemmekulturen finner man, spesielt mellom menn i det norsk-pakistanske og norsksomaliske miljøet, ifølge informantene. Det omtales som en dypt forankret forpliktelse. Det tok tid å gi slipp på denne normen i enkelte miljøer, ble det sagt. Tamilene ble ikke ansett for å ha de samme normene for nærkontakt når man hilser. Den sosiale kulturen ble omtalt av de somaliske informantene. Somaliere elsker å være sammen, som en sa, også her tok det tid å endre vanene. Omsorgskulturen kunne bidra til at normen om å ta vare på en mor eller far ble stående opp mot rådene om å unngå smitte. Dette preget alle deler av det norske samfunnet i perioden før de eldste ble vaksinert.

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

viss økt risiko for smitte. Vi har i Norge sett enkelte større utbrudd i forbindelse med religiøse samlinger.

Elementer i troen i seg selv, for eksempel troen på at Gud bestemmer ens skjebne, derunder sykdom, i islam, har også blitt debattert i media. Informantene så dette som noe som var mest aktuelt i første i fasen av pandemien, og i liten grad noe som gjorde at folk ikke forholdt seg til reglene og råd med base i skolemedisinen. Da alvorret i situasjonen ble klart, så viste man i stedet til at koranen sier at ved epidemier skal man holde seg i ro, ifølge informantene.

Smitteatferd

Hvor høy er risikoen for å bli smittet, og hvilke konsekvenser har det hvis jeg blir smittet? Disse spørsmålene mente flere informanter at var sentrale for å forstå ulike individers og gruppers atferd knyttet til smitten. Man pekte for eksempel på at unge mennesker kunne vise til folk de kjente på samme alder som hadde fått sykdommen og at de ikke var blitt spesielt syke. Man kunne si at deres risikoopplevelse var dermed liten.

Overført til de tre gruppene vi studerer her, så er spørsmålet når man på gruppenivået innså at risikoen for å bli smittet og konsekvensene av å bli smittet var så alvorlige? I det norsksomaliske miljøet så ble de alvorlige konsekvensene tydelige allerede under første bølge. Utover sommeren er det uklart om risikoopplevelsen avtok noe, på linje med befolkningen ellers. Alvorret under den tredje bølgen var også klart for alle, med flere dødsfall i det norsksomaliske miljøet.

De norskpakistaniske informantene mente at det virkelige alvorret traff alle da man så innleggelse og dødsfall i miljøet, og til og med blant norskpakistanere som ble syke mens de var i Pakistan. Smitten i Pakistan traff de tradisjonelle hjemtraktene til norskpakistanere under den tredje bølgen i Norge. Det var ikke lenger tvil for noen hvor høy risiko covid-19 brakte med seg. Også i det tamilske miljøet har opplevd sykdom og dødsfall knyttet til pandemien. Alvorret i situasjonen ble formidlet blant annet i sendinger og intervjuer med syke i en sentral Facebook-gruppe.

Smitterelatert atferd dekker også bruken av koronahotell. Denne ordningen var ifølge informantene ukjent for en del i de aktuelle miljøene, mens andre oppfattet den som upraktisk. Flere mente også at folk enten ikke rakk å benytte seg av tilbudet siden smitten spredte seg så raskt i familien, eller trodde at det var dyrt, siden det var snakk om et «hotell», og at de derfor avsto fra å bruke det. Noen fortalte at leilighetene som ble tilbudt lå i en annen bydel og var uten kokemuligheter. Det gjorde at familien måtte reise på offentlig transport med mat til den som var isolert. Bydelen fortalte også om misforståelser i bruken av karantenehotellet⁴, der man for eksempel oppdaget at en eldre mann dro hjem fra karantenehotellet hver kveld for å spise middag med familien. Dette eksempelet illustrerer hvor komplekst og utfordrende det kan være å formidle og oppfatte informasjonen i forbindelse med smittesporing, karantene og isolering.

⁴ Karantenehotell i denne sammenhengen må ikke blandes sammen med karantenehotell i forbindelse med innreise. Karantenehotellordningen det her er snakk om er for personer der vurderingen er at det ikke vil være mulig å overholde isolasjonsbestemmelsene i egen bolig grunnet for eksempel trangboddhet.

Organisering

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

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

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

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

Tiltaksmatch

Innvandrer miljøene hadde en overordnet positiv oppfattelse at tiltakene som ble satt inn fra bydelen gjennom pandemiens tre første bølger. Det er likevel et spørsmål om hvordan tiltakene ble gjort kjent, hvor tilgjengelige de var, og hvor mottagelige målgruppene var for tiltakene på det tidspunktet de ble gjennomført. Begrepet tiltaksmatch dekker dette treffpunktet, overensstemmelsen mellom timing, tilgjengelighet fra avsendersiden og mottagelighet fra mottakersiden.

Det tamilske miljøet var i liten grad oppfattet som særskilt målgruppe for særtiltak. Ifølge de tamilske informantene var heller ikke tamilsk blant de høyest prioriterte språkene i oversettelsen av offentlige dokumenter og arrangementer. Gruppen baserte seg derfor på egne oversettelser som så ble spredd gjennom ad-hoc organisasjoner og nettverk.

Bydelen så telefonsamtalene der det ble gitt tilbud om vaksinerings som spesielt verdifulle. Her satte man bevisst av femten minutter til hver samtale og brukte tiden til å informere om smittevern, om andre tiltak og til å svare på spørsmål. Dette siste ble også oppfattet som positivt av informantene. Samtalene i forbindelse med karantene ble oppfattet som mer kontrollerende enn kommuniserende av norskpakistanerne og norsksomaliene. De opplevde at de som ringte gikk gjennom en sjekklister mer enn å åpne for spørsmål knyttet til sykdom og forløp. Selv om tiltakene basert på møter ansikt til ansikt var ressurs- og tidkrevende, så ble de oppfattet som vellykket av både bydelen og av gruppene selv.

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

Ved inngangen til sommeren så man lavere smittetall i bydelen, man opplevde for en stor del å ha lyktes med teststrategien og fikk begrenset med avslag på tilbud om vaksinerings.

Oppsummering

Dette kapitlet er en underveisrapportering fra en bredere kvalitativ kartlegging av årsaker til forskjeller i smitte og sykdom. Den fulle studien vil gå dypere i analysene som er skissert her i tillegg til å omfatte flere case enn Stovner. Kapitlet har ikke drøftet vektningen av de ulike faktorene, ei heller av samsillet av de ulike faktorene for de tre gruppene. Det er heller ikke gjennomført kontrastering mot norskfødte med norskfødte foreldre. Dette kommer i publikasjoner i siste halvdel av 2021.

Som et utgangspunkt for den videre analysen, så må oversikten i tabell 2 (neste side) sees som antydninger mer enn svar på hva som skaper forskjellene mellom ulike grupper i innvandrerbefolkningen.

Tabell 2 gir noen stikkord som antyder forskjeller mellom de tre gruppene med minoritetsbakgrunn. Der fremgår også at ulike kombinasjoner av årsaker kan ha gitt høye smittetall i de ulike gruppene. Følger man kolonnene nedover, så kan det identifiseres lenker av årsaker som til sammen kan produsere høyere eller lavere smitte på gruppenivå.

I tider der det ikke er pandemi, så vil mange av trekkene som beskrives i tabell to betraktes som positive både for dem som omfattes og for samfunnet. For eksempel ansees det å ha nær kontakt med familie og venner, det å delta i feiringer, høytider og ulike typer sosiale fellesskap, som helt sentrale komponenter i et fullverdig liv, uansett hvilken del av samfunnet man tilhører.

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

I neste rapporteringsrunde så vil vi presentere det kvalitative intervju materialet i sin fulle bredde, inkludert sitater. Her vil funnene også drøftes i forhold til internasjonal forskning på overrepresentasjon blant innvandrere- og minoritetsgrupper.

Tabell 2: Oversikt, stikkord – trekk som kan påvirke smittespredning og sykdom som følge av covid-19 i tre grupper i innvandrerbefolkningen i Stovner bydel.

KATEGORI	NORSKPAKISTANSK	NORSKSOMALISK	NORSKTAMILSK
Boforhold	Rekkehus, enebolig, leiligheter, god plass, flere generasjoner i samme bolig eller i nærheten, liten mulighet for isolasjon, eier ofte egen bolig	Leiligheter, ofte store barnefamilier, trangbodd, én generasjon per husholdning, ikke mulighet for isolasjon, leier egen bolig	Rekkehus, enebolig, leilighet, bedre plass, kjernefamilier, ofte mulig med isolasjon, eier ofte egen bolig
Kommunikasjon	Eldre uten barn i nærheten er vanskeligst å nå. Stort strekk i gruppa, barn informerer eldre, mange ressurspersoner med helsekompetanse bidrar til spredning av informasjon. Moskeen ble viktig videreformidler av informasjon	Eldre og de med kort botid er vanskeligst å nå. Hjemlandets medier har betydning for første generasjon, men har tiltro til ressurspersoner og norsksomaliske medier, som radioen NORSOM. Initiativ i gruppa til å spre informasjon. Barn informerer foreldre. Moskeen er aktiv informasjonsspreder	Enkeltpersoner med svak språkforståelse som kan være vanskelige å nå. Disse støttes av miljøet. Ellers en gruppe som er lydør for majoritetens hovedstrøm av informasjon og som oversetter og sprer denne internt. Sentrale informasjonsspredere inkluderer Tempelet på Ammerud/Rommen, egne koronagrupper på nett, den tamilske radioen og den tamilske skolen
Arbeid, skole	Mange i førstelinjearbeid, som transport, servering og butikk. Rapporterte om smitte inn via ungdommer på ungdomsskole og VGS. Flere deltidsjobber, eller vanskeligheter med fravær fra egen bedrift kan bidra til smittespredning	Noen rapporter om smitte inn via arbeid i førstelinjeyrker, men i bølge tre var det flest rapporter om smitte inn via ungdom, kontakt med andre familier.	Generelt høy sysselsetting. Mer spredt yrkesvifte, en betydelig andel arbeider i helsetjenesten. Her pekte man på at kontakt med arbeidslivet også gir kunnskap og rutiner for smittevern.
Levekår	Lav yrkesdeltakelse blant kvinner i første generasjon, inntekter i flergenerasjonsfamilier legges sammen. Lavere utdanningsnivå i første generasjon, høyere blant etterkommere	Lav yrkesdeltakelse i første generasjon, lommer av vedvarende lavinntekt, høyere andel på støtteordninger, kortere botid, første generasjon har lite utdanning ved ankomst. Splitt blant etterkommere, mellom de som faller fra og de som presterer meget høyt	Høyere utdanningsnivå, også i første generasjon. Høyere sysselsetting gir sikret inntekt. Skolebakgrunn fra Sri Lanka ga løft til innvandrere som kom som studenter, asylsøkere og politiske flyktninger
Helse	En del underliggende sykdom, som diabetes i første generasjon, koplingen mellom livsstil og helse er lite diskutert blant første generasjon. Noe stigma og skam knyttet til å bli smittet.	En del underliggende sykdom, som diabetes, koplingen mellom livsstil og helse er lite diskutert. Bruk av tradisjonell medisin (urter, damping) i tillegg til skolemedisin. Noe stigma og skam knyttet til å bli smittet. Dette ble motvirket med spredning av vitnesbyrd om selvopplevd sykdom fra miljøet i Oslo.	En del underliggende sykdom, som diabetes. Koplingen mellom livsstil og helse var tema for sendinger på den sentrale koronagrupper på sosiale medier. Her ble også skam og stigma tematisert. Informanter nevner at enkelte mangler forståelse av helse- og støttesystemet.

KATEGORI	NORSKPAKISTANSK	NORSKSOMALISK	NORSKTAMILSK
Reising	Tette bånd og normalt mye reising til Pakistan, spesielt for første generasjon. Mange satt fast i Pakistan under første bølge. Høsten 2020 så noen muligheter til å reise. Pandemien traff landsbygda i Pakistan tidlig på våren 2021. Sammen med tiltak bidro dette til reduksjon. Nødvendig reise ble forstått som reiser knyttet til sykdom og dødsfall. Motstand mot reising i miljøet.	Normalt en del reising til Somalia, men kuttet kraftig under pandemien, ifølge informanter. Første bølge traff somaliere hardt. Pandemien kom senere til Somalia. Bevissthet om at hvis man blir syk i Somalia under reise fra Norge, så er det vanskelig å få hjelp.	Tradisjonelt mindre reiseaktivitet mellom Norge og Sri Lanka., men noe reising til tredjeland. Ifølge informantene nær opphørte reisingen på et tidlig tidspunkt under pandemien.
Familietype	Familien står helt sentralt. Flere i gruppen har over femti års botid i Norge. Flere generasjoner bor ofte sammen. Nær familie betyr kjernefamilien pluss fettere og kusiner, tanker og onkler, og noen ganger nære venner av familien. Etterkommere av første generasjonen kan tidlig bli ansvarlige for foreldres påkopling til samfunnet, herunder som pådrivere og informasjonskilder om smitten	Store barnefamilier, sjelden flere generasjoner sammen. Sterke normer for å passe på eldre foreldre. Gruppen har kortere botid i Norge, noe som betyr en yngre befolkning. Barn og unge for å en del tilfeller rollen som kulturelle oversetter og formidlere av majoritetssamfunnet, herunder smitteinformasjon.	Kjernefamilie, mor, far og barn. Ofte tre eller færre barn. Barn flytter ut ved giftemål. Informantene holdt på at familiehierarkiene i mindre grad ble snudd på hodet, sammenlignet med i de to andre gruppene.
Integrering og utenforskap	Mindre lommer av manglende integrasjon i første generasjon. Mange høyt utdannet blant etterkommere, med godt grunnlag for å forstå helse systemet, informasjon og tjenester.	Kortere botid og noe lavere utdanningsbakgrunn ved ankomst. Negative erfaringer eller usikkerhet knyttet til norske helse systemet kan skape distanse og manglende tillit og kontakt. Lommer av utenforskap med lang vei til hovedstrømmen av informasjon i samfunnet. Mange godt integrerte etterkommere	Tamilene har høy sysselsetting, noe som både kan gi utsatthet og kunnskap om smitte. Etterkommere tar ofte høyere utdanning og er aktive samfunnsdeltakere. De har dermed kort vei til informasjon og forståelse av tiltak og helse system. Utenfra betegnes gruppen som opptatt av å ta vare på egne medlemmer.
Tradisjoner	Sterk tradisjon for store samlinger i forbindelse med brylluper. Bryllup ble tilpasset kravene utover høsten 2020. Samlinger ble debattert i egne grupper på sosiale medier. Begravelser det vanskeligste å håndtere innenfor reglene. Det tok noe tid å stanse den sterke hilse- og klemmekulturen, ifølge informanter. Skjebnetro synes ikke å ha hatt betydning for smittetiltak når alvoret ble kjent.	Sterk tradisjon for samlinger, men brylluper and andre arrangementer ble stanset etter bølge to sent på høsten 2020. Det tok noe tid å stanse en sterk hilse- og klemmekultur. Også sterke normer om sosiale møter på kafeer mv. Dette kan ha bidratt til at gruppen ble hardt rammet av den første bølgen. Skjebnetro synes ikke å ha hatt betydning for smittetiltak når alvoret ble kjent.	Noen samlinger i det tamilske miljøet i en tidlig fase av pandemien. Ifølge informantene sluttet man med disse, med få unntak. Unntakene som ble rapportert besto av et fåtall personer. Under en hendelse befant det seg flere personer enn tillatt i et bygg. Dette ble oppdaget på sosiale medier og ble meldt til et sentralt nettverk i miljøet, som deretter tok kontakt med de ansvarlige. Ikke utbredt hilse- og klemmekultur.

KATEGORI	NORSKPAKISTANSK	NORSKSOMALISK	NORSKTAMILSK
Smitteatferd	Endring i risikoopplevelse hos mange i miljøet etter pandemien rammet familie og venner i Norge og i Pakistan våren 2021. Bruk av koronahotell ble i noen tilfeller misforstått og ordet hotell kunne misforstås som at betaling var nødvendig.	Det norsksomaliske miljøet ble truffet hardt allerede våren 2020. Utover sommeren avtok risikoopplevelsen noe, på linje med resten av den norske befolkningen. Alvoret under den tredje bølgen var også klart for alle, med flere dødsfall i miljøet.	Det tamilske miljøet opplevde også sykdom og dødsfall knyttet til pandemien. Alvoret ble formidlet i sendinger og intervjuer med syke i sosiale medier. Det ble arbeidet aktivt med å forebygge stigma knyttet til det å bli syk.
Organisering	Det norskpakistanske miljøet er bredt representert i bydelsutvalget og i bydelsadministrasjonen. De bidro i frivillige organisasjoner, samtidig som moskeen var et samlende punkt, om enn ikke fysisk, og en viktig informasjonskilde.	Norsksomaliske ressurspersoner brukes av frivillige organisasjoner og bydelen. Kommunikasjonen i gruppa foregår på tvers og er mindre knyttet til samlende punkter i nettverkene eller nasjonale organisasjoner. Radiostasjonen NORSOM når bredt ut til norsksomaliere i Norge. Moskeen spiller en sentral rolle som knutepunkt.	Det tamilske miljøet iverksatte flere informasjons- og støttetiltak. Her ble blant annet informasjon fra norske og utenlandske myndigheter oversatt av profesjonelle tolker i miljøet. Informasjonsmessig tett knyttet gruppe. Den tamilske radioen, tempelet og den tamilske skolen bidrar til dette. Miljøet omfatter både hinduer og kristne.
Tiltaksmatch	Tiltak ansikt til ansikt ble sett på som spesielt vellykket, også overfor det norskpakistanske miljøet. Dør til dør aksjonen ga tilgang til personer fra miljøet som ellers hadde lite kontakt med bydelen. En del koronaverter hadde norskpakistansk bakgrunn og kunne bidra med smitteinformasjon.	Bydelen brukte vaksinesamtaler på telefon til å spre annen informasjon samt å skape dialog. Bydelen rakk ofte ikke å støtte med isolasjon og karantenehotell før smitten spredte seg i somaliske barnefamilier.	Det tamilske miljøet var ikke en prioritert målgruppe for offentlige myndigheter. Informanter reagerte på at informasjon ikke ble oversatt til deres språk. De var heller ikke ansett som en prioritert gruppe av bydelen. Her anså man at dette miljøet fulgte godt med på og spredte informasjon videre. En SMS med videolink ble raskt åpnet, sett og spredt.

Hvordan sitere dette kapittelet:

Brekke JP, (2021). Kartlegging av mulige årsaker til forskjeller i korona-smitte i innvandremiljøer, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Referanser

- Bennett, T. (2015) Cultural Studies and the Culture Concept, *Cultural Studies*, 29:4, 546-568, DOI: [10.1080/09502386.2014.1000605](https://doi.org/10.1080/09502386.2014.1000605)
- Brady, H. E., (2009). Causation and Explanation in Social Science. In: The Box-Steffensmeier, J. M., Brady, H. E., and Collier D. (eds.), *Oxford Handbook of Political Methodology*. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780199286546.003.0010
- Brekke, J.-P., (2021), Informing hard-to-reach immigrant groups about COVID-19—Reaching the Somali population in Oslo, *Journal of Refugee Studies*, feab053, <https://doi.org/10.1093/jrs/feab053>
- Gerring, J. (2005). Causation: A Unified Framework for the Social Sciences. *Journal of Theoretical Politics*, 17(2), 163–198

Hedström, P. (2005). *Dissecting the Social. On the Principles of Analytical Sociology*. Cambridge: Cambridge University Press.

<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/10642/1749/1049485.pdf?sequence=1>

IMDi (2020), Forslag til tiltak for å redusere Covid-19-smitte blant innvandrere. Rapport fra ekspertgruppe. 4. desember 2020. Oslo

Indseth T., Godøy A., Kjøllesdal, M., Arnesen T., Jacobsen C., Grøslund M., Telle K., (2020) Covid-19 Etter Fødeland: Personer Testet, Bekreftet Smittet og Relaterte Innleggelses og Dødsfall. [Covid-19 by Country of Birth: Persons Tested, Confirmed Infected and Associated Hospitalizations and Deaths]. Report 2020. Oslo: Norwegian Institute for Public Health

Midtbøen, A. (2019). Etterkommere av innvandrere i Norge: Mobilitet, assimilering, diskriminering. Hovedfunn fra prosjektet: Pathways to Integration: The Second Generation in Education and Work in Norway. Institutt for samfunnsforskning. Report. ISBN (digital): 978-82-7763-642-9.

Næss A. (2019) 'Trust, Cultural Health Capital, and Immigrants' Health Care Integration in Norway'. *Sociology*. 53(2): 297–313.

Søegaard, E. G. I., Kan, Z. (2021), Koronasmitte i Oslos bydeler. Tidsskriftet den Norske Legeforening. Publisert: 25. mars 2021, Utgave 6, 20. april 2021. doi: 10.4045/tidsskr.20.1022

Swartz, J. (1997), The Concepts of Necessary Conditions and Sufficient Conditions. Paper, Department of Philosophy, Simon Fraser University. <https://www.sfu.ca/~swartz/conditions1.htm>

Utne, P. A. (2012), Forståelser av kausalbegrepet i samfunnsvitenskapene. Notat. Upublisert, udatert. Høgskolen i Oslo og Akershus.

Kapittel 7

Erfaringer fra felt: målgruppene, foreløpige funn fra intervjuer med informanter i seks innvandrergupper

Av Ragnhild Storstein Spilker, Selam Andegiogis Tsige, Charlott Nordstrøm, Hodon Duahle, Naeema Sheekh Mohammed, Samera Qureshi, Mohammed Gawad, Abdi Gele, Folkehelseinstituttet

Innvandrere og særlig innvandrere fra noen fødeland har vært overrepresentert når det gjelder smitte av SARS-CoV-2, sykehusinnleggelser og død. Det er en rekke faktorer som kan påvirke muligheter til å forebygge smitte og sykdom. Dette prosjektet har hatt til hensikt å utforske representanter fra noen innvandrergupper sine erfaringer gjennom pandemien, deres oppfatninger om etterlevelse av råd og vurderinger av årsaker til forskjeller i smitte og innleggelser. Innvandrere med bakgrunn fra seks ulike land hvor man har sett høy forekomst av smitte i ulike faser av pandemien, er intervjuet.

Målet har vært å få mer kunnskap som kan bedre tilpasning og forsterking av forebyggende tiltak og som kan bidra til å redusere overrepresentasjon i forekomst av smitte og alvorlig forløp med sykehusinnleggelser og død. Funn som fremkommer her en første foreløpig sammenfatning. Dette prosjektet er fortsatt pågående og en grundigere analyse av dataene og diskusjon av funnene gjenstår.

To hovedspørsmål har vært førende:

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

Metode og datainnsamling

Dette kapittelet bygger på kvalitative semistrukturerte intervjuer med enkeltpersoner. Intervjuene ble gjennomført digitalt (Zoom og Teams) og på telefon og varte mellom 30 og 60 minutter. Ett intervju varte i 90 minutter.

Seks ansatte fra Folkehelseinstituttet (FHI) gjennomførte 5-7 intervjuer hver med personer med afghansk, polsk, somalisk, eritreisk, pakistansk og irakisk/irakisk-kurdisk bakgrunn. Det at så mange personer gjennomførte intervjuene skyldes både språk- og flerkulturell kompetanse hos de ansatte, og den korte tiden til gjennomføring. Intervjuerne hadde selv bakgrunn fra Eritrea, Somalia (2), Egypt, Pakistan og Norge.

Informanter til intervjuer ble rekruttert gjennom allerede etablerte dialog- og nettverksgrupper, forskernes egne nettverk og videre snøballrekruttering. Så langt er 35 personer intervjuet, 19 kvinner og 16 menn. Det er stort aldersspenn blant informantene, fra 19 til 78 år. De fleste har bodd en god stund i Norge. Flere av informantene har helsefaglig og sosialfaglig bakgrunn, noen er studenter og noen arbeider som lærere eller i

serviceyrker. Utvalget omfatter også en organisasjonsleder og en religiøs leder. Mange av informantene er engasjert i frivillig arbeid i eget miljø og har bidratt med formidling av koronainformasjon det siste året. En betydelig andel av informantgrunnlaget kan, i denne sammenhengen, anses å representere en form for «elite». Dette er et bevisst valgt fra vår side, da såkalt eliteintervjuer kan tilføre et bredere perspektiv ved at informantene også blir spurt om å vurdere en gitt problemstilling basert på mer enn egen personlig erfaring.

Prosjektleder utviklet sammen med forskergruppen en intervjuguide med en rekke relativt åpne spørsmål. Intervjuer ble gjennomført både på morsmål og på norsk og engelsk. Informantene fikk tilsendt informasjon om studien på mail i forkant, og før intervjuene startet gikk forskerne gjennom formålet med studien, informasjonsark og samtykke. Det ble gjort lydopptak av alle intervjuer og til denne første foreløpige rapporteringen er noen av intervjuene transkribert i sin helhet, mens det for andre foreløpig foreligger notater basert på gjennomlytting av intervjuene.

Foreløpig analyse av data

Det ble gjennomført to møter med de som har gjennomført intervjuene underveis i datainnsamlingen hvor foreløpige inntrykk og temaer fra intervjuene ble formidlet og diskutert. Alle har i etterkant lyttet gjennom og delvis transkribert sine respektive intervjuer og oppsummert de viktigste foreløpige funnene på 1-2 sider til denne første rapporteringen, som er skrevet sammen av en annen i prosjektgruppen. Det var mye sammenfallende tematikk på tvers av gruppene og under presenteres funn kategorisert under syv forskjellige temaer.

Konsekvenser av pandemien

Informantene i alle landgruppene gir uttrykk for at folk har forstått at pandemien og covid-19 er alvorlig og at man må følge smittevernråd og regler for å beskytte seg selv og andre. Flere av de intervjuede kjenner til personer som har vært innlagt på sykehus og gir uttrykk for at folk forstår risikoen forbundet med korona. I det store og hele er de forsiktige og følger råd og anbefalinger.

Ifølge informanter fra alle gruppene har hele pandemien ført til stress og utfordringer både sosialt, økonomisk og følelsesmessig. Det sosiale fellesskapet betyr veldig mye for mange og det er vanskelig å ikke kunne treffe alle man pleier å omgås. Hjemmeskole eller hjemmeundervisning i en veldig lang periode har vært utfordrende for mange. De ønsker alle å bli kvitt pandemien og komme tilbake til en normal hverdag. Flere gir uttrykk for at de er takknemlig for at norske myndigheter ønsker å høre på deres perspektiver og refleksjoner.

Informantene mener nedstengning, permitteringer og det å flere ganger være i karantene har hatt store økonomiske konsekvenser for mange innvandrere. Noen nevner at mindre aktiviteter for barn og unge og færre sosiale treff, har påvirket den psykiske helsen i familier.

Mange somaliere ble smittet i den første bølgen, og flere av informantene fra denne gruppen kjente personer som ble alvorlig syke og døde. Det har gjort at mange er redde for smitte og at mange tester seg mer enn før. Tilgang til testing hadde vært vanskelig i starten og ikke lett tilgjengelig uten bil, men det er blitt enklere med tiden når det ble etablert flere teststasjoner lokalt i bydeler eller ved sentrale knutepunkt. Det at man særlig utenom de store byene var avhengig av bil for å teste seg, oppgis å ha vært en stor barriere. I noen områder hvor

mange innvandrere bor, har kommuner lagt til rette for enklere testing, og dette har senket terskelen for å teste seg betraktelig.

Refleksjoner om overrepresentasjon i smittede

Mange informanter viser til både yrke og trangboddhet som viktige årsaker til høyere smittetall i egen gruppe. Disse faktorene gjør det vanskeligere å overholde karantene og isolasjon, og smitte spres raskt. Flere kjenner til store familier som bor trangt hvor hele familien har blitt smittet av ett familiemedlem. Det pekes på at mange innvandrere arbeider i utsatte yrker innen transport (taxi og buss), renhold, varehandel, restaurantbransjen og i helsevesenet. For en del utgjør dårlig økonomi en barriere når det gjelder bruk av munnbind og antibac. Mange har usikre arbeidsforhold eller er selvstendig næringsdrivende, og det er store økonomiske omkostninger ved å være i karantene eller isolasjon. Dette er viktig å ha med seg når man ser på etterlevelse av råd og tiltak, ifølge noen av informantene.

I noen av gruppene blir det framhevet at mange har opplevd krig og traumatiske hendelser og at risikoen forbundet med korona oppleves for mange som mye mindre til sammenligning. En del anser ikke covid-19 som en dødelig sykdom siden mange bare får milde symptomer. Det vises til at noen mennesker som har opplevd krig og vold har stor tro på at de lett skal takle koronasykdom.

Det blir pekt på at i noen grupper er flere i risiko for alvorlig forløp og sykehusinnleggelser på grunn av underliggende sykdommer som diabetes og høyt blodtrykk. Vitamin D-mangel blir også nevnt som mulig årsak til både økt sårbarhet for smitte og alvorlig sykdom og død. En informant nevner at det å ha vokst opp i fattigdom med dårlig ernæring også kunne være en forklaring på at flere innvandrere har blitt innlagt i sykehus.

Fra informanter med pakistansk bakgrunn vises det til eksempler på tilfeller av smitte i familier som er vant til å omgås i "storfamilien".

Noen mente problemet med smitte i innvandrergupper kanskje kunne vært mindre hvis stat og kommune hadde engasjert og samarbeidet med ressurspersoner i miljøene fra begynnelsen av.

Transnasjonale liv

Det har vært tøft for mange å ikke kunne besøke familien i hjemlandet. Dette kommer særlig til uttrykk i intervjuer med personer fra Polen. Reiserestriksjonene er det som har rammet mange fra Polen aller mest. Noen har opplevd å ikke få komme inn igjen i Norge på grunn av oppholdsstatus, som personer som er registrert med d-nummer og ikke har et norsk fødselsnummer, selv om de har jobbet i Norge i flere år. Andre har på grunn av dette ikke reist til Polen og heller ikke sett familien på svært lang tid. Informantene forteller at mange polske arbeidere har barn og ektefelle i Polen og at for dem er situasjonen spesielt vanskelig. Det har vært en særlig utfordring at reglene har blitt endret raskt, tilgjengelighet til informasjon på ulike språk har tatt tid, og det har vært vanskelig å tolke unntakene for innreise. Informantene beskriver også at det har blitt håndhevet ulikt på grensene, og at selv nordmenn har slitt med å tolke reglene.

Informanter fra Irak og Pakistan forteller at en del har reist under pandemien for å besøke familie og slekt. Det at noen ikke har fulgt norske myndigheters anbefalinger om ikke å reise, har

ført til at de har tatt med smitte hjem til Norge. Flere støtter reiserestriksjonene og mener de er viktig for å begrense smitte.

Kultur, tradisjoner og tro

Flere informanter viser til forskjeller mellom det norske samfunnet som er mer individualistisk basert og tuftet mye på den enkeltes engasjement, til mer kollektivistiske kulturer som er mer basert på å følge ordrer fra myndigheter, religiøse ledere eller familieoverhoder. Informanter forteller at mange i den yngre generasjonen i innvandrerbefolkningen spiller en viktig rolle i å formidle og «oversette» informasjon fra myndighetene til sine foreldre og andre i familien.

Flere av informantene trekker fram sosialisering og fellesskap som svært viktige deler av sin egen kultur. Det har vært utfordrende å følge smittevernråd om å være mest mulig hjemme og ikke besøke eller møte andre. Dette gjelder både med familie og venner og i forbindelse med religiøs praksis. Religion er viktig for mange og et trøstende aspekt i livet. Det har vært veldig vanskelig for en del å ikke kunne gå til moskeen, spesielt under Ramadan og Eid-feiring. I forbindelse med dødsfall eller andre triste og vanskelige hendelser er det naturlig og forventet å samles, og det kan være vanskelig for noen å balansere disse tradisjonene opp mot korrekt overholdelse av smitteverntiltak. Noen nevner også at det i enkelte miljøer kan bli ansett som svakhet å være redd for smitte og å følge råd og tiltak fordi man ikke skal vise frykt.

Enkelte informanter forteller også at noen har en idé om at egen skjebne er opp til Gud og «Gud vil beskytte oss mot korona». Flere trekker fram religionens betydning for noen når det gjelder å forholde seg til sykdomsrisiko og at det som skjer er ment å skje og er Guds vilje.

Informasjon og kommunikasjon

Flere informanter fra alle gruppene peker på at det var lite informasjon tilgjengelig i starten av pandemien og at informasjonen som ble gitt ikke var tilstrekkelig. Informasjonen var ikke godt nok tilpasset mange i innvandrerbefolkningen. Særlig ikke for de eldre, de med begrensede norskkunnskaper og lav helsekompetanse. Informantene påpeker at det er utfordrende selv for personer med gode norskkunnskaper å følge med på endringer i anbefalinger og smitteverntiltak som kommer raskt og som oppleves omfattende og noen ganger forvirrende.

Enkelte polske informanter viser også til ulike forventinger til innbyggere og måten myndigheter kommuniserer til sin befolkning. I Norge er det forventet at innbyggere tilegner seg kunnskap selv, og myndighetene har tillit til at den enkelte følger anbefalinger og påbud. Til sammenligning beskrives hjemlandet som at det er tydeligere regler og at det utføres kontroll av etterlevelse av påbud. Denne ulikheten i forventning og kommunikasjon kan by på misforståelser.

Særlig i begynnelsen var det mye usikkerhet og motstridende informasjon med forskjellige beskjeder fra ulike eksperter og bare på norsk. Myndighetenes tilnærming til pandemien ble oppfattet som en «vent-og-se» strategi, og gjorde det både forvirrende og vanskelig å skape lokalt engasjement. Ifølge noen informanter kan det ha ført til at en del droppet å følge de råd og anbefalinger som fantes. Det siste halvåret har informasjonen blitt oppfattet som mer effektiv, klarere, enklere og mer direkte på hva man skal gjøre. Lokale initiativ for å nå ut til sårbare innvandrere som ikke snakker norsk, har bidratt til bedre tillit til myndighetene og en følelse av trygghet.

Noen informanter mener det ikke har vært vanskelig å følge smitteverntiltak, men at det har vært krevende å følge med på alle endringene og av og til også det å forstå endringene. For eksempel at myndighetene først ikke anbefalte og nærmest frarådet munnbind til en anbefaling og / eller et påbud om å bruke det. Dette kan av noen ha blitt tolket som usikkerhet eller mangel på kunnskap fra myndighetenes side. Noen kan dermed få mindre tiltro til myndighetenes håndtering og følger ikke anbefalinger i samme grad. Informasjon om reiserestriksjoner har også vært vanskelig å følge med på. Særlig etter at karantenehotell ble innført.

Flere informanter viser til at mange innvandrere ikke følger med på norske medier som NRK og VG og heller søker informasjon gjennom sosiale medier på eget språk eller i nettverk i kirken eller moskeen, på arbeidsplassen og gjennom venner og familie. I noen innvandrergupper som for eksempel hos somaliere, er den muntlige informasjonsformidlingen og -delingen i sosiale nettverk sentral. Pandemien påvirket sterkt kontakten mellom folk og muligheten til å spre informasjon.

Det å ha opplevd dødsfall i familien eller blant noen man kjente har sammen med tilpasset informasjon i sosiale medier og tilgjengelighet av brosjyrer på ulike språk, gjort at folk forstår alvoret i pandemien og viktigheten av å ta vaksine. Informasjon formidlet på morsmål av fagfolk som en lege eller ressurspersoner med innflytelse, som for eksempel en imam, kan ha stor påvirkning. Noen informanter understreker at de har større tillit til helserelatert informasjon som kommer fra helseeksperter enn fra politikere. Informasjon formidlet av norske helseeksperter sammen med helsepersonell med somalisk bakgrunn, bidro til å få ned smitte blant somaliere, ifølge noen informanter.

Flere synes informasjonen fra norske myndigheter har vært god og er positive til at myndighetene er åpne om den usikkerhet som finnes og at det er naturlig å diskutere og debattere hva som er den beste håndteringen og strategien.

Det er mange innvandrere som ikke kan norsk eller engelsk godt nok til å forstå informasjonen, og oversettelser og tolking til andre språk er derfor helt nødvendig. Det kan imidlertid være vanskelig å finne fram til oversatt informasjon. Det er varierende kvalitet på oversettelsene, og noen ganger er ikke oversettelsene oppdatert med den nyeste informasjonen. Ifølge noen informanter kunne det ha vært bedre koordinering mellom kommuner og det er ulik praksis når det gjelder hva kommunene gjør for å nå ut til innvandrerbefolkningen lokalt. Myndighetene får likevel ros for å gjøre mye når det gjelder tilrettelegging på flere språk.

Facebook er en viktig kanal for å nå ut, men samtidig også en kanal hvor det spres misvisende informasjon og konspirasjonsteorier. En del følger mer med på nyheter «hjemmefra» og det kan gjøre det mer forvirrende å følge smitteverntiltak i Norge når man er bedre oppdatert på det som gjelder i hjemlandet. Andre informanter forteller at de selv følger med på koronasituasjonen i hjemlandet, men at de er oppdatert på smitteverntiltakene i Norge. Noen landgrupper som for eksempel somaliere og personer fra Polen får mye av sin informasjon om smittesituasjonen i Norge på sitt morsmål gjennom mediekanaler (facebook, nettsider eller radio) opprettet og drevet av egne landsmenn og -kvinner her i Norge.

Noen av ressurspersonene som er intervjuet beskriver en tilleggsbelastning i å ha en rolle som kilde til riktig og oppdatert informasjon til enhver tid, og at det er utfordrende at så mye ansvar

legges på frivilligheten og små organisasjoner. Det har vært positivt med støtten fra IMDi, men det kan være nyttig å tenke gjennom organisering av informasjonsarbeid i tiden framover.

Stigma og diskriminering

Det pekes på at flere opplever at noen innvandrergupper «får skylda for alt» og at dette diskuteres på sosiale medier innad i gruppene. Det kan oppleves som om man ikke er velkommen i Norge. Andre trekker fram at arbeidsinnvandrere som Norge trenger, opplever diskriminering ved grensepassering og at det er ulik håndhevelse av innreiserestriksjonene. Informanter i den polske gruppen formidler historier de har blitt fortalt om dette. For eksempel at personer opplever at dokumentasjon ikke blir sett ordentlig på ved grensen, eller at de får høre at arbeidskraften deres ikke trengs her. Videre at de ikke skal komme hit med smitte og at de får beskjed om at de kan dra tilbake til Polen når de stiller spørsmål. Andre har fortalt at de får spørsmål på jobb om de har vært i Polen i det siste og at man opplever en skepsis fra andre rundt lunsjbordet.

Det er en bekymring hos de polske informantene om at dette på lang sikt kan føre til mindre tillit til norske myndigheter. Det kan være høy terskel for å si fra om opplevd forskjellsbehandling og diskriminering i frykt for konsekvenser, som å miste jobb, og derfor er det vanskelig å vite hvor utbredt disse opplevelsene er.

Noen viser til uttalelser fra politikere og kommuneansatte som de mener bidrar til mer fremmedfrykt og rasisme. Det kan skade tilliten til myndighetene og bidra til dårligere etterlevelse av smitteverntiltak som for eksempel testing.

Noen kvinnelige informanter med somalisk bakgrunn forteller at de er mer utsatt for rasisme og diskriminering enn før. Det handler både om kommentarer fra eldre personer ute i det offentlige rom og hendelser på arbeidsplassen som helsepersonell hvor pasienter ikke ønsker å bli stelt av dem på grunn av deres etniske bakgrunn. Andre forteller at de selv ikke har opplevd diskriminering eller stigmatisering på grunn av sin bakgrunn, men at de opplever at fokuset i nyhetene om at innvandrergupper er overrepresentert i smittestatistikken påvirker dem indirekte. De mener at alle medieoppslagene fører til at innvandrere blir stemplet som smittebærere. En helsearbeider forteller at hen ofte opplevde at kollegaer kommenterte at innvandrere ikke fulgte smittevernråd. Oppmerksomheten over tid i media på smitte i egen gruppe har ført til mer engstelse og bekymring.

Koronavaksine

De aller fleste informantene gir uttrykk for å være positive til vaksinasjon og noen hadde allerede fått den første dosen. Det å først og fremst kunne beskytte seg selv og også minske risikoen for å smitte andre var hovedmotivasjon for vaksinerings. Å komme tilbake til en mer normal hverdag og kunne reise for å se familie og få besøk av familie ble også fremhevet som en viktige årsaker. Noen uttrykte imidlertid en bekymring rundt det å vaksinere barn. Enkelte var også bekymret for om vaksinen vil gi beskyttelse mot nye virusvarianter.

Selv om mange er positive til å ta vaksine, oppgir de samtidig forståelse for at andre kan være skeptiske. De viser til at det er naturlig å være bekymret siden vaksinene er utviklet så raskt og man vet for lite om mulige bivirkninger. I den polske gruppen fortelles det om at mange gleder seg til vaksine og venter utålmodig på sin tur. En del er

bekymret for bivirkninger, men vil ta den likevel. Noen er veldig skeptisk og ønsker ikke å vaksinere seg.

Informantene påpeker hvor viktig det er med tilpasset informasjon som besvarer de bekymringene og spørsmålene folk har til vaksinen. En av bekymringene som særlig trekkes fram, er bivirkninger av vaksinen. Noen beskrives som mer redde for vaksinebivirkninger enn covid-19, men forteller at de mest sannsynlig vil la seg vaksinere fordi det egentlig ikke oppleves som et valg dersom man ønsker å reise igjen. Andre er mer opptatt av hvilken vaksine de vil få, og mange er håpefulle om at vaksine vil gjøre det mulig å reise igjen.

Flere forteller at mange i deres sosiale omgangskrets er usikre på om de skal ta vaksine. De kjenner for dårlig til det norske vaksinasjonsprogrammet og tror at det er samme vaksiner som tilbys i Norge som i hjemlandet. Ifølge flere informanter er det viktig med mye og god vaksineinformasjon fordi det er mye falske nyheter på sosiale medier.

Oppsummering av foreløpige funn og informantenes anbefalinger

Informasjon og kommunikasjon kommer opp som et stort tema i intervjuene i alle gruppene. Informantene beskriver flere forslag til løsninger og anbefalinger til hvordan dette kan gjøres bedre. Dette gjelder særlig den mer detaljerte informasjonen om ulike bestemmelser og endringer nasjonalt og lokalt. For at informasjon skal nå brukeren, oppfattes og forstås er det behov for tilpasninger. Språklig oversettelse er ikke alltid tilstrekkelig, og bør komme i tide med tanke på når en regel trer i kraft.

Informantene vektlegger behovet for tydelig, klar og enkel informasjon så raskt som mulig med konkrete beskjeder om hvordan man skal forholde seg og hva man skal gjøre. Nærradio og nettportaler på ulike språk og facebooksider for ulike grupper i Norge har blitt svært viktige informasjonsplattformer under pandemien. Det fremheves at Facebook er en mye brukt informasjonskanal både blant yngre og de eldre. Noen påpeker at medieplattformer som Facebook og Youtube når bredt, men at også Whatsapp og Viber er viktige kanaler og særlig for å nå litt eldre aldersgrupper.

De aller fleste som er intervjuet er positive til vaksine, men forstår samtidig at mange andre er usikre fordi utviklingen av vaksinene har gått så fort og mange er derfor redd for bivirkninger. Det er veldig viktig med tilpasset og god informasjon om vaksinene og vaksinasjonsprogrammet, og å møte den enkeltes bekymring for vaksinene og bivirkninger.

Det kan være nyttig med en bredere gjennomgang av hvordan myndighetene kan samarbeide med frivilligheten og ressurspersoner i ulike innvandrergrupper slik at man er bedre rustet og får en bedre og mer effektiv kommunikasjon og informasjonsformidling ved en annen pandemi eller annen krise. Samtidig bør myndighetene se på hvordan oversatt informasjon bør gjøres tilgjengelig på sine nettsider, for å minimere alle «norsk-barrierene» man må gjennom for å finne informasjonen.

Helsepersonell som snakker gruppens språk og formidling av informasjon gjennom organisasjoner er viktig. Ressurspersoner med mye kunnskap må brukes innad i gruppene / miljøene. De kan snakke med folk og svare på spørsmål og bekymringer rundt pandemien generelt og vaksinasjon. Direkte person-til-person kontakt er også veldig viktig i

informasjonsformidlingen og fungerer mye bedre enn generell skriftlig informasjon. Religion er viktig for mange. Det kan derfor være lurt å samarbeide med religiøse ledere - imamer, prester og andre religiøse talspersoner - for å nå ut til flest mulig med både generell koronainformasjon og om vaksine.

Informantene mener imidlertid at det er viktig at dette skjer i myndighetenes regi og i en organisering og et samarbeid med frivillige organisasjoner slik at ikke enkeltpersoner opplever et for stort ansvar. Bedre koordinering av samarbeidet med frivillige er etterspurt.

Det er pekt på ulike årsaker til høyere smitte og dette bør tas mer aktivt i bruk når myndighetene kommuniserer smitteverntiltak med gruppene. Myndighetene må tenke bedre igjennom og forstå konsekvensene av smitteverntiltak og reiserestriksjoner som innføres for ulike grupper i samfunnet og faktorer som påvirker etterlevelse. Hvordan de rammer forskjellig og påvirker folks liv på ulike måter.

Det er for eksempel foreslått at personer som kjenner godt til arbeidsmigrasjon og ulike typer av sesong- og rotasjonsarbeid bør være med å spille inn i utforming av restriksjoner og forskrifter. I tillegg må ansatte på grensestasjoner ha bedre kunnskap om hva som gjelder av restriksjoner og det må være mindre rom for tolkning og ulik praktisering.

Noen informanter har selv opplevd rasisme og diskriminering og andre vet om historier. Mange kjenner på et stigma knyttet til innvandrere og smitte, og noen uttrykker bekymring for at det kan få konsekvenser for innvandreres tillit til det norske samfunnet.

Takk til:

Vi ønsker å takke alle informanter som har deltatt i studien for nyttig og verdifull informasjon og innsikt.

Hvordan sitere dette kapitlet:

Spilker RS, Tsige SA, Nordstrøm C, Duahle H, Mohammed NS, Qureshi S, Gawad M, Gele A, (2021). Erfaringer fra felt: målgruppene, foreløpige funn fra intervjuer med informanter i seks ulike innvandrergupper, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Kapittel 8

Erfaringer fra felt: smittesporerne

Av Rojan Tordhol Ezzati, Folkehelseinstituttet (FHI)

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

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

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

Dette er å anse som noen første, og foreløpige, oppsummeringer av funn fra datamaterialet så langt.

Følgende hovedspørsmål har vært førende for intervjuene:

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

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

Metode og datainnsamling

I dette delprosjektet har vi intervjuet tretten personer som har vært involvert i smittesporing i to bydeler i Oslo og i fire andre kommuner. Dette var 1) to Oslo-bydeler med vedvarende høyt smittetrykk, 2) to andre folkerike kommuner med vedvarende høyt smittetrykk og 3) to mindre kommuner som har hatt relativt lavt smittetrykk, men som har opplevd flere smitteutbrudd. I tillegg har vi intervjuet to ansatte på Folkehelseinstituttet (FHI) som blant annet jobber med utbruddshåndteringen i kommunene.

Intervjuene ble gjennomført individuelt, av forfatteren av dette kapittelet. Vi har etterstrebet å få med to–tre intervjuer fra hvert sted. Vi navngir ikke de utvalgte bydelene og kommunene av anonymitetshensyn, spesielt siden smitteteamene i enkelte kommuner er små og lett identifiserbare.

Vi har kontaktet smittesporingsteamene direkte der det har latt seg gjøre, det vil si i de større kommunene. Her har vi intervjuet smittesporingskoordinatorer og smittesporere, de fleste med helsefaglig bakgrunn. I de to mindre kommunene kontaktet vi kommuneoverlegene, som da satte oss i kontakt med smittevernlegen i hver kommune. Her har vi intervjuet smittevernlegene og en annen ansatt som de identifiserte som sentral i smittesporingen.

Fire av seks informanter i de to Oslo-bydelene hadde selv innvandrerbakgrunn, mens ingen av informantene utenfor Oslo hadde innvandrerbakgrunn. De yngste informantene var i 20-årene og de eldste i 40-årene. Vi har intervjuet to menn og 10 kvinner. I de tilfellene der vi spurte om kjønnsfordelingen i smitteteamene, fikk vi som svar at de fleste er kvinner. Den kjønnsmessige fordelingen i disse intervjuene synes derfor å gjenspeile at mange flere kvinner enn menn jobber som smittesporere. Dette henger sannsynligvis delvis sammen med at en del smittesporere har helsefaglig bakgrunn. Nesten alle informanter med helsefaglig bakgrunn som vi intervjuet, var sykepleiere.

Intervjuene ble gjennomført i mai og juni 2021. Alle intervjuene ble gjennomført digitalt og tatt opp med båndopptaker med informantenes samtykke. De fleste av intervjuene varte i rundt 45 minutter. I introduksjonen til intervjuet vektla vi at dette er kvalitative intervjuer der vi først og fremst er interesserte i smittesporernes refleksjoner og perspektiver ut ifra sitt arbeid med smittesporingen, og ikke i detaljer om smittetall og hva som skjedde når.

Før vi begynte med intervjuene med smittesporere og annet helsepersonell i kommunene, utførte vi et testintervju med en sykehusansatt som jobber med tolketjenester. Formålet med testintervjuet var å prøve ut og justere intervjuguiden, og det er ikke tatt med i analysen. Vi nevner det likevel her fordi intervjuet tydeliggjorde at det er enkelte paralleller på sykehusene. Det gjelder for eksempel til dels manglende retningslinjer og samkjøring mellom ulike instanser på og utenfor dette sykehuset da pandemien først kom til Norge, som siden har blitt utviklet i praksis over tid. En annen parallell er at man har gått over til ikke-fysiske løsninger der det lar seg gjøre, som for eksempel tolketjenester over telefon. Det er nærliggende å tro at fremtidig kunnskap om håndteringen av covid-19 blant innvandrere med fordel også kan inkludere sykehuspersonell.

Vårt utgangspunkt var at intervjuguiden skulle inkludere spørsmål om “tiltak” generelt, altså nasjonale og kommunale tiltak iverksatt for å bedre etterlevelse av smittevernråd. Allerede fra de første intervjuene, ble det imidlertid tydelig at de enkelte kommunene, bydelene og smittesporingsteamene også har tatt mange grep for å tilpasse tiltakene til de behovene de identifiserte hos seg. Mye av kapittelet omhandler derfor de små og store grepene som teamene har tatt for å bedre smittesporingsarbeidet, slik disse er blitt beskrevet av informantene.

Foreløpig analyse

Smittesporingen har generelt fungert ved at teamene kontinuerlig vurderer og justerer smittesporingsarbeidet ut ifra tidligere erfaringer med utbruddshåndtering, og ut ifra en situasjon i kontinuerlig endring. Det innebærer en bratt læringskurve for både den enkelte smittesporer og for bydelen/kommunen. Et hovedfunn fra intervjuene er nettopp at

slike erfaringsbaserte grep har vært essensielle redskaper i smittesporernes verktøykasse. Dette innebærer at verktøykassene i kommunene er langt ifra identiske, og at innholdet har endret seg over tid i hver enkelt kommune.

Tiltak og justeringer i smittesporingsarbeidet

Det kommer tydelig frem i intervjuene at enkel tilgang til testing har en stor effekt. Mobile testasjoner, hjemmetesting og «drive-through» testing har vært viktig for å fjerne barrierer. Hjemmetesting har blitt tatt i bruk av alle kommunene der vi intervjuet smittesporere. En slik løsning tilbys i lys av smittesporernes skjønnsmessige vurderinger. Eksempler på slike vurderinger er mangel på egen personbil fra husholdningens side, mangel på sykefrakt fra kommunens side, eller enkelttilfeller når hele familien er syke og ikke kommer seg ut eller når en aleneforelder mangler barnepass mens ett av flere barn skal testes.

Tiltak med tanke på å isolere smittede har blitt vurdert ut ifra størrelsen på husholdningen og om den/de smittede har mulighet til å isolere seg fra resten av husholdningen, helst med eget bad. I en av kommunene med vedvarende høyt smittetrykk har man ved enkelte tilfeller benyttet kommunale leiligheter til dette formålet. I Oslo-bydelene virker det som at karantenehotell tidvis har blitt tilbydd hyppig. Smittesporerne beskriver at det kan være skjønnsmessig vanskelig å vurdere om det er den/de smittede som bør tilbys karantenehotell eller om det for eksempel er eldre husstandsmedlemmer med underliggende sykdommer. De har opplevd at nærkontakter likevel ofte tester positivt etter en dag eller to på hotellet, altså at de allerede hadde smitten i kroppen ved ankomst, til tross for negative tester. I vinter strammet man inn på tilbudet om karantenehotell etter enkelttilfeller av hærverk der ungdommer hadde blitt plassert på karantenehotell. Det viste seg også at enkelte prøvde å bli smittet for å havne på karantenehotell. Informantene presiserte at dette var enkelttilfeller, og at det hovedsakelig dreide seg om begrensede ungdomsmiljøer der rus og/eller kriminalitet også var involvert.

Eksemplet med karantenehotell viser at effekten av tiltak er flersidig og kan ha andre følger enn det som er hensikten. Et annet eksempel på dette er hjemmetesting, som er ment å gjøre logistikken rundt å teste seg lettere, men som enkelte helst vil unngå fordi de ikke vil at naboer skal se at de kan være smittet. Dette eksemplet illustrerer også behovet for en allsidig verktøykasse, slik at smittesporerne og personene de er i kontakt med kan komme frem til gode individuelle løsninger.

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

Måten spørsmål stilles på har også mye å si for å etablere god kommunikasjon. En av informantene begynte, etter tips fra smittevernlegen i kommunen, å spørre «Hvordan går det

med deg?» fremfor «Hvilke symptomer er det du har i dag?». Vedkommende erfarte at den alternative formuleringen viste omsorg og ga samtalen et mindre skjematisk utgangspunkt. En annen smittesporer hadde merket seg at noen svarte «nei» på spørsmålet: «Har du noen symptomer i dag?», for så å hoste. Det viste seg at de anså «symptomer» som noe mer alvorlig enn «litt hoste». Smittesporeren tenkte først at dette kunne ha med innvandrerbakgrunn å gjøre, men erfarte så det samme med personer uten innvandrerbakgrunn. Nå har denne smittesporeren gjort det til en vane å liste opp symptomer dersom en indeks eller nærkontakt svarer «nei» på spørsmålet.

Ifølge smittesporerne, er språk den største barrieren i møte med innvandrere uten gode norskkunnskaper. Flere av smittesporerne har erfart at «god nok» norskkunnskaper i smittesporingssammenheng krever mer enn det å kunne føre en dagligdags samtale. I noen tilfeller må man nærmest insistere på å ringe tilbake med tolk fordi personen oppfatter sine norskkunnskaper som gode nok. Smittesporerne presiserer da at det er for å være sikre på at personen får med seg alle detaljene i informasjonen de gir, og at de får så detaljert informasjon som mulig tilbake. Samtalen løsner gjerne når personen får snakke sitt morsmål, og i etterkant er det mange som takker for tolketilbudet.

Telefontolk var ikke like etablert på begynnelsen av pandemien, men ble tatt i bruk mer utover høsten 2020. I en av kommunene med høyt smittetrykk var bruk av telefontolk fremdeles ikke utbredt ved juletider. En av smittesporerne satte seg inn i viktigheten av å bruke tolk, hvordan booking av tolk skulle foregå rent teknisk og hvordan samtalen gjennom en tredjepart kunne gjennomføres i praksis. Vedkommende erfarte da at det tekniske og praktiske ikke var like vanskelig som man hadde hatt inntrykk av i teamet. Smittesporeren delte denne informasjonen med kolleger og oppfordret til mer bruk av tolketjenester, og fikk etter hvert en sentral rolle i å lære opp egne kolleger ved å vise de tekniske løsningene som hadde kommet på plass for å booke telefontolk og ved å la dem lytte til hvordan en samtale gjennom tolk kunne foregå.

Smittesporerne viderefremidler materiell fra for eksempel FHI til skriftlig orientering, i tillegg til den muntlige informasjonen de gir over telefonen. Smittesporerne etterspør likevel enklere måter for folk å finne frem til slikt materiell selv, og kjappere oversettelse etter de mange endringene i regler, forbud, råd og anbefalinger. Informasjon i mer muntlige format som videoer, filmsnutter og animasjoner som kan deles i sosiale medier, ser ut til å fungere godt blant innvandrere. Dette siste kommer også frem i andre rapporter (Skogheim et al., 2020).

De to bydelene i Oslo med vedvarende høyt smittetrykk som er intervjuet i denne studien, har ansatt mange smittesporere med flerspråklig kompetanse. Det gir mulighet til å snakke personens morsmål eller å spørre om vedkommende vil at en kollega som snakker det aktuelle språket, skal ringe opp igjen. Smittesporerne erfarer at det å snakke eget morsmål ofte i seg selv gjør at personen blir mer avslappet i kommunikasjonen. I tillegg nevner noen av smittesporerne at de kan trekke på sin egen innvandrerbakgrunn for å bedre kommunikasjonen. Det kan for eksempel være en innarbeidet høflig og respektfull måte å snakke med de eldre eller en forståelse av hvor skoen kan trykke når det gjelder tillit til myndighetene.

Der man ikke har hatt riktig språkkompetanse å trekke på innad i teamet, har man benyttet seg av de kanalene man har hatt tilgjengelig i forbindelse med utbrudd. I en av de store kommunene, har de for eksempel hatt kontakt med innvandrerorganisasjoner og imamer. Ved et tilfelle der det var flere personer med bakgrunn fra samme land involvert, fikk de med seg to ressurspersoner i miljøet i en ringerunde for å fortelle om viruset, viktigheten av å teste seg og

informasjon om hvor og hvordan man kunne teste seg. En mindre kommune hadde et større utbrudd i en kristen forsamling som inkluderte en del innvandrere. De voksne snakket stort sett ikke godt norsk, og det var få tolker i Norge med rett språkkompetanse. Det virket også som at flere var bekymret for å oppgi sine nærkontakter. Løsningen ble at kommunen sammen med flyktningtjenesten, som disse personene kjente, reiste hjem til flere og testet dem der. Gjennom dette fikk de stoppet utbruddet i løpet av en ukes tid.

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

Disse eksemplene illustrerer at kombinasjonen av språk, kommunikasjon og tillit kan føre til noen tilleggsutfordringer knyttet til innvandrere, men at disse samme faktorene også går hånd i hånd når det kommer til å løse utfordringer. For eksempel kan kommunikasjonen styrkes ved at smittesporeren snakker ens morsmål eller at man bruker tolk, eller at personer som flere i innvandrer miljøene kjenner godt bidrar inn i kommunikasjonen. Det at smittesporerne bruker god tid på å besvare spørsmål som indeksen eller nærkontakten har, er også av betydning.

Gode grep for å møte språklige, kommunikative og tillitsvekkende utfordringer er ønsket og ideelt, men kan medføre nødvendige avveininger under tidspress. Hvor fort man kan få tak i tolk varierer eksempelvis ut ifra språket det gjelder og smittesituasjonen. Enkelte av smittesporerne nevnte at «når det virkelig haster», hender det fremdeles at de heller bruker familiemedlemmer som er til stede eller prøver å gjøre seg forstått med klarspråk og/eller engelsk. Det kan også ta noe tid å ta den skjønnsmessige vurderingen det er å tilby, og ta imot, karantenehotell. Innen beslutningen er tatt og den praktiske logistikken er tatt hånd om slik at den ikke-smittede kan fraktes til hotellet, kan det også gå noe tid. Smittesporerne ser at disse personene ofte likevel tester positivt etter en dag eller to på karantenehotellet. Når man tar i betraktning at karantenehotell ofte blir tilbydd større husholdninger, er det nærliggende å tro at flere personer rekker å bli smittet før tiltaket er igangsatt. Slike avveininger i det virkelige liv gjenspeiler matematiske modelleringer som beskriver at små forsinkelser i smittesporingen kan utgjøre store forskjeller (Rø og Engrebetsen 2021).

Stigmatisering og skam

Selv om vi i disse intervjuene ikke spurte om smittesporernes oppfatninger av stigmatisering og skam blant innvandrere, kom flere inn på disse temaene i sine refleksjoner.

I to av kommunene hadde det vært større utbrudd som i stor grad var knyttet til innvandrerbefolkningen, det ene i en moské og det andre i en kirke. I begge tilfellene hadde smittesporingen til å begynne med vært vanskelig fordi flere ikke ville oppgi at de selv eller andre hadde vært til stede. Smittesporerne knyttet dette til skam og frykt for konsekvenser. Begge kommunene brukte sine tilgjengelige ressurser, som innvandrerorganisasjoner og flyktningtjenesten, som hjelp til å kommunisere med de det kunne gjelde. En av informantene påpekte at kommunen i sin kommunikasjon var veldig tydelig på at det ikke

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

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

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

Samtlige smittesporere var inne på at det å få frem at hvem som helst kan bli smittet er et viktig grep i smittesporingsarbeidet fordi det ikke skal være skambelagt å være smittet av covid-19. Flere nevnte at den jobben blir vanskeligere med de negative vinklingene i mediene. Det er imidlertid ikke bare et negativt fokus fra storsamfunnet som kan forsterke skam. Smittesporerne opplevde at det også innad i noen innvandrer miljøer kan være en del skam knyttet til smitte.

Disse komplekse temaene, som lenge har vært sentrale i forskning om migrasjon og integrering, krever en mer grundig analyse enn den tidlige oppsummeringen presentert her. Dette blir noe av det vi skal undersøke nærmere i det videre arbeidet med intervju materialet. Vi har likevel valgt å ha med disse eksemplene her fordi de illustrerer at stigma og skam kan ha faktiske konsekvenser for smittesporingen.

Smittesporernes rolle

Det var spesielt mye omdisponering av kommuneansatte i tidlige faser av pandemien. I praksis betyr slik omdisponering oftest at smittesporingen kommer i tillegg til andre oppgaver man har i sin daglige jobb. Jevnt over, virker det som at smittesporingsteamene først ble forsterket høsten 2020. Ifølge informantene i de større kommunene med vedvarende høyt smittetrykk fikk man ansatt flere smittesporere på heltid fra rundt oktober-november 2020. En utfordring er at det er når man er på vei inn i en ny smittebølge at man trenger nye smittesporere som mest. Samtidig er det akkurat da man har minst tid og ressurser til opplæring og oppfølging av nye smittesporere. Flere av smittesporerne hadde selv ikke fått opplæring annet enn på de tekniske løsningene for registrering og melding nettopp fordi de kom inn i arbeidet i forbindelse med store utbrudd, mens det ennå var få smittesporere i kommunen. I tillegg er det i pandemiens natur at man må prøve ut, evaluere, justere og endre rutiner etter hvert som ny kunnskap blir tilgjengelig. Smittesporerne fortalte om at denne kombinasjonen av stadige endringer og mange nyansatte på en gang kan føre til flere feil, og at dette tærer på ressursene til de som har holdt på med smittesporing lenger fordi de må finne og rette opp feilene.

Da vi intervjuet smittesporerne våren 2021, opplevde de at de hadde utviklet gode rutiner og systemer som gjorde arbeidet mer effektivt. Der det hadde vært vedvarende høyt smittetrykk, nevnte flere at opplevelsen av virkelig gode rutiner og systemer først hadde kommet mot slutten av den tredje bølgen (som de nylig hadde kommet ut av). De mindre kommunene hadde, etter de første tilfellene i mars 2020, rukket å planlegge og utvikle rutiner før utbruddene de fikk høsten 2020. Likevel blir håndteringen hektisk med manglende tidsressurser når det først står på fordi kommuneoverleger og smittevernleger, sammen med annet disponert kommunepersonell, er dypt inne i smittesporingen i tillegg til sine daglige oppgaver.

Mye av opplæringstiden går fremdeles med til å bli kjent med de mange skjemaene og systemene der smittesporerne skal plote inn informasjon fra smittesporingen. De ulike måtene en person kan reagere på mulig smitte – fra frykt og redsel til sinne og frustrasjon – er med i opplæringen i samtlige kommuner, men nøyaktig i hvor stor grad slike mellommenneskelige og kommunikative aspekter blir vektlagt i opplæringen synes, fremdeles å være avhengig av tidspress og ressurser.

Informantene var bevisste på at det mellommenneskelige er viktig for å ivareta personer i en sårbar situasjon. De beskrev dette på ulike måter, eksempelvis gjennom uttrykk som «å møte dem der de er», «å se hele mennesket», og at vedkommende skulle «føle seg sett og lyttet til». Den sårbare situasjonen følger med beskjeden om mulig smitte, men også det faktum at smittesporerne ringer på vegne av norske helsemyndigheter. Informantene var bevisste på at denne kombinasjonen krever å finne en balansegang for å opprette tillit og god kommunikasjon. Dette er viktig for å ivareta brukernes – i dette tilfellet, indekser og nærkontakter – behov, og samtidig få den informasjonen som smittesporerne trenger for effektiv smittesporing. «Du må kunne snakke med folk, for å si det sånn», slik en informant beskrev det. Vedkommende opplevde å ha god kontroll på det å “kunne snakke med folk” gjennom sin tidligere jobberfaring, men syntes selv at korrekt og nøyaktig utfylling av skjemaer og registrering i de ulike systemene var vanskeligere. Smittesporerne beskrev at et godt miljø for samarbeid, kommunikasjon og dialog med kolleger slik at man kan gi, og motta, tilbakemeldinger er avgjørende for god smittesporing. Teamene har med tiden utviklet samarbeidsplattformer som for eksempel Teams-grupper der de kan stille spørsmål og tenke høyt med hverandre. «Vi blir aldri ferdig med opplæringen», slik en informant beskrev det. Vedkommende har ikke selv innvandrerbakgrunn, men opplever å ha lært mye fra å jobbe med kolleger som har innvandrerbakgrunn. Kolleger gjorde for eksempel vedkommende bevisst på at under ramadan bør man være forberedt på mer utålmodighet og følelser sent på kvelden, rett før fasten skal brytes. Denne bevisstheten tok vedkommende med seg inn i arbeidet, med forståelse for at «man lett kan bli irritert av alle disse spørsmålene vi stiller når man er sulten».

Smittesporerne blir godt kjent med befolkningen i sin kommune eller bydel og utarbeider erfaringsbaserte tilnærminger og metoder deretter. Dette er en ressurskrevende prosess som krever tid og erfaringsbasert læring i hvert enkelt smittesporingsteam, og som også krever mye av den enkelte smittesporer. Ett av spørsmålene vi stilte dreide seg om ressurser og annet som de har savnet for å kunne utføre sitt arbeid. Smittesporerne har savnet tettere koordinering på et mer overordnet nivå. Noen av smittesporerne savnet «faglig påfyll» i form av for eksempel digitale seminarer der man kunne lære fra covid-19-arbeidet andre steder i landet. Andre ga uttrykk for at de har lært mye i sine team som de gjerne vil dele med andre. En av smittesporerne nevnte at deres team i en Oslo-bydel nylig hadde blitt kontaktet av en kommune som opplevde et av sine første utbrudd, og at de var glade for å kunne dele sine erfaringer med dem.

Diskusjon og oppsummering

Intervjuene i denne studien illustrerer først og fremst kompleksiteten som smittesporerne må jobbe med på daglig basis. I tillegg til å «kunne snakke med folk», må smittesporerne fylle ut skjemaer og registrere informasjon i flere systemer. Denne kombinasjonen av ferdigheter og egenskaper er ikke lett tilgjengelig hos alle. Sykepleiere og smittevernleger har både det mellommenneskelige og nøyaktig registrering og lesing av informasjon som del av sin utdanning, men det er ikke alle smittesporere som har helsefaglig bakgrunn. Når det i tillegg til

tider har vært manglende tidsressurser til grundig opplæring av nye smittesporere, kan arbeidet oppleves som vanskelig for både den enkelte smittesporer og for smittesporingsteamet som helhet.

De mange psykologiske aspektene knyttet til en pandemi, med all usikkerheten og de negative konsekvensene den medfører, kan gjøre tonen i samfunnsdebatten hardere. En hard tone i samfunnsdebatten kan imidlertid øke opplevelsen av skam og stigmatisering, noe som igjen kan gjøre smittesporingen vanskeligere. Eksemplene fra smittesporernes refleksjoner rundt stigmatisering og skam illustrerer også hvor viktig den offentlige kommunikasjonen fra kommunene og ledere er for å underbygge det helsefaglige grunnlaget som smittesporingen bygger på: nemlig at det ikke skal være skam eller stigma knyttet til å være syk.

God smittesporing krever at man tilpasser tilnærmingen til hver enkelt indeks og nærkontakt. Smittesporingen har gjennom pandemien utviklet seg gjennom erfaringsbasert læring. Denne utviklingen skjer nødvendigvis gjennom et samspill mellom det nasjonale og det lokale, og mellom kunnskapen som erverves sentralt gjennom mer systematiske studier og kunnskapen som erverves i praksis gjennom erfaring og kollegial læring. På den ene siden, betyr dette samspillet at hvert enkelt smittesporingsteam har kunnet tilpasse smittesporingen til sitt lokalmiljøets behov og sammensetning. På den andre siden, betyr den erfaringsbaserte og lokale tilnærmingen at det er få kanaler der smittesporere ulike steder i landet kan trekke på hverandres erfaringer direkte, uten å måtte gå gjennom for eksempel kommuneoverleger eller FHI. Denne manglende fellesplattformen gjør at den tilpassede tilnærmingen blir ekstra ressurskrevende, og potensielt fører til en del dobbeltarbeid. Flere av smittesporerne savnet nettopp det å kunne dele sine erfaringer med andre utenfor sitt team og også arenaer for «faglig påfyll» fra utenfor smittesporingsteamet de var del av.

De transnasjonale forbindelsene, språklige kompleksitetene og mangfoldet av fortolkninger som migrasjon fører med seg er noe av det smittesporerne må jobbe med. Dette blir da tilleggsfaktorer i et allerede komplekst bilde. I dette sammensatte bildet, ser smittesporerne jevnt over mer likheter enn forskjeller mellom personer med og personer uten innvandrerbakgrunn. Smittesporingen må uansett tilpasses personen de treffer på når de ringer. Men når den tilpasningen innebærer forsinkelser på grunn av sene oversettelser av nye forbud og anbefalinger, eller det å få tak i en tolk, øker sjansen for forsinkelser i flere ledd. I hvilken grad dette har vært tilfelle i praksis, og i hvilke faser av pandemien, er noe av det vi skal undersøke nærmere i det videre arbeidet med dette datamaterialet.

Takk til:

Takk til alle smittesporerne som har funnet tiden til å la seg intervjuet til denne studien.

Hvordan sitere dette kapittelet:

Ezzati RT, (2021). Erfaringer fra felt: smittesporerne, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Referanser

Skogheim, R., Orderud, G., Ruud, M. E. & Sørholt, S. 2020. [Informasjon og tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen i forbindelse med Covid-19. Delrapport 2](#), NIBR-rapport 2020:27.

Kapittel 9

Virkningene av tiltak rettet mot innvandrere

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

Det har i Norge vært igangsatt en rekke nasjonale og lokale smitteverntiltak i regi av myndigheter, privat sektor og frivilligheten. Det har vist seg utfordrende å få gjennomført evalueringer av denne type tiltak, både i Norge og internasjonalt. De fleste tiltakene er rettet mot befolkningen generelt, eller mot avgrensede områder eller sektorer. Relativt få tiltak har vært rettet mot spesifikke grupper av befolkningen. I mange tilfeller vil det også være flytende overganger mellom hvem som tilhører målgruppen. Ett eksempel er tiltak som primært har som formål å bidra til å få ned smitten i innvandrerbefolkningene – slike tiltak har gjerne også omfattet et betydelig antall personer uten innvandrerbakgrunn.

Det er også slik at ikke alle tiltak er praktisk mulige å evaluere med tanke på effekt, og ikke minst under en pandemi. Mange tiltak er iverksatt med en hastegrad som vanskeliggjør planlegging og evaluering i tidsvinduet som er tilgjengelig. Videre vil smittetrykket svinge, tidvis raskt, og blir smittetrykket for høyt er det vanskelig å få aksept for å prøve ut og sammenlikne forskjellige tiltak, mens for lavt smittenivå gjør det praktisk umulig å evaluere effekt av tiltak, da det vil kreve svært store utvalg (Fretheim 2021).

FHI gjennomførte et intervjuprosjekt med de største kommunene i Norge der vi samlet inn informasjon om tiltak. Dette er nærmere beskrevet i Bjørnbæk og Hussaini 2021. Dessverre var det få av tiltakene der som viste seg å være direkte evaluerbare ved hjelp av data vi har tilgjengelig. Men FHI har, i samarbeid med andre aktører, gjennomført følgende delprosjekter for å få mer og bedre kunnskap om effekten av noen smitteverntiltak der innvandrere i Norge utgjorde hele eller en stor del av målgruppa:

- Analyse av enkelte nasjonale tiltak og hvordan disse har innvirket på innvandrergrupper (observasjonell studie basert på data fra Beredskapsregisteret, BEREDT-C19)
- Effektstudie for å måle virkningene av dør-til-dør-aksjoner for å øke testandel i utvalgte grunnkretser i Stovner bydel, Oslo (kvasiekperimentell tilnærming med sammenlikning av endring i testandel blant innbyggere i områder med og uten dør-til-dør-aksjoner – gjentatt tre ganger).
- Effektstudie av gratis utdeling av munnbind (ved «koronaverter» plassert utenfor matbutikker) i Stovner bydel, Oslo (randomisert studie med sammenlikning av munnbindbruk blant kunder, med og uten gratis utdeling av munnbind).
- Effekt av kampanje i sosiale medier, for å øke testandel blant innvandrere

To av studiene har vært i samarbeid med Stovner bydel, hvor det bor 33 279 mennesker. Andelen innvandrere er 39 prosent og 21 prosent har innvandrerforeldre, men er selv født i Norge.¹ Bydel Stovner har med dette den høyeste andelen innvandrerbefolkning og norskfødte med innvandrerforeldre i Oslo, slik at generelle tiltak også kan vurderes som rettet mot innvandrere.

Effekt av dør-til-dør-aksjoner og drop-in testbuss for å øke testandel

I forbindelse med det høye smittenivået i Stovner bydel ble det i februar 2021 iverksatt tiltak for å oppnå økt testandel blant innbyggerne. Ett av tiltakene var dør-til-dør-aksjoner der ansatte fra bydelen informerte om at det ble utplassert mobile testanlegg i nabolaget påfølgende dag(er), med oppfordring til alle om å benytte anledningen og teste seg etter drop-in prinsippet.

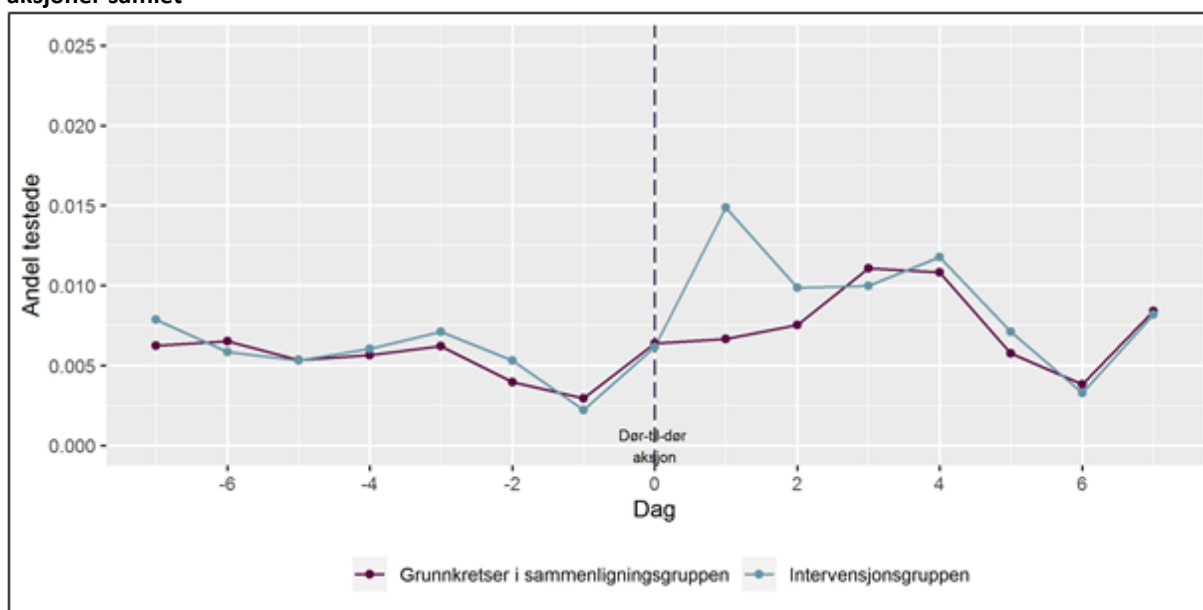
Tiltaket var basert på to grunnleggende hypoteser, a) at økt tilgjengelighet til testing vil gjøre at flere tester seg og b) at muntlig informasjon kan fungere overfor grupper som ellers ikke får med seg råd og anbefalinger om testing gjennom andre kanaler (for eksempel bydelens nettsider).

Det ble antatt at innvandrere med svake norskerferdigheter og svak tilknytning til det offentlige Norge i mindre grad enn andre kjente til råd om testing, og at de har praktiske utfordringer knyttet til testbestilling. Antagelsene hvilte på bydelens og andre offentlige myndigheters erfaringer både før og under pandemien, samt innspill fra dialogmøter om at enkelte har misoppfatninger om testing, for eksempel at det koster penger, kun er for personer i kritiske yrker eller at de ikke vet hvordan de skal booke time eller finne ut hvor teststasjonen er. Utgifter i forbindelse med testing (for eksempel reiseutgifter eller oppfatninger om at det koster penger) har vært nevnt som barrierer for testing i forbindelse med FHIs dialogmøter (Spilker 2021) og i pressen (Majid 2021). I samarbeidsmøter mellom Oslo kommune og FHI kom det fram at det var usikkert om eller i hvilken grad tiltaket hadde en virkning på andelen som testet seg, og et samarbeidsprosjekt for å evaluere effekten av dør-til-dør-aksjonene og testbuss ble etablert. Vi har foreløpig ikke funnet internasjonal litteratur på tiltak for å øke testandelen i en befolkning.

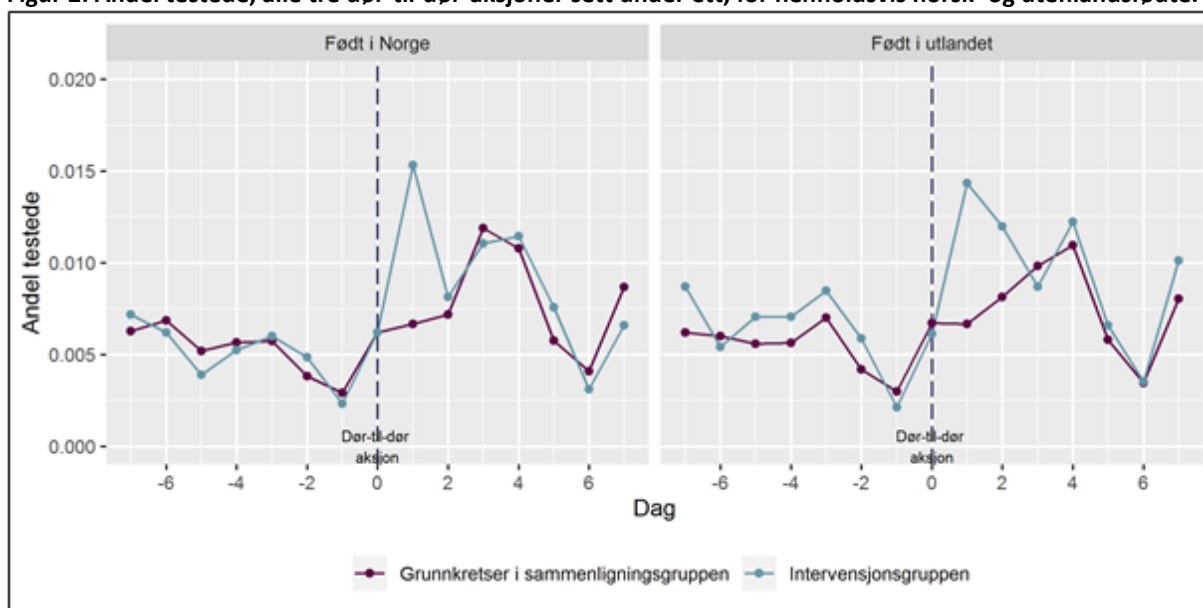
Intervensjonen var gjennomføring av tre dør-til-dør-aksjoner i til sammen seks av 23 grunnkretser i bydel Stovner, med to ukers mellomrom. Aksjonene foregikk på dagtid, og grovt sett ble det anslått at man oppnådde kontakt med rundt en tredel av husholdningene. Testbuss var på plass dag 1 og 3 etter dør-til-dør-aksjonene. De resterende 17 grunnkretsene i bydelen ble brukt til sammenligning.

Oppmøte på testbussene varierte, fra omkring 20 til over 100 personer per gang. Testandelene i uka før og etter dør-til-dør-aksjonene med testbuss er beskrevet samlet i figur 1 og fordelt på norsk og utenlandsfødte i figur 2. Med testandel mener vi hvor stor andel av innbyggerne i området som hadde fått utført koronatest (PCR-test).

Figur 1: Andel testede syv dager før og etter dør-til-dør-aksjon i grunnkretser med og uten tiltaket, alle tre aksjoner samlet



Figur 2: Andel testede, alle tre dør-til-dør-aksjoner sett under ett, for henholdsvis norsk- og utenlandsfødte.



Sett under ett, var testandelene like før dør-til-dør-aksjonen, med en markant økning i andel testede dag 1 etter dør-til-dør-aksjon i de grunnkretsene som hadde hatt dette. Deretter var testandelene tilnærmet lik i alle grunnkretser igjen. Nivået på andel testede og tidsmønsteret var likt for utenlands- og norskfødte.

For å vurdere i hvilken grad stigningen i testandel i grunnkretser med dør-til-dør-aksjon var en reell effekt av dør-til-dør-aksjonene, brukte vi en statistisk metode kalt forskjeller-i-forskjeller. Denne tar høyde både for endring over tid og for forskjeller mellom de delene av bydelen som hadde dør-til-dør-aksjoner og de som ikke hadde det. Ved bruk av denne metoden, antar man at trendene i de ulike delene av bydelen hadde vært like dersom aksjonen ikke hadde funnet

sted. I dette tilfelle virker antagelsen rimelig ettersom trendene i områdene som ble sammenliknet var svært like i forkant av aksjonene (se figur 1).

Analysene viste en økning i testingen de første tre dagene etter dør-til-dør-aksjonene på 45 % (relativ økning). Grunnet et lite utvalg, 23 grunnkretser, er det en viss usikkerhet i analysen og dermed resultatet.

Én grunnkrets hadde utplassering av testbuss, uten tilhørende dør-til-dør-aksjon. Her fant vi ingen forskjell i testandel før og etter tiltaket, når vi sammenliknet grunnkretsen med testbuss og de øvrige grunnkretsene. Siste runde med dør-til-dør-aksjon, ble gjennomført i grunnkretser som allerede hadde hatt en ekstra testbuss stående i nærheten i flere uker. Her økte testandel i mindre grad etter tiltaket og likt mellom de grunnkretsene der det hadde vært dør-til-dør-aksjon og ikke. I lys av dette, analyseresultatene og den grafiske fremstillingen (figurene 1 og 2), mener vi å kunne konkludere med at iverksetting av dør-til-dør-aksjoner i kombinasjon med lett tilgjengelig testbuss, hadde en klar effekt på testhyppigheten.

Aksjonen og evalueringen var rask og enkel å gjennomføre. Første aksjonsdag var 1. februar og rapport ble publisert 25. mars.

Full rapportering av dør-til-dør-studien foreligger i en FHI-rapport (Vinjerui et al. 2021), og vil også bli publisert i form av en vitenskapelig artikkel (med fagfelleevaluering).

Effekt av å ha «koronaverter» som deler ut gratis munnbind, på bruk av munnbind

Bruk av munnbind er et tiltak mot spredning av covid-19 som er anbefalt av Verdens helseorganisasjon i sammenhenger hvor smitterisikoen er høy (WHO 2020). Siden oktober 2020 har Oslo hatt et påbud om bruk av munnbind når man ikke kan holde en eller to meters avstand på kollektivtransport og i taxi, i tros- og livssynshus, og i matbutikker, apotek og andre butikker.² Likevel har smittenivået vært høyt i Oslo, spesielt blant personer med innvandrerbakgrunn og i innvandrertette befolkningsområder som Stovner. En mulig årsak blant flere kan være at innvandrerbefolkningen opplever flere barrierer mot etterlevelse av smitteverntiltak enn majoritetsbefolkningen. Det er svært lite forskning internasjonalt på hvordan man effektivt kan øke bruken av munnbind (Betsch et al. 2020, Capraro et al. 2021, Abaluck et al. 2021)

FHI ønsket derfor å finne ut om gratis og personlig utdeling av munnbind kan øke munnbindbruken i bydel Stovner. Vi ønsket dessuten å finne ut om munnbindbruk var på et lavt nivå i bydelen.

I kjølvannet av dør-til-dør-evalueringen, førte samarbeidet mellom Stovner bydel og FHI til en ny effektstudie.³ Fra november 2020 rekrutterte bydelen lokale, unge mennesker til å virke som «koronaverter». Dette var ungdom med innvandrerbakgrunn som fikk nyttig arbeidserfaring. De ble satt sammen i par med ulik erfaring og gjerne av begge kjønn. En sentral oppgave for disse var å dele ut gratis munnbind på strategiske steder, f.eks. utenfor butikker og ved T-banestasjoner. I april 2021 stilte bydelen igjen spørsmålet: Virker dette?

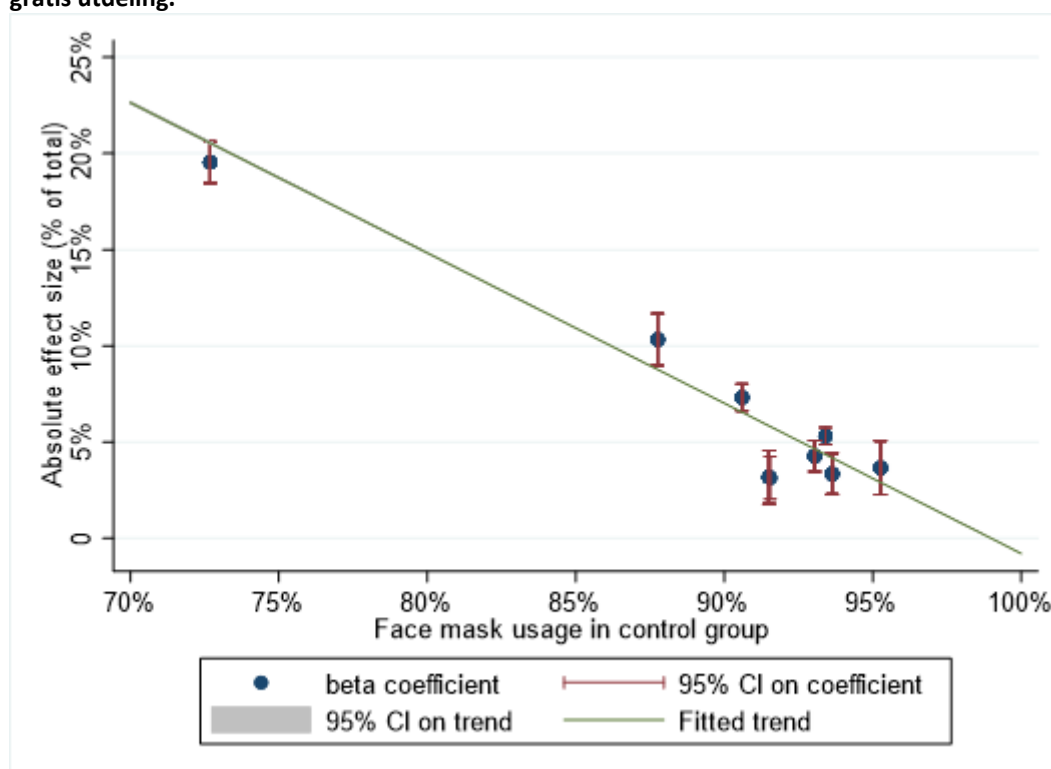
FHI utarbeidet et forslag til et evalueringsprosjekt, som bydelen sluttet opp om. Bydelen rekrutterte ni matvarebutikker som skulle tjene som studiesteder. For hver hverdag over tre uker ble det trukket lodd om hvilke butikker som skulle ha utdeling av munnbind, og hvilke som ikke skulle ha det. Ved alle butikkene utplasserte vi observatører som mellom kl. 16 og kl. 18

registrerte kundenes bruk av munnbind i det de gikk inn i butikken: Rett bruk av munnbind (munnbinding dekker nese og munn), feil bruk av munnbind (dekker ikke både nese og munn), og ingen munnbind. Studien ble iverksatt raskt, og foregikk fra 3. mai til 21. mai 2021.

Resultatene viste at munnbindbruken var gjennomgående høy på 92 % selv uten tiltak, og at gratis utdeling av munnbind økte denne andelen med 6 prosentpoeng (statistisk signifikant økning, $p < 0,05$). Det var svært få kunder som brukte munnbindet feil.

Videre fant vi en sterk sammenheng mellom nivå av munnbindbruk uten utdeling og effekten av tiltaket. Figur 3 under viser hvordan effekten varierte mellom de ni butikkene. X-aksen viser andelen som brukte munnbind når det ikke var noen utdeling og y-aksen viser effekten av tiltaket i prosentpoeng. Hver av de blå prikkene er effekten i en butikk, og de røde linjestykkene representerer feilmarginen (95% konfidensintervall). Vi ser at i butikker der bruken av munnbind var over 90% var effekten gjennomgående lav, under 5 prosentpoeng. Men i en butikk der munnbindbruken var 87% var effekten 10 prosentpoeng, og butikken med lavest munnbindbruk på 73% fikk vi en effekt av utdelingen på hele 20 prosentpoeng. Dette tyder på at det også er noe å hente på å dele ut munnbind når munnbindbruken er høy, selv om gevinsten er liten. Når munnbindbruken er litt lavere, er det langt større gevinster av å dele ut munnbind. Dette er svært positivt med hensyn til utjevning av forskjeller i etterlevelse av smittevern. Det er altså mye å tjene på å rette dette tiltaket spesifikt mot butikker eller andre forsamlinger der munnbindbruken er relativt lav.

Figur 3: Sammenhengen mellom nivået på munnbindbruk uten gratis utdeling og effekten av å iverksette gratis utdeling.



En begrensning ved studien er at vi ikke samlet inn materiale som kan forklare hvorfor noen kunder ikke bruker munnbind og hvordan utdelingen påvirket deres atferd. Vi har to teorier som kan forklare effektene. En teori er at mange kunder glemmer å medbringe munnbind, ikke har råd til å kjøpe eller ikke ønsker å bruke munnbind for å handle. En annen forklaring er at

utdelingen medfører et sosialt press som gjør det vanskelig å ikke bære munnbind. Videre forskning bør forsøke å studere hvorfor en liten andel vegrer seg for å bruke munnbind i innvandrertette befolkningsområder. Det hadde vært nyttig å vite om det er økonomiske, sosiale, kunnskapsmessige eller kulturelle barrierer som gjør at smitteverntiltaket ikke blir etterfulgt av alle. Det hører også med å påpeke at en liten andel har fritak fra påbudet om munnbind av medisinske eller andre årsaker.

Mer detaljerte resultater og metoderedegjørelse planlegges publisert som tidsskriftsartikkel. Les mer om prosjektet [her](#).

Effekt av kampanje i sosiale medier, for økt testandel blant innvandrere

Sosiale medier har vært en viktig kommunikasjonskanal for myndighetenes kampanjer under pandemien, blant annet fordi det er mulig å definere spesifikke målgrupper som en ønsker å nå, relativt enkelt. En kan f.eks. velge ut befolkningsgrupper basert på geografi, alder m.m. Ved hjelp av brukernes språkvalg eller enkle algoritmer kan en også treffe spesifikke innvandrergupper.

I samarbeid med kommunikasjonsavdelingen til Helsedirektoratet, har FHI iverksatt en eksperimentell studie for å undersøke om og i hvilken grad en målrettet kampanje i sosiale medier for å få flere innvandrere til å teste seg, har en målbar virkning på andelen som tester seg.

Vi har, ved loddtrekning, fordelt alle norske kommuner (og bydeler for Trondheim, Bergen og Oslo) til intervensjons- eller kontrollkommuner. I intervensjonskommunene vil innvandrere bli forsøkt nådd gjennom en kampanje i sosiale medier. Formålet er å økt testandelen, som vil bli målt ved hjelp av data i beredskapsregisteret, BEREDT-C19. Studien iverksettes i slutten av mai 2021, og vil pågå i to uker.

Resultater og analyser antas å publiseres ila høsten 2021. Les mer om prosjektet [her](#).

Dør-til-dør-aksjon med testbusser, og utdeling av munnbind – hva er fellesnevnerne?

Begge effektevalueringene som er gjennomført i Stovner bydel i Oslo, og som vi har rapportert resultatene fra her, gir sterke holdepunkter for at tiltakene fungerte etter hensikten: Det er vanskelig å finne noen troverdig forklaring på det markante oppsvinget i testing etter dør-til-dør-aksjoner, annet enn at aksjonene var effektive. Resultatene fra eksperimentet med utdeling av munnbind er på sin side overbevisende dokumentasjon for at tiltaket medførte økt munnbindbruk.

Tiltakene var utformet lokalt i bydelsadministrasjonen, uten noen eksplisitt teoriforankring eller involvering fra forskere. Det var ansatte i bydelsadministrasjonen som så behovet for å iverksette tiltak – «å gjøre noe» – på grunn av det høye smittetrykket i bydelen. Tiltakene baserte seg på en uklar blanding av lokalt utviklede ideer, innspill fra myndighetene og sunn fornuft.

Sunn fornuft kan i seg selv være tilstrekkelig begrunnelse for å tro at et tiltak er effektivt. En kan for eksempel hevde at dør-til-dør-aksjoner og utdeling av munnbind helt åpenbart må være effektivt – så åpenbart at det ikke trengs å forskes på. På den annen side kan det være grunn til å innta en mer skeptisk holdning: Slike tiltak vil kunne ha ulike effekter, ønskede og uønskede, og

størrelsen på effekten må være kjent for at nytten av tiltaket skal kunne veies opp mot kostnadene. Det faktum at dør-til-dør-aksjoner og utdeling av munnbind kun i liten grad har blitt iverksatt utenfor Stovner, tyder på at gevinsten av slike tiltak ikke er åpenbar for alle. Derfor er det viktig å gjøre disse tiltakene og de positive effektene kjent for et større publikum. Samtidig må en vurdere den forventede nytten opp mot kostnadene knyttet til å iverksette et tilsvarende tiltak. Mer spredt bosetting, høyere testandeler i utgangspunktet og andre forhold må tas med i vurderingen.

Vi tror det er noen fellesnevnerer ved de to tiltakene som muligens bidrar til å forklare hvorfor tiltakene virket som de gjorde, og som er relevante momenter å ta høyde for dersom liknende tiltak skal utformes og iverksettes i andre kommuner eller bydeler.

Lokalkunnskap og lokal forankring

Kjennskap til lokale forhold og lokal involvering regnes som viktige forutsetninger for vellykket utforming av folkehelseiltak (O'Mara-Eves et al. 2015) – her skårer begge tiltakene høyt: De ansatte i administrasjonen var ikke nødvendigvis bosatt i bydelen, men hadde god kjennskap til området gjennom sitt arbeid. I tillegg sørget en for eksempel for at «koronavertene» som ble ansatt for å dele ut munnbind osv., var rekruttert fra lokalbefolkningen.

Erfaringene fra dør-til-dør-aksjoner og utdeling av munnbind kan tas til inntekt for viktigheten av lokalkunnskap, for eksempel ved så banale ting som å vite hvordan en best legger opp logistikken rundt en dør-til-dør-aksjon eller hvor det er strategisk smart å plassere folk for å få mest mulig ut av munnbindutdelingen. Det er også rimelig å anta at forutsetningen for at slike tiltak skal kunne fungere er at personene som skal utføre tiltaket selv er motivert for det og da kan lokal forankring være avgjørende.

Økt tilgjengelighet og dulting («nudging»)

Begge tiltakene som ble iverksatt og evaluert på Stovner var implisitt basert på teorien om at økt tilgjengelighet medfører økt bruk: Dersom teststasjonen blir lettere tilgjengelig vil flere teste seg, og tilsvarende for utdeling av munnbind. Det er godt belegg, både teoretisk og erfaringsmessig, for at slike tilnærminger kan være effektive for å oppnå atferdsendring (Helsedirektoratet 2018). For enkelte grupper vil dette være særskilt viktig, for eksempel for personer med svake norsksferdigheter og/eller svake digitale ferdigheter. Brukertrafikktall for Oslo kommunes nettsider viser dessuten en betydelig skjevhet i hvem som benytter seg av kommunens nettsider med koronainformasjon. Tidligere undersøkelser viser også svakere helsekompetanse og digitale ferdigheter blant mange innvandrere (Le et al. 2021), og enkelte innvandrere kan ikke lese og skrive. Alternative måter å komme i dialog med disse personene vil derfor være avgjørende. Oppsøkende virksomhet for eksempel i form av dør-til-dør eller muntlig oppfordringer ute i bymiljøet kan derfor være nødvendig.

En nært beslekta strategi er såkalt dulting eller «nudging», som innebærer «å forenkle valgsituasjoner ved at mennesker dultes i en ønsket retning uten å gjøre veloverveide valg hvor selvkontroll og viljestyrke må benyttes» (Helsedirektoratet 2018). Dulting benyttes i markedsføring, i butikker og i økende grad på folkehelseområdet (Taylor et al. 2021). Utdeling av munnbind har elementer av et slikt tiltak, ved at tilgjengeligheten gjør at munnbindbruk fremstår som det enkleste alternativet. Samtidig er det også et tiltak som gjør et privatgode

gratis. For personer med lav betalingsvillighet grunnet liten tiltro til tiltaket eller trang økonomi kan kostnadsfriheten være den avgjørende faktoren. Vi vet lite om hvilken av disse effektene som er mest fremtredende.

Formålet, både med dør-til-dør-aksjonene og utdelingen av munnbind, var å legge til rette for etterlevelse av gjeldende smittevernregler og -råd. Antakelig var det allerede i utgangspunktet et visst sosialt press rundt testing og bruk av munnbind. Det å møte en person som oppfordrer til testing eller maskebruk kan ses på som en form for «nudging», iblandet et visst sosialt press. Det er grunn til å betvile at en kunne ha oppnådd samme virkningen ved å formidle informasjonen i postkassa, eller ved å la munnbind stå fritt tilgjengelig på et bord. På Stovner brukte en dessuten stort sett personer fra lokalmiljøet, noe som kan ha bidratt til å forsterke denne effekten.

Nye, effektive tiltak

Det er vanskelig å forutsi hvor godt et tiltak vil komme til å virke, og selv om en sørger for lokal forankring og kunnskap, og legger inn faktorer som økt tilgjengelighet eller et visst sosialt press, vil det fremdeles være usikkert om tiltaket vil få den ønskete effekt. Likevel mener vi dette er elementer en bør vurdere ved utforming av nye tiltak, og at erfaringene fra Stovner gir god støtte for dette.

Konklusjon

Undersøkelsene vi har gjennomført gir gode holdepunkter for at oppsøkende virksomhet, som dør-til-dør aksjoner og utdeling av munnbind, er en god måte å nå ut til befolkningen på for å oppnå økt etterlevelse av råd og regler om smittevern.

Hvordan sitere dette kapitlet:

Fretheim A, Elgersma I, Vinjerui KH, Flatø M, Indseth T (2021). Virkningene av tiltak rettet mot innvandrere, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Referanser

- Abaluck J, Kwong LH, Styczynski A, et al. Normalizing Community Mask-Wearing: A Cluster Randomized Trial in Bangladesh. Working Paper Series: National Bureau of Economic Research, 2021.
- Baker, Andrew, David F Larcker, and Charles CY Wang. 2021. "How Much Should We Trust Staggered Difference-In-Differences Estimates?" *Available at SSRN 3794018*.
- Betsch C, Korn L, Sprengholz P, et al. Social and behavioral consequences of mask policies during the COVID-19 pandemic. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2020;117(36):21851-53. doi: 10.1073/pnas.2011674117 [published Online First: 2020/08/21]
- Bjørnbæk M, Hussaini L, Fretheim A, (2021). Kartlegging av kommuners tiltak for å få innvandrere til å teste seg, En kvalitativ studie av et utvalg norske kommuner, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Brzezinski, Adam, Guido Deiana, Valentin Kecht, and David Van Dijcke. 2020. "The Covid-19 Pandemic: Government vs. Community Action across the United States." *Covid Economics: Vetted and Real-Time Papers* 7: 115–156.

- Capraro V, Barcelo H. Telling people to "rely on their reasoning" increases intentions to wear a face covering to slow down COVID-19 transmission. *Appl Cogn Psychol* 2021 doi: 10.1002/acp.3793 [published Online First: 2021/04/07]
- Carranza, Aldo, Marcel Goic, Eduardo Lara, Marcelo Olivares, Gabriel Y Weintraub, Julio Covarrubia, Cristian Escobedo, Natalia Jara, and Leonardo J Basso. 2020. "The Social Divide of Social Distancing: Lockdowns in Santiago during the Covid-19 Pandemic." *Available at SSRN 3691373*.
- Cengiz, Doruk, Arindrajit Dube, Attila Lindner, and Ben Zipperer. 2019. "The Effect of Minimum Wages on Low-Wage Jobs." *The Quarterly Journal of Economics* 134 (3): 1405–1454.
- Chen, M Keith, Yilin Zhuo, Malena de la Fuente, Ryne Rohla, and Elisa F Long. 2020. "Causal Estimation of Stay-at-Home Orders on Sars-Cov-2 Transmission." *ArXiv Preprint ArXiv:2005.05469*.
- Dave, Dhaval, Andrew I Friedson, Kyutaro Matsuzawa, and Joseph J Sabia. 2021. "When Do Shelter-in-Place Orders Fight COVID-19 Best? Policy Heterogeneity across States and Adoption Time." *Economic Inquiry* 59 (1): 29–52.
- Fretheim, A. 2021 COVID-19: underpowered randomised trials, or no randomised trials?. *Trials* 22, 234 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05209-5>
- Goolsbee, Austan, and Chad Syverson. 2021. "Fear, Lockdown, and Diversion: Comparing Drivers of Pandemic Economic Decline 2020." *Journal of Public Economics* 193: 104311.
- Goolsbee, Austan, Nicole Bei Luo, Roxanne Nesbitt, and Chad Syverson. 2020. "Covid-19 Lockdown Policies at the State and Local Level." *University of Chicago, Becker Friedman Institute for Economics Working Paper*, no. 2020–116.
- Helsedirektoratet 2018. [Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen](#). Oslo.
- Le C, Finbråthen HS, Pettersen KS, Gutterrud Ø
2021. Helsekompetansen i fem utvalgte innvanderpopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam, Befolkningens helsekompetanse del 2, Helsedirektoratet rapport IS-2988
- Majid, S 2021. [En rapport fra «episenteret»](#), kommentar, VG 11. Mars 2021
- O'Mara-Eves, A., Brunton, G., Oliver, S. *et al.* The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health* 15, 129 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1352-y>
- Sears, James, J Miguel Villas-Boas, Vasco Villas-Boas, and Sofia Berto Villas-Boas. 2020. "Are We# Stayinghome to Flatten the Curve?" *MedRxiv* 5.
- Spilker 2021 FHI Notat: Erfaringer fra Dialogmøter i forbindelse med koronapandemien
- Taylor S, Asmundson GJG (2021) Negative attitudes about facemasks during the COVID-19 pandemic: The dual importance of perceived ineffectiveness and psychological reactance. *PLOS ONE* 16(2): e0246317.
- WHO 2020. [Mask use in the context of Covid-19](#), Interim guidance

Kapittel 10

Implementering og effekter av lokale tiltak: forskjeller etter fødeland

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

Personer som er født i utlandet, har vesentlig høyere forekomst av covid-19, legges oftere inn på sykehus, og mottar oftere respiratorbehandling, sammenlignet med personer som er født i Norge. Vi vet fortsatt lite om årsakene til disse forskjellene. En mulig forklaring på denne overrepresentasjonen er at smitteverntiltak treffer utenlandsfødte dårligere enn norskfødte. I dette kapitlet undersøker vi sammenhenger mellom innføring av lokale smitteverntiltak og covid-19 utfall for innvandrere og norskfødte.

I utgangspunktet er det flere mulige årsaker til at effekten av smitteverntiltak kan variere mellom innvandrere og norskfødte. Språkbarrierer kan gjøre det vanskelig å ta til seg informasjon om hvilke tiltak som til enhver tid gjelder, særlig i situasjoner der reglene endrer seg fort. Sosiale og kulturelle faktorer kan også utgjøre en barriere med tanke på etterlevelse, for eksempel vil en forventning om å opprettholde sosial kontakt i storfamilier gjøre det vanskelig å følge anbefalinger om å begrense sosial kontakt på tvers av husholdninger. Sosioøkonomiske forskjeller kan også påvirke etterlevelse. Det kan også være færre innvandrere som har muligheten til å ha hjemmekontor og flere som er avhengige av å benytte kollektivtransport for å komme på jobb.

En rekke internasjonale studier har undersøkt effekter av lokale og regionale smitteverntiltak (se for eksempel Dave et al. 2021; Goolsbee et al. 2020; Goolsbee and Syverson 2021; Sears et al. 2020). Funnene er til dels blandet: mens flere studier finner at tiltak reduserer smitte, viser samtidig andre studier at høye smittetall i seg selv kan utløse endringer i atferd, også uten lokale smitteverntiltak (Alexander et al., 2021; Cronin et al., 2020; Courtemanche et al., 2020; Goolsbee et al., 2021). Flere av disse studiene er fra USA, der langt flere mennesker har blitt smittet og dødd av covid-19. Disse studiene vil dermed kunne ha begrenset overføringsverdi til Norge.

Det er gjort mindre forskning på hvordan smitteverntiltak slår ut for ulike sosioøkonomiske og demografiske grupper. I en studie fra Santiago i Chile fant man at de som bor i fattigere deler av byen, i mindre grad tilpasset seg smitteverntiltakene enn de som bor i de rikere bydelene (Carranza et al. 2021). Forfatterne argumenterer for at grunnen til at de ser mindre etterlevelse blant de som bor i fattigere bydeler, er at de i mindre grad kan jobbe hjemmefra og at de fleste reiser de foretar seg er nødvendige reiser. Tilsvarende resultater er også funnet i USA (Brzezinski et al. 2020). Videre viser flere studier fra USA at politisk overbevisning er viktig for hvordan folk tilpasser seg pandemien og smitteverntiltak (Chen et al. 2020; Brzezinski et al. 2020).

Data og metode

I april 2020 etablerte FHI et beredskapsregister, kalt BeredtC19, for å hurtig kunne skaffe kunnskap til håndtering av pandemien. Registeret inkluderer blant annet opplysninger fra MSIS (Meldingssystem for smittsomme sykdommer)/laboratoriedatabasen, Folkeregisteret, og grunnlagsdata for Norsk Pasientregister (NPR).

Vi benytter data fra BeredtC19 til å konstruere et datasett på kommune-dag nivå. Datasettet inneholder følgende variabler: tester, bekreftet smitte, og innleggelser (per 100,000 innbyggere), og befolkning. For alle tre utfallene er tidfestingen basert på dato hvor prøven ble tatt, det vil si at vi for innleggelser legger til grunn prøvedato, og ikke innleggelsesdato (som kan komme både før eller senere). Disse ratene er beregnet for befolkningen samlet, samt for utenlandsfødte og norskfødte hver for seg.

Det finnes lite samordnet informasjon om lokale tiltak i offentlige kilder. I disse analysene benytter vi data for lokale tiltak som er samlet inn av VG. Disse dataene dekker perioden fra 19. november til 27. april, og inkluderer informasjon om type tiltak: påbud, forbud, stenging, fraråding og anbefaling. I denne analysen fokuserer vi på de tre førstnevnte: påbud, forbud og stenging.

Både lokale og nasjonale tiltak henger tett sammen med smittenivået. Ofte vil det være slik at det iverksettes tiltak når smitten er på vei opp, og at smitten deretter faller en viss tid (noen dager) etter tiltaket. Når smitten og tiltakene henger så tett sammen, kan det være vanskelig å peke presist på årsak og virkning, det man i statistiske analyser kaller kausalitet.

I våre analyser definerer vi kausaleffekter av smitteverntiltak som forskjeller mellom de faktiske utfallene etter at smitteverntiltakene ble innført, og de kontrafaktiske utfallene. Med kontrafaktiske utfall mener vi her hvordan testing, smitte og innleggelse ville ha utviklet seg dersom tiltakene ikke hadde blitt innført. Kausaleffekten definert på denne måten vil fange opp reduksjoner som følge av pålagte atferdsendringer som er direkte knyttet til tiltaket. Effekten av tiltak kan i tillegg inkludere ytterligere reduksjoner i smittenivå som oppstår idet befolkningen i kommunen forstår tiltaket som et signal om høyt smittenivå, og dermed frivillig reduserer sosial kontakt for å unngå smitte.

Det grunnleggende problemet vårt, er at vi ikke observerer de kontrafaktiske utfallene i tiltakskommunene. Vi vet altså ikke hvordan smittetalene ville utviklet seg dersom tiltakene ikke hadde blitt innført. Det vi imidlertid kan observere, er utviklingen i kommuner vi kan sammenligne tiltakskommunene med. Denne metoden kalles forskjeller i forskjeller ("difference in differences"), og hviler på en antagelse om parallelle trender. Denne antagelsen innebærer at smittetrykket i tiltakskommunene ville utviklet seg parallelt med smittetrykket i sammenligningskommunene dersom tiltaket ikke ble innført. Utviklingen i sammenligningskommunene kan i så fall brukes til å estimere de kontrafaktiske utfallene, og en forskjeller i forskjeller-modell vil estimere kausaleffekten av tiltakene.

I våre analyser fokuserer vi på innføring av nye tiltak, det vil si tiltak som innføres minst fire uker etter foregående tiltak. Denne definisjonen gir oss 276 «nye» tiltak. For hver av disse hendelsene konstruerer vi en gruppe sammenligningskommuner som ikke innførte tiltak i et +/- fire ukers vindu rundt datoen tiltaket ble innført.

I en slik analyse vil definisjonen av sammenligningskommunene være et viktig spørsmål. Vi vurderer to alternativer: (1) alle kommuner i Norge som ikke innfører tiltak, (2) nabokommuner, definert som tilgrensende kommuner, som ikke innfører tiltak. Begge definisjonene har fordeler og ulemper. Når vi sammenligner med kommuner som ligger langt unna, vil det kunne være større forskjeller i underliggende smittetrender. Dette vil utgjøre en mulig feilkilde i våre modeller. For nabokommuner vil det derimot kunne oppstå spillovereffekter, dersom innbyggerne i nabokommunene blir påvirket av tiltakene. Slike spillovereffekter kan i prinsippet gå begge veier: for eksempel vil stenging av forretninger kunne føre til redusert mobilitet ved at folk i nabokommunen avlyser handleturen til tiltakskommunen, men det kan også tenkes at personer bosatt i tiltakskommunen legger handleturen til nabokommunen, slik at smittetrykket i nabokommunen øker. Eventuelle spillovereffekter vil igjen kunne utgjøre en mulig feilkilde i våre modeller.

Vi begynner våre empiriske analyser med å beregne gjennomsnittlige rater for testing, insidens og innleggelser i tiltakskommuner og sammenligningskommuner. Videre estimerer vi følgende event study regresjonsmodell (Cengiz et al. 2019; Baker, Larcker, and Wang 2021).

$$y_{its} = \theta_{is} + \theta_{ts} + \sum_{k=-4, k \neq -1}^4 \pi_{k(its)} \rho^k + \varepsilon_{its} \quad (1)$$

Her er y_{its} utfall i kommune i , dag t , hendelse s . θ_{is} og θ_{ts} er hendelses-spesifikke faste effekter for kommune og dato. Variablene $\pi_{k(its)}$ er et sett med binære variabler som indikerer hvor mange uker som har gått siden tiltaket ble innført:

$$\pi_{k(its)} = 1(t - t_s^* \in [k \times 7, k \times 7 + 6])$$

Vi setter den siste syvdagers-perioden før innføringen av tiltaket som referansekategori. For $k < -1$ vil koeffisientene ρ^k fange opp pre-trender, det vil si systematiske endringer i utfall i tiltakskommunene og sammenligningskommunene i ukene før tiltaket innføres. De estimerte pre-trendene vil være viktige for å vurdere hvor sannsynlig det er at antagelsen om parallelle trender holder. Koeffisientene ρ^k for $k > 0$ fanger opp forskjeller i endringer av utfallene i ukene etter at tiltaket innføres.

Et viktig spørsmål er hvor raskt vi vil kunne forvente å se effekter av tiltak. Selv om endringer i atferd vil kunne skje umiddelbart etter innføring av tiltak, vil det kunne ta tid før dette viser seg i lavere smittetall. Median inkubasjonstid for covid-19 er estimert til omtrent 5 dager. Vi forventer derfor at en eventuell reduksjon i smitte primært vil vise seg i de tre siste ukene i event-vinduet vårt. For å sammenfatte modellene estimerer vi følgende regresjonsligning, der vi grupperer event-tid-koeffisientene for pre-perioden ($k < -1$), innføringsuken ($k = 0$), og post-perioden ($k > 0$):

$$y_{its} = \theta_{is} + \theta_{ts} + \pi_{\text{PRE}(its)} \rho^{\text{PRE}} + \pi_{\text{INNFØRING}(its)} \rho^{\text{INNFØRING}} + \pi_{\text{POST}(its)} \rho^{\text{POST}} + \varepsilon_{its} \quad (2)$$

Ligning (1) og (2) estimeres med minste kvadraters metode, standardfeilene klustres på kommunenivå, og observasjoner vektet med befolkningen i hver kommune.

Resultater

Figur 1 viser trender i testing, smitte og innleggelser i tiltakskommuner og sammenligningskommuner, for personer født i Norge og personer født i utlandet. Norskfødte og utenlandsfødte har lignende nivåer for testing, men utenlandsfødte har høyere insidens (forekomst av smitte) og flere innleggelser sammenlignet med norskfødte. Dette gjelder både i tiltakskommunene og sammenligningskommunene.

Fire uker før innføring av tiltak, ligger nivået for testing, smitte og innleggelser i tiltakskommunene på nivå med nabokommunene. I de fire ukene som leder opp til innføringen av tiltakene, ser vi imidlertid en økende trend i tiltakskommunene, relativt til sammenligningskommunene. Antallet som tester seg øker også i innføringsuken, mens smittetall og innleggelser holder seg på samme nivå. Alle viser imidlertid en fallende trend uken etter. Dette gjelder både norskfødte og utenlandsfødte.

Figur 2 viser de estimerte event study-modellene, for norskfødte og utenlandsfødte separat. Vi ser en signifikant økende pre-trend i testing, for både norskfødte og utenlandsfødte. Event-tid-koeffisientene for testing når et toppunkt i uke 0 (innføringsuken). Fra uke 1-3 faller testraten igjen, men forblir på et høyere nivå enn ved starten av event-vinduet.

For insidens finner vi også signifikant økende pre-trender, samt et toppunkt i innføringsuken. Event-tid-koeffisientene faller også skarpt fra uke 1, og holder seg lave ut uke 3. Det at testnivået holder seg høyt er relevant for å tolke reduksjonen i insidens: det at vi ikke finner et fall i testing, tyder på at lavere insidens skyldes en reell smittereduksjon, heller enn endring i testatferd.

For innleggelser er bildet mer uklart. Blant norskfødte, tyder resultatene på en svak nedgang. Blant utenlandsfødte kan vi vanskelig trekke noen konklusjoner om effekten på innleggelser rundt innføringen av tiltakene. Det er langt flere som tester seg eller blir smittet, sammenlignet med antallet som blir innlagt. Usikkerheten rundt disse estimatene, reflekteres i bredden på konfidensintervallene. Breddere konfidensintervall tyder på større statistisk usikkerhet.

Event study-modellene for testing og innleggelser følger et lignende mønster for norsk- og utenlandsfødte. Både pre-trender og endringer etter innføringen av tiltak er større i absoluttverdi for utenlandsfødte. Dette kan sees i sammenheng med høyere baseline rater i denne gruppen.

Tabell 1 sammenfatter resultatene fra event study spesifikasjonen fra ligning (2). I denne tabellen rapporterer vi også gjennomsnittverdien for utfallene (daglig rate tester/insidens/smitte per 100,000) for utenlandsfødte og norskfødte i tiltakskommunene i pre-perioden. Disse tallene gjør det mulig å skalere estimatene slik at vi også kan sammenligne relative endringer mellom grupper.

For testing er pre-trenden og hoppet i innføringsuken statistisk signifikante for befolkningen samlet, samt i begge fødelandsgruppene. Det vil si at nivået for testing i referanseuken, er signifikant høyere enn de foregående ukene. Reduksjonen i testing i uke 1-3 derimot, er ikke signifikant forskjellig fra nivået i innføringsuken.

For insidens finner vi også statistisk signifikante pre-trender. Det vil si at insidensen i referanseuken er høyere enn i ukene før. For uke 1-3 finner vi en statistisk signifikant reduksjon i insidens for både befolkningen under ett, samt for norskfødte og utenlandsfødte hver for seg. Konsistent med resultatene i figur 2 finner vi at den absolutte nedgangen i smittetallene er størst

for utenlandsfødte: 3.8 vs 2.3 færre smittet per 100,000 innbyggere/dag. Denne sammenligningen tar imidlertid ikke høyde for at utenlandsfødte har høyere insidens i utgangspunktet. Når vi deler estimatene på gjennomsnittlig insidens i ukene før innføring, finner vi en 35% reduksjon i for norskfødte, og en 26% reduksjon for utenlandsfødte. Med andre ord er den relative reduksjonen i påvist smitte størst for norskfødte. Den statistiske presisjonen til estimatene er ikke tilstrekkelig til å fastslå at noen av disse forskjellene er statistisk signifikante.

Diskusjon

Analysen har en rekke begrensninger som gjør det vanskelig å tallfeste nøyaktig hvor mye lokale smitteverntiltak bidrar til å redusere forekomsten av covid-19. Først, og mest grunnleggende, er det at tiltakene innføres som en reaksjon på stigende lokale smittetrender. Dersom antagelsen om parallelle trender ikke holder, vil en forskjell i forskjell-modell generelt ikke avdekke kausaleffekten. Det at vi finner en stigende pre-trend i smittenivået, kan tyde på at parallelle trender ikke holder. Økende pre-trender kan tyde på at smittetrykket i tiltakskommunene ville fortsatt å øke relativt til sammenligningskommunene, dersom tiltakene ikke ville blitt innført. I så fall vil estimatene i tabell 1 underestimere de faktiske kausaleffektene av smitteverntiltak på smitte.

Vi kan ikke skille mellom smittereduksjon som kommer som følge av tiltaket, og fallende smitte som følger av at innbyggerne frivillig reduserer sosiale interaksjoner som en reaksjon på høyere smittenivå, for å unngå å bli smittet. Stigende smittetall vil i seg selv kunne ha en effekt på atferd, dersom folk frivillig reduserer sosial kontakt i et forsøk på å unngå smitte.

Ettersom vi mangler data på mobilitet etter fødeland, har vi ikke mulighet til å se på etterlevelse direkte. Det at vi finner lignende reduksjoner i smitte mellom utenlandsfødte og norskfødte betyr ikke at etterlevelsen av tiltak er lik, dersom sammenhengen mellom etterlevelse og smitte varierer etter landbakgrunn.

Konklusjon

Gjennom pandemien har det vært foreslått at språkbarrierer, samt økonomiske, sosiale og kulturelle faktorer, kan gjøre at smitteverntiltak ikke når innvandrerbefolkningen i samme grad som norskfødte uten innvandrerbakgrunn. Våre analyser avdekker at utviklingen i smittetall rundt innføringen av lokale tiltak ser forholdsvis lik ut for utenlandsfødte og norskfødte. Vi finner et mønster der lokale tiltak innføres etter en periode med økende påvist smitte; smitten faller deretter i ukene som følger innføringen av tiltaket. Denne reduksjonen er i samme størrelsesorden for norskfødte og utenlandsfødte: I absoluttverdi er reduksjonen noe større for utenlandsfødte, mens den relative reduksjonen i insidens sett i forhold til baseline insidens er noe større for norskfødte. Resultatene tyder på at lokale smitteverntiltak kan være effektive i å bremse og reversere økende smittetrender for både norskfødte og utenlandsfødte.

Disse funnene er relevante for debatten rundt årsakene til de høye smittetallene blant utenlandsfødte i Norge. Når vi finner at reduksjonene i påvist smitte er omtrent like store for utenlandsfødte og norskfødte, kan det tyde på at etterlevelsen er relativt lik for begge gruppene. Systematiske forskjeller i livssituasjon, som for eksempel forskjeller i familiestruktur og husholdningsstørrelse, kan gjøre at de samme tiltakene treffer utenlandsfødte annerledes enn norskfødte. Funnene våre kan imidlertid tyde på at tiltakene jevnt over treffer både norskfødte og utenlandsfødte noenlunde likt.

Hvordan sitere dette kapitlet:

Godøy A, Grøtting MW, Hernæs K (2021). Implementering og effekter av lokale tiltak: forskjeller etter fødeland, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Referanser

- Baker, Andrew, David F Larcker, and Charles CY Wang. 2021. "How Much Should We Trust Staggered Difference-In-Differences Estimates?" Available at SSRN 3794018.
- Brzezinski, Adam, Guido Deiana, Valentin Kecht, and David Van Dijke. 2020. "The Covid-19 Pandemic: Government vs. Community Action across the United States." Covid Economics: Vetted and Real-Time Papers 7: 115–156.
- Carranza, Aldo, Marcel Goic, Eduardo Lara, Marcelo Olivares, Gabriel Y Weintraub, Julio Covarrubia, Cristian Escobedo, Natalia Jara, and Leonardo J Basso. 2020. "The Social Divide of Social Distancing: Lockdowns in Santiago during the Covid-19 Pandemic." Available at SSRN 3691373.
- Cengiz, Doruk, Arindrajit Dube, Attila Lindner, and Ben Zipperer. 2019. "The Effect of Minimum Wages on Low-Wage Jobs." The Quarterly Journal of Economics 134 (3): 1405–1454.
- Chen, M Keith, Yilin Zhuo, Malena de la Fuente, Ryne Rohla, and Elisa F Long. 2020. "Causal Estimation of Stay-at-Home Orders on Sars-Cov-2 Transmission." ArXiv Preprint ArXiv:2005.05469.
- Dave, Dhaval, Andrew I Friedson, Kyutaro Matsuzawa, and Joseph J Sabia. 2021. "When Do Shelter-in-Place Orders Fight COVID-19 Best? Policy Heterogeneity across States and Adoption Time." Economic Inquiry 59 (1): 29–52.
- Goolsbee, Austan, Nicole Bei Luo, Roxanne Nesbitt, and Chad Syverson. 2020. "Covid-19 Lockdown Policies at the State and Local Level." University of Chicago, Becker Friedman Institute for Economics Working Paper, no. 2020–116.
- Goolsbee, Austan, and Chad Syverson. 2021. "Fear, Lockdown, and Diversion: Comparing Drivers of Pandemic Economic Decline 2020." Journal of Public Economics 193: 104311.
- Sears, James, J Miguel Villas-Boas, Vasco Villas-Boas, and Sofia Berto Villas-Boas. 2020. "Are We# Stayinghome to Flatten the Curve?" MedRxiv 5.

Kapittel 11

Innreisetiltak og innreise etter landbakgrunn

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

Sammendrag

Fra siste halvdel av mars 2021 har det vært krav om karantenehotell ved innreise til Norge. I tillegg til ulempen oppholdet på hotellet medfører, har reisende selv måttet dekke deler av kostnadene, noe som har betydd en betydelig ekstrakostnad ved reiser. I dette kapittelet undersøker vi om det er tegn til at slike tiltak har påvirket reiseaktiviteten etter landbakgrunn våren 2021.

Tall fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskaps (DSB) innreiseregister tyder på at reiseaktiviteten falt betydelig fra slutten av mars og frem til juni, da denne studien ble slutført. Dette gjelder særlig innreisende fra Vest-Asia, som for eksempel Pakistan og Tyrkia. Det er også tegn til fall, særlig i april og mai, for innreisende fra Litauen, Russland og Polen. Dataene tyder på at de som reiser inn til Norge fra disse avreiselandene i stor grad er født i avreiselandet.

Mer enn 90 prosent av de innreisende med identifikasjonsnummer som er født utenfor Norge, tester seg innen 10 dager. For innreisende født i Norge, Sverige og Finland ligger andelen under 80 prosent. Fram til midten av april testet en høy andel positivt av de innreisende som var født i India og Pakistan. Høyt smittenivå i utlandet kan, i tillegg til kravene om hotellkarantene og økt mediafokus, ha bidratt til å redusere reiseaktiviteten.

Innreiseregisteret gir ikke full informasjon om alle reiser til Norge i perioden. Ikke alle reisende har registreringsplikt, og mange av de registrerte reisene kan ikke kobles til andre datakilder som folkeregisteret og data om testing og påviste tilfeller. Vi bruker likevel disse dataene til å telle opp innreisende per uke etter avreiseland, fødeland og testresultat og testutfall, da disse dataene er det mest komplette grunnlaget for overvåking av reiseaktivitet til Norge.

Innledning

I Norge har innvandrere vært svært hardt rammet under pandemien. Både andelen med påvist smitte, andelen innlagt på sykehus og andelen døde er høyere i denne gruppen enn den øvrige befolkningen (Indseth et al. 2020a,b,c; Indseth et al. 2021a,b,c,d; Telle et al. 2021; Labberton et al. 2021). Eksempelvis var det 9 ganger så mange smittetilfeller og 24 ganger så mange sykehusinnleggelser med covid-19 blant nordmenn født i Pakistan som blant nordmenn født i Norge i perioden 15. juni 2020 – 31. mars 2021 (ujusterte tall, tabell 1, i Indseth et al. 2021d). Mye tyder på at det også har vært overdødelighet (Indseth et al. 2021c og Telle et al. 2021). Selv om noe av overrepresentasjonen kan forklares med sosioøkonomiske forhold, er det fremdeles mye vi ikke vet om hvorfor innvandrere har blitt så hardt rammet (Indseth et al. 2021d).

Innvandrere har generelt sterkere bånd til andre land enn norskfødte nordmenn. Mange har familie i sitt opprinnelsesland, og dermed behov for å være til stede ved for eksempel alvorlig sykdom eller død. Noen har også eiendom utenfor Norge. En undersøkelse viser for eksempel at 22 prosent av pakistanske innvandrere i Norge har eiendom i Pakistan (Vrålstad og Wiggen 2016). I tillegg har mange innvandrere familie og venner i andre europeiske land.

I denne artikkelen undersøker vi hvordan noen av tiltakene innført for å hindre importsmitte har påvirket reiseaktiviteten. Vi forsøker å spore om volumet av reisende og andelen som har testet seg har endret seg i tiden etter innføring av noen tiltak våren 2021. I tillegg beskriver vi datakildene som står til disposisjon. Dette er datakilder som er beheftet med stor usikkerhet, da vi ikke vet så mye om hvem som dekkes eller hva datakildene egentlig måler. Hoved-datakilden er innreiseregisteret i Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). Reisende til Norge fra områder med karanteneplikt er pliktige til å registrere hvor de reiser fra og hvordan karantene etter innreise skal gjennomføres, i innreiseregisteret. Det digitale reiseregisteret, som erstattet den midlertidige, papirbaserte løsningen, ble etablert 2. januar 2021. Vi vet ikke så mye om hvem som faktisk oppgir informasjonen, og om informasjonen som oppgis faktisk er korrekt, og om reisen er gjennomført.

Vi starter med å beskrive reiserestriksjonene kort, dvs. Utenriksdepartementets reiseråd som regulerer reise til og fra utlandet for norske borgere og personer bosatt i Norge, innreiserestriksjonene som regulerer innreise til Norge for utenlandske borgere som ikke er bosatt i Norge, samt tiltakskjeden etter ankomst (testing, karantene inkl. karantenehotell). Deretter beskriver vi datakildene og hva opplysningene sier om innreise fra ulike avreiseland og etter bosatte personers fødeland. Til sist ser vi eventuelle endringer i tall for innreise i sammenheng med tidspunkt for endringer i reiserestriksjonene i et forsøk på å belyse om endringer i reiserestriksjonene kan ha påvirket reisemønstrene for ulike grupper.

Reiseregler

Hvilke reiseregler som gjelder for den enkelte reisende, har gjennom pandemien vært betinget av reisens formål, den reisendes tilknytning til Norge og avreiselandet. Her beskriver de viktigste endringer i reisereglene fra starten av pandemien fram til slutten av mai 2021.

Siden starten av pandemien har det i Norge vært krav om karantene etter opphold i såkalte *røde* (eller *rødt-skraverte*) land. De aller fleste land i verden har vært røde siden høsten 2020, kun enkelte regioner i Finland, Island, Færøyene, Grønland har periodevis hatt lav smitte (*gule* områder) og vært unntatt karanteneplikt. I tillegg har det vært enkelte unntak i karanteneplikten for arbeidsreisende og reisende med spesielle formål.⁵

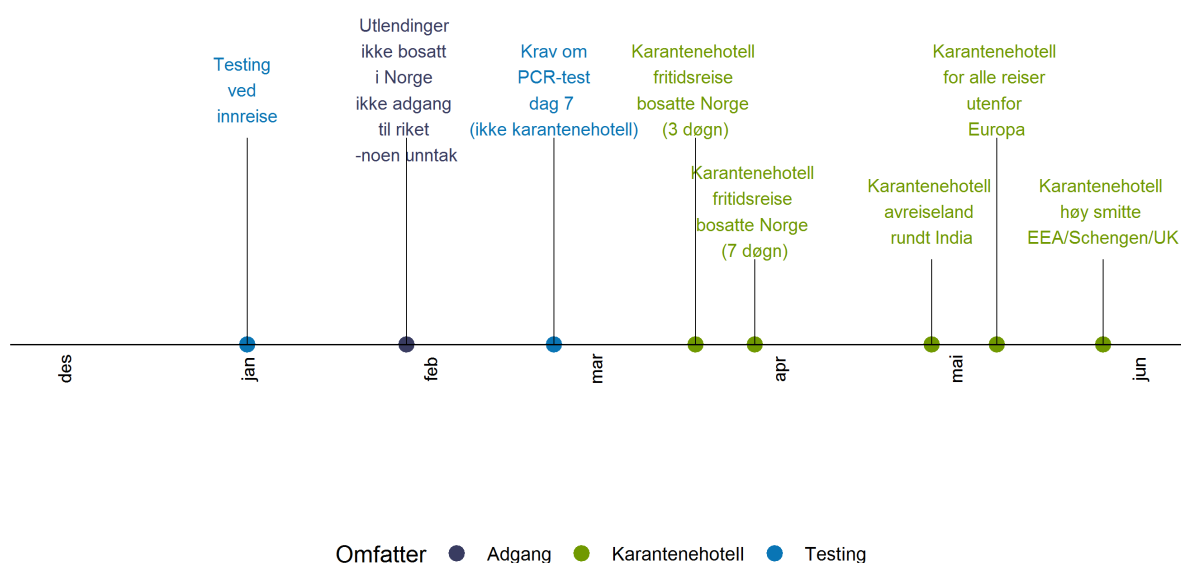
Etter opphold i røde land har det vært krav om innreisekarantene i 10 døgn. Fra 9. november 2020 måtte reisende fra røde land fremvise attest på negativ covid-19-test da de ankom Norge.

⁵ I midten av mars 2020 ble bortvisningsforskriften vedtatt, hvilket gjorde det svært vanskelig for utlendinger som ikke var bosatt i Norge, å reise inn i landet. Utover våren og høsten 2020 ble det vedtatt gradvise lettelsener i innreiserestriksjonene, før regjeringen på nytt 29. januar 2021 strammet kraftig inn på ikke-bosattes adgang til Norge. Dette førte blant annet til at en del gjestearbeidere og utenlandske familiemedlemmer ikke lenger kunne reise inn i landet. Fra 20. februar 2021 har det blitt lempet på innreiserestriksjonene for enkelte arbeidsreisende.

Fra 2. januar 2021 ble det innført obligatorisk testing ved innreise, og obligatorisk testing 7 døgn etter ankomst ble innført 28. april 2021.

Karantenehotellordningen ble etablert november 2020 med hensikt å redusere smittespredning etter innreise. Opprinnelig var personer bosatt i Norge og personer som eier bolig i Norge unntatt plikten til å gjennomføre karantenetiden på karantenehotell. Arbeidsreisende var også unntatt denne plikten dersom arbeidsgiver sørget for egnet oppholdssted med enerom. Våren 2021 ble ordningen gradvis utvidet. Den 19. mars endret regjeringen reglene for karantenehotell til at alle tilreisende til Norge, også de som var bosatt i Norge, pliktet å gjennomføre karantene på karantenehotell. Det var frem til månedsskiftet april-mai 2021 et unntak fra karantenehotell for reisende som hadde vært på såkalte *nødvendige* reiser som f.eks. arbeidsreiser eller begravelser. På grunn av en kraftig økning i andelen reisende som testet positivt fra det indiske subkontinentet og bekymring knyttet til import av delta-varianten, pliktet alle reisende fra Bangladesh, India, Irak, Nepal og Pakistan å gjennomføre karantene på karantenehotell fra 28. april. Den 9. mai ble denne plikten utvidet til alle reisende fra alle land utenfor EU/EØS og Storbritannia, og fra 27. mai ble også reisende fra europeiske land med høy smitteforekomst omfattet av plikten.

Vi forventer særlig å se en nedgang i utenlandsreiser fra land med mange innvandrere i Norge, særlig i Vest-Asia, noen uker etter 19. mars, og ytterligere nedgang som følge av innstramningene for innreiser fra det indiske subkontinentet 28. april. Tilsvarende forventer vi å se et fall etter at kravet om karantenehotell for alle reiser utenfor Europa ble innført 9. mai. Kostnadene ved karantenehotell måtte delvis dekkes av den innreisende selv. Det innebar at mange utenlandsreiser etter 19. mars 2021, og alle reiser fra det indiske subkontinentet etter 28. april, i realiteten ble betydelig dyrere fordi karantenehotell i 10 dager kom på toppen av vanlige reisekostnader. Økt reisekostnader kommer i tillegg til den ulempen det å tilbringe 10 dager utenfor eget hjem medfører de reisende. Det er derfor grunn til å tro at disse regelendringene har hatt innvirkning på insentivene til å foreta reiser.



For hele perioden vi har sett på har det vært drevet informasjonskampanjer der hensikten har vært å informere om reisebestemmelsene og opplyse om at myndighetene fraråder reiser.

Enkelte av disse kampanjene har vært målrettet mot ulike deler av innvandrerbefolkningene. Blant annet har annonsemålretting i sosiale medier etter språkinnstillinger og søkehistorikk som indikerer planer om utenlandsreiser vært tatt i bruk.

Data

Det finnes ikke fullstendige data over hvordan smitte fra utlandet bringes inn i Norge. To av de beste kildene, som begge er beheftet med store svakheter, er DSBs innreiseregistreringssystem (IRRS) og testing for covid-19 på grenseteststasjoner i MSIS-laboratoriedatabasen. Begge kildene har vært tilgjengelige for oss i FHIs beredskapsregister [BeredtC19](#), der opplysningene også kan kobles til annen informasjon på individnivå dersom de reisende har registrert fødselsnummer eller d-nummer.

I IRRS er det den reisende selv som registrerer informasjon om reisen, men ikke alle reisende har registreringsplikt. Kun reisende fra land/områder med karanteneplikt må registrere seg før de krysser grensen, og det er også reisende som er unntatt registreringsplikten, uavhengig av avreiseland/område. For registreringspliktige reiser er det også feilkilder. Fram til uke 23 var det ingen validering av hvorvidt de registrerte reisene faktisk ble foretatt. Selv om det i stor grad sjekkes på grensen, er det også usikkert om alle reiser med registreringsplikt er registrert. Videre er analyser knyttet til fødeland kun mulig å gjennomføre for reisende som har oppgitt gyldig identifikasjonsnummer (fødselsnummer eller d-nummer, dvs. er bosatt/statsborger eller har midlertidig opphold i Norge). Andelen registrerte reiser med identifikasjonsnummer som kan kobles til Folkeregisteret har ligget stabilt på i overkant av 40 prosent fram til slutten av mai 2021. Den resterende andelen kan være reisende uten fødsels- eller d-nummer, eller reisende med slike nummer som har oppgitt feil informasjon. Restriksjonene denne våren har gitt utlendinger uten opphold i Norge liten anledning til å reise inn i landet. Dette gir grunn til å tro at det er et begrenset antall innreisende som ikke har gyldig identifikasjonsnummer.

IRRS ble tatt inn i FHIs beredskapsregister 25. februar, men fram til slutten av mai ble ikke-anonyme data slettet etter 20 dager og kun aggregerte anonyme data beholdt (ikke-anonyme data fra og med 12. mai blir beholdt på linje med andre opplysninger i BeredtC19, i form av aidentifiserte personopplysninger). I tillegg har vi tilgang til alle registreringer i IRRS uten personopplysninger, som muliggjør det å produsere statistikk på reiser foretatt før 25. februar, men det er ikke mulig å fjerne duplikater eller feilregistreringer fra disse dataene. Statistikk blir hver uke gjort tilgjengelig i ukesrapportene og i eget notat som er offentliggjort på Helsedirektoratets nettsider (Folkehelseinstituttet 2021a, 2021b). Dette inkluderer også oppdaterte tall for innreise og påvist smitte innen 10 dager etter innreise som nå gjøres tilgjengelig i ukesrapporten aggregert etter avreiseverdensdel.

Den andre kilden er testing for SARS-CoV-2 på grenseteststasjoner i MSIS-laboratoriedatabasen. Fra 2. januar 2021 ble det innført obligatorisk testing ved innreise, og FHI har identifisert teststasjonene som benyttes til slik obligatorisk testing. Vi vet derfor hvem som er testet på disse stasjonene (fordi vi har identifikasjonsnummer for dem), men vi kan ikke være sikre på at alle som reiser inn på disse stasjonene faktisk blir testet. Det vil også være noen som ikke har identifikasjonsnummer, eksempelvis alle som ikke har eller har hatt fast eller midlertidig opphold i Norge. Det kan tenkes at enkelte kommuner benytter grenseteststasjonene til vanlig testing av innbyggerne, og i så fall vil ikke alle som er testet på disse stasjonene faktisk ha vært på reise.

I dette kapittelet har vi i all hovedsak basert oss på data fra IRRS, og i de tilfellene der vi har benyttet data fra teststasjonene (kun i vedlegg) er det eksplisitt angitt. For personer som har registrert gyldig identifikasjonsnummer (f- eller d-nummer) har vi i BeredtC19 kunnet koble med opplysninger fra Folkeregisteret om fødeland og bostedskommune, samt med opplysninger i MSIS/labdatabasen om testing for SARS-CoV-2 og testresultat (PCR og antigenester).

Resultater

Vi skiller i resultatene mellom antall innreisende og antall registrerte reiser. Antall innreisende eller reisende er definert som antall unike personer reiser i løpet av en uke, uavhengig av om en person har reist én eller flere ganger. Antall reiser viser til hvor mange reiser som er registrert per uke.

Utviklingen i antallet reiser og antall reisende

Figur 1 viser det totale antallet unike reisende per uke siden FHI startet å publisere slike tall i sine ukerapporter (Folkehelseinstituttet 2021a). Antallet innreisende har steget fra drøyt 20 000 i uke 10 til oppunder 40 000 i uke 21. Andelen av de innreisende som tester positivt innen 10 dager har falt gradvis fra rundt 0,8 prosent frem til midten av april, til under 0,3 prosent fra midten av mai.

I tillegg til å måle reiseaktivitet ved antall reisende, kan vi også måle antall reiser. For hver uke vil antall reiser være høyere enn antall reisende, fordi mange av de reisende er pendlere eller yrkessjåfører som krysser grensene flere ganger i løpet av en uke.

Figur 2 viser det ukentlige antallet registrerte reiser i IRRS siden oppstarten av registeret 2. januar fordelt på avreiseverdensdel. Asia er her delt i to, Øst-Asia inkluderer land som Bangladesh, India, Kina og Sri Lanka, mens Vest-Asia inkluderer land som Armenia, Aserbajdsjan, Afghanistan, De forente arabiske emirater og Pakistan (jf. inndelingen Nilsen et al. 2020). Det har vært flest reiser fra Europa, med mellom 10 000 og 50 000 registrerte reiser i uken gjennom hele perioden. Det har vært en kraftig økning i antall reiser fra mai 2021, til tross for at kravene til karantenehotell også omfattet mange land i Europa fra 9. mai 2021.

Blant de andre verdensdelene ligger antall registrerte reiser fra Vest-Asia høyest. Med rundt 900 ukentlige registrerte reiser gjennom perioden, er antallet langt under Europa. Det var et kraftig fall i reiser fra Vest-Asia fra uke 14, to uker etter innføringen av karantenehotell. Da reglene om karantenehotell ble utvidet 28. mai, fortsatte nedgangen i reiser fra Vest-Asia. Uken etter var det et klart fall i reiser også fra Øst-Asia. For reiser fra andre verdensdeler enn Europa og Asia, er det små forandringer over tid.

Ser vi på enkeltland i Asia, så er det særlig antall reisende med avreiseland Pakistan, Tyrkia og delvis India som faller i ukene etter innføringen av karantenehotell i midten av mars og slutten av april (figur 3).

Dataene i IRRS inneholder opplysninger om avreiseland, men ikke fødeland. For personer bosatt i Norge med identifikasjonsnummer i IRRS, kan vi koble på fødeland fra folkeregisteret. For denne undergruppen av personer (drøyt 40 prosent av de reisende registrerte IRRS) kan vi dermed se hvor stor andel av dem med et avreiseland, for eksempel Latvia, som også er født i

avreiselandet (Latvia) eller i andre deler av verden (for eksempel Norge eller Asia). Figur 4 viser hvor reisende fra ulike land er født i perioden vi har data for (12. mai til 9. juni), er født. Kun avreiseland med mer enn 50 reisende er inkludert. For mange avreiseland er det stort samsvar mellom avreiseland og fødeland. Det gjelder for eksempel Litauen, Somalia, Polen og India, der minst 90 prosent er født i avreiselandet. For enkelte avreiseland, som for eksempel Pakistan og India, er det også en betydelig andel av de reisende som selv er født i Norge, men som har foreldre som er født i avreiselandet.

Enkelte land kan se ut til å være transittland eller møtesteder. En mindre del av de reisende fra Kenya og Etiopia, er født i disse landene, men en stor del er født i Afrika. Tilsvarende er det mange som er født i Vest-Asia som er kommet fra Egypt, Tyrkia og De forente arabiske emirater. Noen avreiseland utenfor Europa domineres av norskfødte innreisende, det gjelder særlig Thailand, Brasil, Mexico og USA.

Relativt til befolkningen i Norge er utenlandsfødte overrepresentert på nesten alle avreisedestinasjoner i denne perioden. Av de innreisende med kjent fødeland var andelen utenlandsfødte 43 prosent (hvit stiplet linje i figur 4), en tydelig overrepresentasjon da andelen utenlandsfødte blant bosatte i Norge ligger på rundt 16 prosent (Indseth et al. 2021c). I vedleggstabell 1 oppgir vi antall innreisende fordelt etter fødeland, andelen av de innreisende fra hvert av disse landene og andelen personer fra hvert fødeland utgjør blant alle bosatte i Norge. Vi teller kun bosatte innreisende med fødselsnummer og vi viser kun fødeland med minst 50 innreisende i perioden og minst 1000 bosatte fra landet. Relativt til andelen bosatt i Norge, er det særlig mange født i Polen og Sverige som har reist inn til Norge i perioden (hhv. 6,9 og 5,5 prosent av alle reisende med kjent fødeland). Tilsvarende er andelen av de reisende født i Eritrea (0,4 prosent), Syria (0,5 prosent), Thailand (0,6 prosent) og Norge (0,7 prosent) underrepresentert blant de innreisende i forhold til andelen av de bosatte i Norge.

Utviklingen i antallet som tester seg, tester seg på grensa og andelen som tester positivt

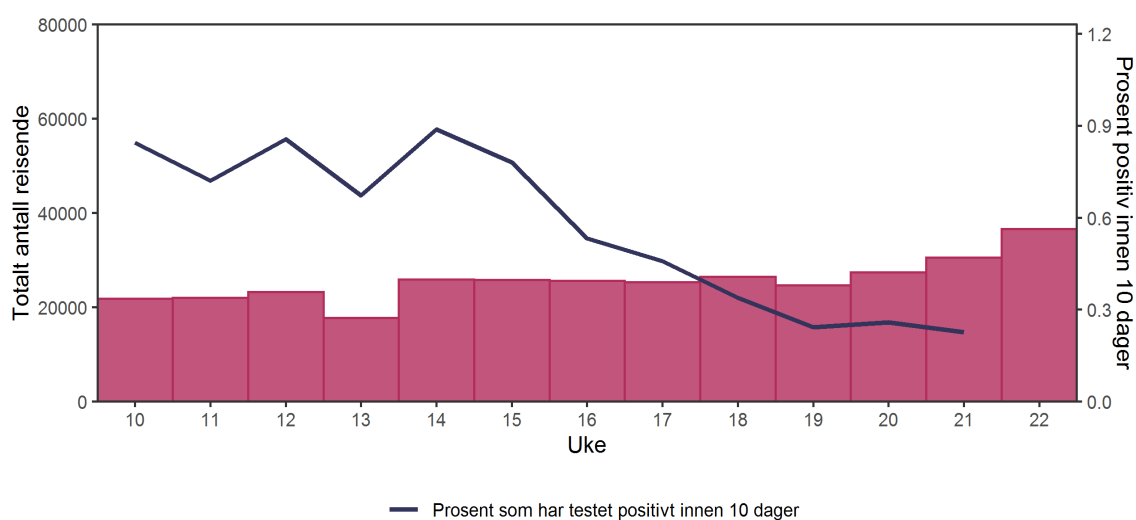
Figur 5 viser andelen av de registrerte innreisende med identifikasjonsnummer som testet seg innen 10 dager, og hvor mange som testet positivt, fordelt etter fødeland. Utvalget av fødeland som vises har mange innreisende over tid og/eller mange som har testet positivt. Observasjoner for fødeland med færre enn 50 reisende i en uke er ikke vist. En mulig grunn til forskjellene i andelen testede er at reisende med enkelte fødeland oftere foretar arbeidsreiser/pendler, eller reiser fra områder som er unntatt fra krav om registrering og testing. I Finland har det vært en del karantenefrie områder (gule områder) uten krav til test etter ankomst. Det kan bidra til å forklare hvorfor andelen testede blant finskfødte er lav.

Figur 5 viser at blant reisende med fødeland med høy andel som testet positivt, ser vi at andelen som testet seg innen 10 dager også var høy. Dette gjelder for eksempel personer med fødeland Pakistan, India eller Irak. Mange av disse reiste fra de samme landene. Over den tidsperioden vi har data for, var testandelen stabil. Andelen som testet positiv, sank imidlertid noe gjennom perioden.

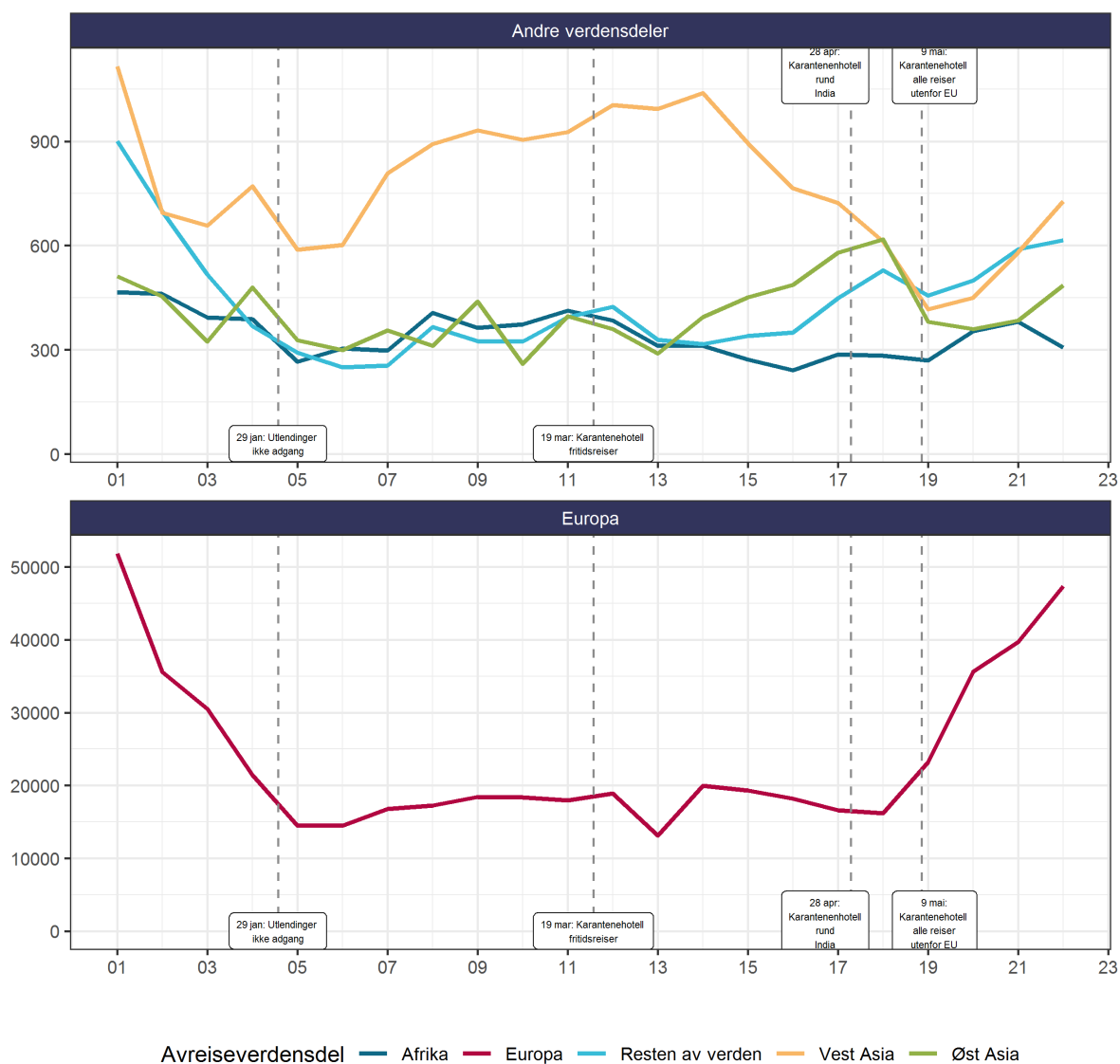
I vedleggsfigur 1 har vi ikke benyttet data fra IRRS, men fra MSIS-labdatabasen. Figuren viser antall innreisende testet på en grensestasjon (kun dem med gyldig identifikasjonsnummer). Vi ser at hovedbildet her samsvarer med det i figur 1, som viser tall fra IRRS. Testede med fødeland i Norge eller andre land i Europa utgjør det største volumet av testede på grensen. Selv om volumet testede var betraktelig mindre, var likevel antall positive tester blant reisende født i

Asia enkelte uker på høyde med det blant reisende født i Europa. Tallene fra MSIS-labdatabasen går lengre tilbake i tid. Disse tallene viser en kraftig økning i antall personer testet på grensen etter at kravet om obligatorisk testing ble innført 2. januar. Deler av oppgangen må ses i sammenheng med økt reisevirksomhet knyttet til juleferien. Antall testede sank noe etter at personer bosatt utenfor riket ikke lenger fikk reise inn (29. januar) og etter at kravet om karantenehotell ved fritidsreise ble innført 19. mars. Dette mønstret samsvarer i stort sett med antall registrerte reiser i IRRS, som også sank etter at krav om karantenehotell ved fritidsreise ble innført (jf. figur 1 og 2). Totalt sett indikerer dette at de to datakildene iallfall ikke gir et veldig ulikt overordnet bilde av reiseaktiviteten.

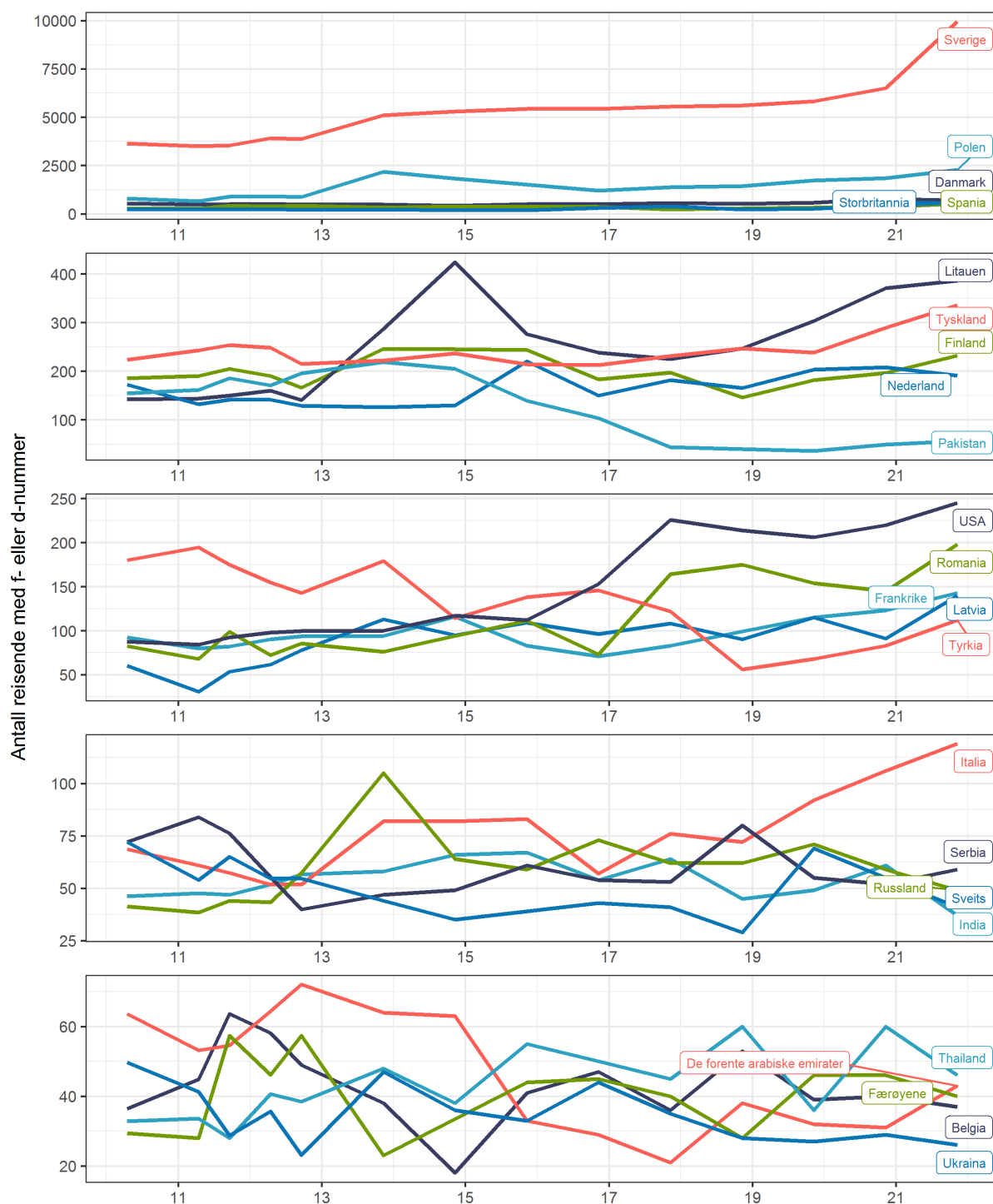
Figur 1: Antall unike reisende registrert i IRRS og prosentandelen av de med identifikasjonsnummer som tester positivt innen 10 dager.



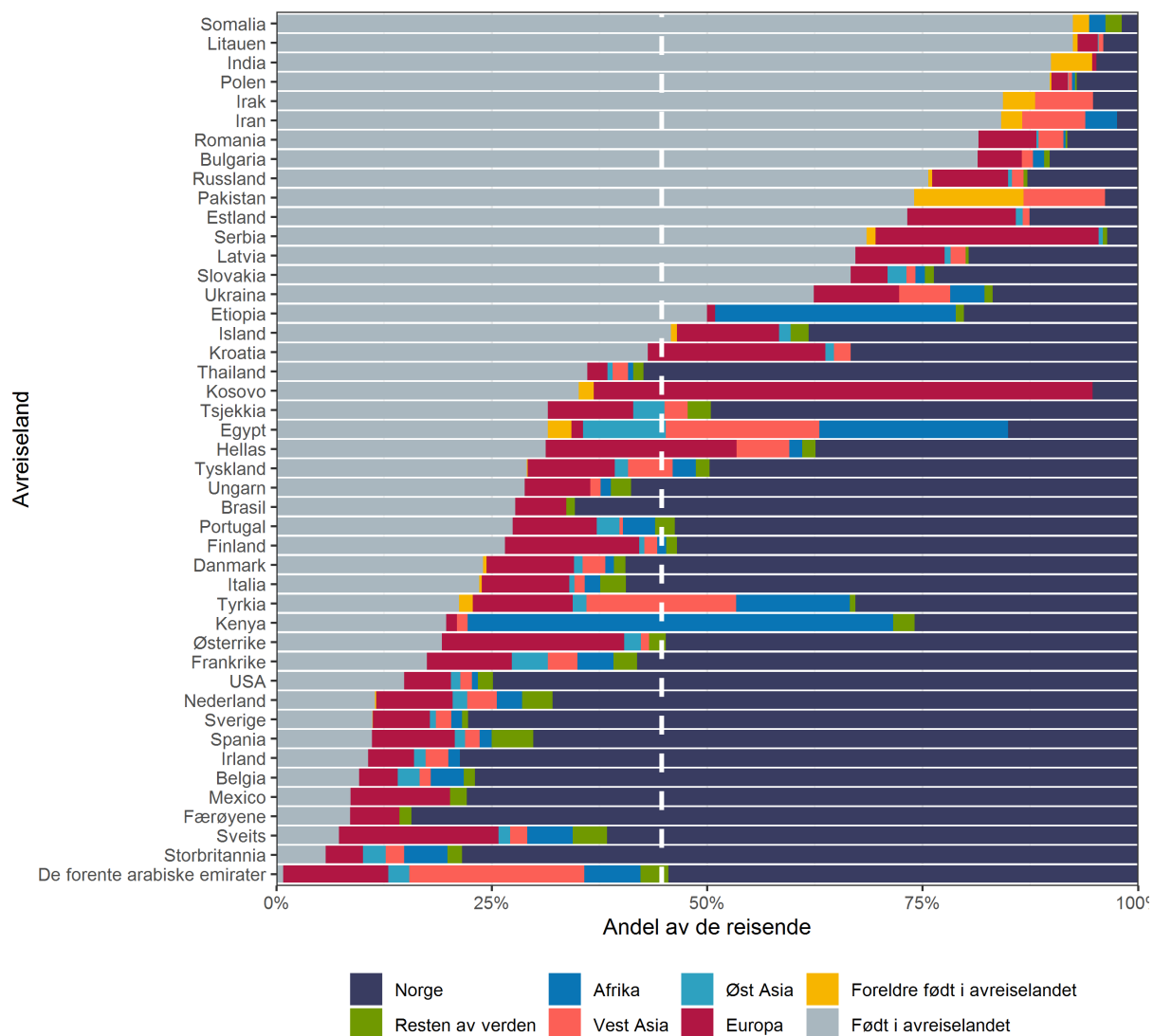
Figur 2: Antall innreiser registrert i IRRS, etter avreiseland (verdensdel). Basert på historiske data uten identifikasjonsnummer.



Figur 3: Antall innreisende personer etter avreiseland. IRRS, kun personer med gyldig identifikasjonsnummer. Før uke 14 ble disse dataene aggregert i 10 dagers perioder (som ikke samsvarer med en uke). For disse periodene har vi delt på 10 og ganget med 7 for å få sammenlignbare ukesobservasjoner.

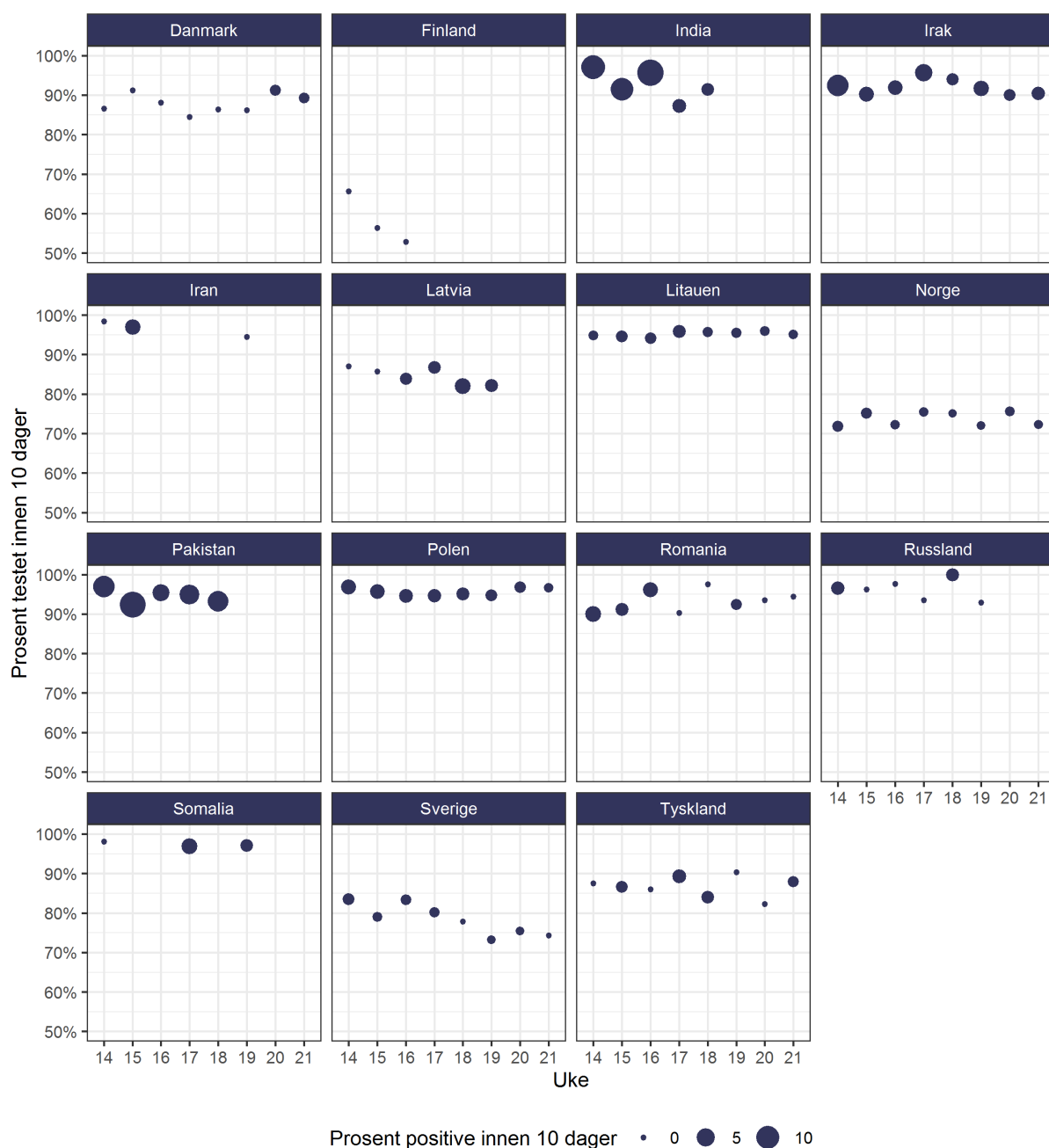


Figur 4: Samsvar mellom avreiseland og fødeland. Basert på fødeland med mer enn 50 reisende. Kun innreisende med f-nummer som er bosatte i Norge og der fødeland er kjent. Hvit stiplert linje viser gjennomsnittet utenlandsfødte for alle avreiseland.



f.o.m. 12.05.21 t.o.m 09.06.21

Figur 5: Prosent av de innreisende i IRRS med identifikasjonsnummer som er testet innen 10 dager og andelen positive, etter fødeland. Kun observasjoner med mer enn 50 reisende per uke er tatt med.



Diskusjon

Det har vært inngripende reguleringer av innreise til Norge i store deler av pandemien, med tiltakende krav til testing og reisekarantene på karantenehotell utover våren 2021. Krav om karantenehotell betalt av den reisende selv, ble fulgt av et betydelig fall i innreise fra slutten av mars og fram til juni 2021. Dette gjelder særlig innreisende fra Vest-Asia, blant annet Pakistan og Tyrkia. Det er også tegn til nedgang i antall reisende fra, Litauen, Russland og Polen, særlig i april og mai.

Tiltakene som er satt inn for å begrense videre smittespredning etter innreise kan grovt deles i to; tiltak som er rettet mot å øke andelen som testes på grensen, og tiltak som er rettet mot å begrense innreise fra land med høyt smittetrykk. Førstnevnte inkluderer obligatorisk testing på grensen, og sistnevnte inkluderer krav om karantenehotell og fargekart. Tiltak som er rettet mot å øke testandelen, kan se ut til å ha lyktes. Fra land der andelen som tester positivt er høy, er også testandelen høy. Data fra teststasjoner på grensen viser at antallet testede steg etter at kravet om obligatorisk testing ved innreise ble innført 2. januar 2021, men deler av økningen kan også henge sammen med at mange da returnerte til Norge etter juleferie. Dessverre har vi ikke data fra IRRS før denne endringen ble iverksatt. Andelen som tester seg basert på data fra IRRS forble stabil utover våren 2021 (mellom uke 10 og uke 22).

Det er mindre rett fram å tolke hvordan innreiserestriksjonene har påvirket reiseaktiviteten i de ulike fødelandsgruppene. Mange av tiltakene har vært rettet mot personer som ikke er bosatt i Norge. Siden de vi kan koble til folkeregisteret må være bosatt, ev. ha registrert midlertidig opphold og d-nummer, i Norge, kan vi ikke forvente å observere effekter av slike tiltak i vårt datamateriale. Tre av tiltakene skal imidlertid treffe bosatte i Norge. Dette gjelder kravet om opphold på karantenehotell etter fritidsreise (19. mars 2021), kravet om opphold på karantenehotell etter alle reiser (også såkalte *nødvendige*) for reisende fra det indiske subkontinentet (28. april) og kravet om opphold på karantenehotell etter alle reiser for reisende fra alle land utenfor Europa og noen land i Europa (9. mai).

Det er vanskelig å tolke endringer i antall reisende som et resultat av tiltakene. For det første kan det være sesongsvingninger som forklarer variasjonen, og for det andre så kan det være folkeregistrerte i Norge som bor i utlandet som vender hjem ved stort smittetrykk i avreiselandet. Vi ser noen tegn til at reiseaktiviteten faller på en måte som er konsistent med at tiltakene virker, særlig for innreisende fra Vest-Asia. Antall innreisende fra Pakistan var stabilt fram til uke 14, og etter dette falt antallet betydelig i mange uker. Dette kan skyldes at krav om karantenehotell ble innført i uke 12, og strammet ytterligere inn fra slutten av april, med tilhørende kostnader ved retur. Men det kan selvsagt også handle om økt smitte i Pakistan som har gjort at flere har vegret seg for å reise dit, eller at norske myndigheter satte i gang en omfattende informasjonskampanjer der de advarte mot å reise til blant annet Pakistan. Antallet innreisende fra Tyrkia faller tydelig hele perioden vi har data for.

Krav om karantenehotell kan også ha medført at mindre av den importerte smitten har spredt seg videre i Norge. Vi har ikke studert dette, men overordnet observerer vi at smitten blant utenlandsfødte falt utover våren 2021. Den relative andelen nye tilfeller blant de som er født utenfor Norge sank fra 39 % av alle tilfeller i uke 15 til 25% i uke 22 (Folkehelseinstituttet 2021c). Vi har data i BeredtC19 som gjør det mulig å studere videre smitte i den reisendes husholdning, men foreløpig har vi ikke utført slike analyser. Før slike og andre relevante analyser er utført, kan vi ikke konkludere rundt hvorvidt høy smitte i en del av

innvandrerbefolkningene gjennom pandemien kan henge sammen med reiser til land med høyere smittenivåer.

En kompliserende faktor når vi ønsker å analysere betydningen av utenlandsreiser for smitte i ulike innvandrerbefolkninger i Norge, er at en del innvandrere, særlig de med flyktningbakgrunn, vil ha betydelige andeler av sine slektninger ikke bare i landet de utvandret fra, men også i andre land som slektninger har innvandret til. Endogami (giftetål innad i egen etnisk gruppe) bidrar også til et fenomen der man har familie og svigerfamilie i andre europeiske land. Økt reiseaktivitet i enkelte grupper som følge av at de i større grad lever transnasjonale liv der slekt og vennsforbindelser strekker seg over landegrensene, begrenser seg derfor ikke nødvendigvis til opprinnelseslandet, noe våre resultater også kan tyde på (se figur 4).

Det er rimelig å anta at antallet tette transnasjonale forbindelser (slekt og vennsforbindelser over landegrensene) bidrar til større behov og motivasjon for å foreta utenlandsreiser blant innvandrere sammenliknet med andre nordmenn og at dette også gjelder under en pandemi. Dersom disse reisene er til land med høyere smittetrykk og reisene i større grad har innebåret kontakt med lokalbefolkningen, kan dette ha bidratt til høyere smitte blant reisende i innvandrerbefolkningene sammenliknet med befolkningen for øvrig. Analysene til Rø og Engebretsen (2021) i denne rapporten, får tydelig fram at selv små endringer i smitte inn i en gruppe kan bidra til store økninger i andelen i gruppen som blir smittet.

Ytterligere analyser vil være viktig for å få en bedre forståelse av årsakene til reiser inn og ut av landet under pandemier, og hvor viktig slik reisevirksomhet er for smitte i ulike grupper. I tillegg til å se på mulig videre smitte innad i husholdningene til dem som har reist, vil det også kunne være aktuelt å studere sammenhenger mellom innreise og testpositivitet ved innreise på den ene siden og smitte i de samme fødelandsgruppene i ukene etterpå, gjerne etter bostedskommune.

Hvordan sitere dette kapitlet:

Elgersma IH, Telle K, Eide H, Fevåg J, Indseth T, Kristoffersen AB (2021). Innreisetiltak og innreise etter landbakgrunn, i Indseth T red. (2021). Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Referanser

Folkehelseinstituttet 2020. Notat: Forslag til tiltak for å øke testgraden i utsatte bydeler i Oslo (13.11.2020)

Folkehelseinstituttet 2021a. Nettside: [Ukerapporter om koronavirus og covid-19](#) (Bekreftet smitte, Innleggelse, testing, reiseaktivitet, andel vaksinerte)

Folkehelseinstituttet 2021b. Nettside: [Covid-19-epidemien: Risikovurderinger](#)

Folkehelseinstituttet 2021c. Notat-serier: Ukentlig statistikk til Oslo kommune over testaktivitet, innleggelse og vaksinasjonsdekning etter fødeland, alder og bydeler.

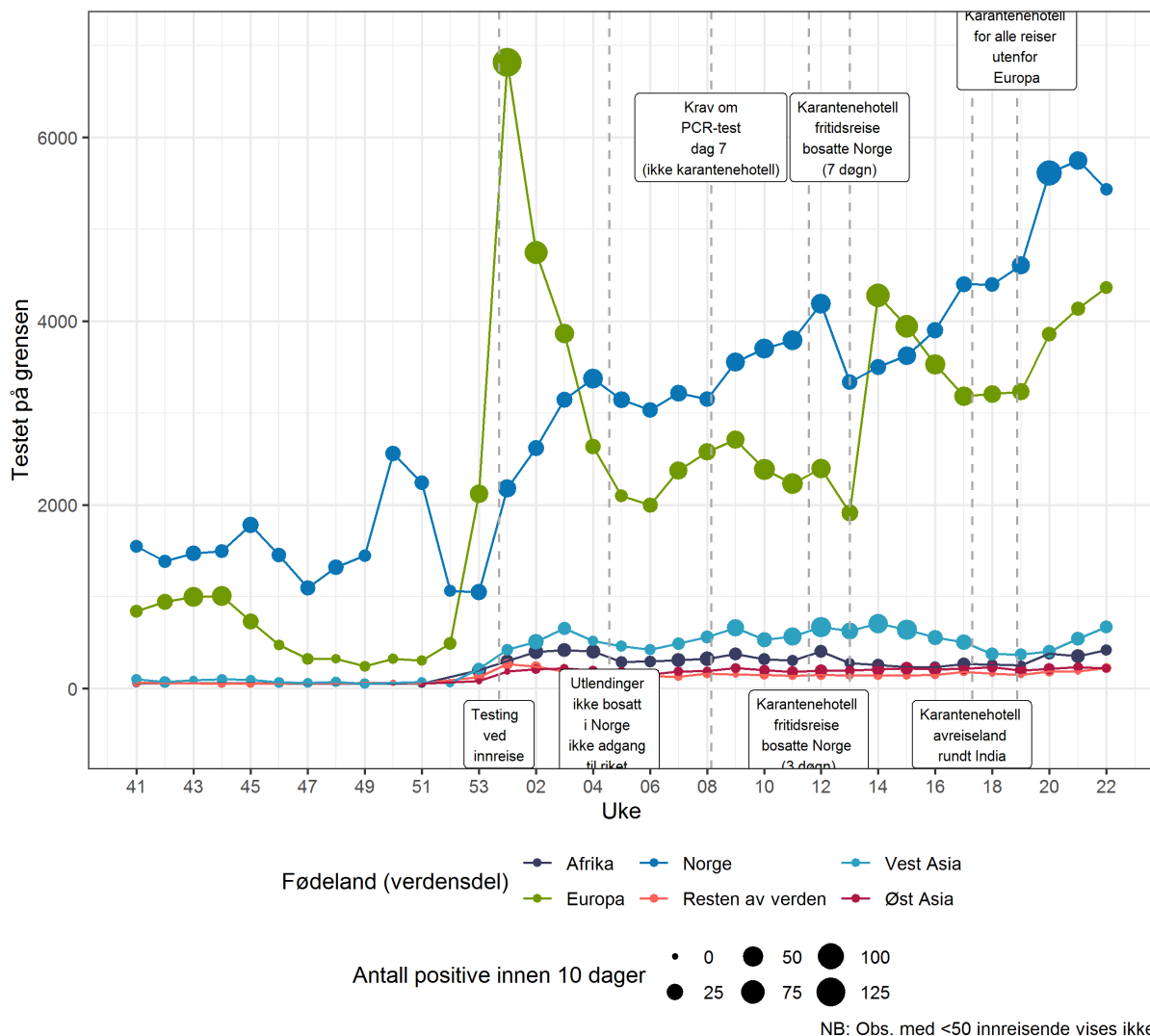
Indseth, T., Godøy, A., Kjøllesdal, M., Arnesen, T., Jacobsen, C., Grøslund, M., & Telle, K. 2020a [Covid-19 etter fødeland: Personer testet, bekreftet smittet og relaterte innleggelse og dødsfall](#). FHI-Rapport 2020

Indseth, T., Kjøllesdal, M. K. R., Jacobsen, C. C., Nygård, K. M., & Godøy, A. A. 2020b [Covid-19 i Oslo etter fødeland: Personer testet, bekreftet smittet og relaterte innleggelse](#). FHI-Rapport 2020

- Indseth, T., Grøslund, M., Arnesen, T., Skyrud, K., Kløvstad, H., Lamprini, V., Telle, K. & Kjøllesdal, M. 2021a. [COVID-19 among immigrants in Norway, notified infections, related hospitalizations and associated mortality: A register-based study](#). Scandinavian journal of public health 2021
- Indseth, T Nygård, K. M., & Godøy, A. A. 2021b [Covid-19 blant norskfødte med utenlandsfødte foreldre: Personer testet, bekreftet smittet og relaterte innleggelse](#), FHI-Rapport 2021
- Indseth T, Godøy A, Kjøllesdal M, Arnesen T, Carelo, CJ, Vinjerui KH, Elgersma IH, Telle K. 2021c [Covid-19 etter fødeland fra mars 2020 til februar](#). FHI-rapport 2021.
- Indseth, T., Elgersma, I. H., Strand, B. H., Telle, K., Labberton, A. S., Arnesen, T., ... & Godøy, A 2021d. [Covid-19 blant personer født utenfor Norge, justert for yrke, trangboddhet, medisinsk risikogruppe, utdanning og inntekt](#). FHI-rapport 2021
- Labberton, A. S., Godoy, A. A., Elgersma, I. H., Strand, B. H., Telle, K., Arnesen, T. M., ... & Indseth, T. (2021). [SARS-CoV-2 infections and hospitalizations among immigrants in Norway: significance of occupation, household crowding, education, household income and medical risk. A nationwide register study](#). medRxiv.
- Nilsen, T. S., Johansen, R., Aarø, L. E., Kjøllesdal, M. K. R., & Indseth, T. (2021). [Holdninger til vaksine, og etterlevelse av råd om sosial distansering og hygiene blant innvandrere i forbindelse med koronapandemien](#). FHI-rapport 2021
- Rø G, Engebretsen S (2021). Hvor stor forskjell må forklares? Matematisk modellering av effekten av ulikheter i smitterate og import hos ulike befolkningsgrupper, i Indseth T red. (2021) Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021.
- Telle KE, Grøslund M, Helgeland J, Håberg SE. [Factors associated with hospitalization, invasive mechanical ventilation treatment and death among all confirmed COVID-19 cases in Norway: Prospective cohort study](#). Scandinavian Journal of Public Health. January 2021.
- Vinjerui KH, Elgersma IH, Fretheim A. Covid-19. [Dør-til-dør-aksjoner, mobile teststasjoner og endring i testandel blant norsk- og utenlandsfødte i bydel Stovner](#), Oslo. FHI-rapport, 2021. Folkehelseinstituttet, Oslo, 2021.
- Vrålstad, S. og KS Wiggen (red.) Levekår blant innvandrere i Norge 2016. Rapport 2017/13, Statistisk sentralbyrå.

Vedlegg

Vedleggsfigur 1. Antall testet på grensen etter fødeland. Kun personer med gyldig identifikasjonsnummer.



Vedleggstabell 1. Innreisende etter fødeland f.o.m. 12. mai 2021 t.o.m. 9. juni 2021 som andel av alle reisende, og fødelandets andel av hele befolkningen

Fødeland	Reist	Bosatte	Andel av de reisende	Andel av de bosatte	Overrepresentasjon
Afghanistan	138	16993	0,40 %	0,31 %	1,29
BA-XK-HR-ME-RS-SI*	563	38802	1,65 %	0,72 %	2,30
Brasil	62	6917	0,18 %	0,13 %	1,42
Bulgaria	166	7356	0,49 %	0,14 %	3,58
Danmark	524	23979	1,54 %	0,44 %	3,46
Eritrea	62	22500	0,18 %	0,42 %	0,44
Estland	127	4513	0,37 %	0,08 %	4,46
Etiopia	86	10620	0,25 %	0,20 %	1,28
Finland	181	7101	0,53 %	0,13 %	4,04
Frankrike	118	7221	0,35 %	0,13 %	2,59
Hellas	55	3869	0,16 %	0,07 %	2,25
India	201	16072	0,59 %	0,30 %	1,98
Irak	300	22692	0,88 %	0,42 %	2,10
Iran	175	18829	0,51 %	0,35 %	1,47
Island	103	7362	0,30 %	0,14 %	2,22
Italia	109	5561	0,32 %	0,10 %	3,11
Kina	59	12422	0,17 %	0,23 %	0,75
Latvia	252	11276	0,74 %	0,21 %	3,54
Litauen	801	40803	2,35 %	0,76 %	3,11
Nederland	130	9261	0,38 %	0,17 %	2,23
Norge	18223	4215218	53,47 %	78,02 %	0,69
Pakistan	176	21724	0,52 %	0,40 %	1,28
Polen	4571	102110	13,41 %	1,89 %	7,10
Portugal	84	3899	0,25 %	0,07 %	3,42
Romania	424	15452	1,24 %	0,29 %	4,35
Russland	325	18366	0,95 %	0,34 %	2,81
Slovakia	85	3592	0,25 %	0,07 %	3,75
Somalia	301	27540	0,88 %	0,51 %	1,73
Spania	167	8116	0,49 %	0,15 %	3,26
Storbritannia	201	20782	0,59 %	0,38 %	1,53
Sverige	1685	47554	4,94 %	0,88 %	5,62
Syria	99	33311	0,29 %	0,62 %	0,47
Thailand	94	23496	0,28 %	0,43 %	0,63
Tsjekia	52	1930	0,15 %	0,04 %	4,27
Tyrkia	110	13515	0,32 %	0,25 %	1,29
Tyskland	432	28454	1,27 %	0,53 %	2,41
Ukraina	113	6363	0,33 %	0,12 %	2,82
Ungarn	75	4313	0,22 %	0,08 %	2,76
USA	225	19438	0,66 %	0,36 %	1,84
Ukjent fødeland	1126	315202	3,30 %	5,83 %	0,57
Andre fødeland	1299	178363	3,81 %	3,30 %	1,15

Note: Kun personer med gyldig fødselsnummer som er registrert som bosatt i Norge per 10. juni 2021 er tatt med. Kun fødeland med mer enn 50 reisende og mer enn 1000 bosatte i Norge vises i tabellen. Kun personer som har registrert sin reise i IRRS med gyldig fødselsnummer vil være registrert som reist.

Etter disse ekskluderingsene var totalt antall bosatte med gyldig fødselsnummer 5 402 887. Totalt antall av disse som er innreisende i perioden var 34 079. Målet på overrepresentasjon er beregnet ved å dividere andelen av de reisende med andelen av de bosatte for hvert land.

* BA-XK-HR-ME-RS-SI BA-XR-HR-ME-RS-SI er en sammenslåing av Bosnia-Hercegovina, Kosovo, Kroatia, Montenegro, Serbia, 'føderasjonen Serbia og Montenegro' og Slovenia

Kapittel 12

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

Av Gunnar Rø, Folkehelseinstituttet og Solveig Engebretsen, Norsk Regnesentral

Under covid-19 pandemien i Norge har andelen smittede blant innvandrere vært høyere enn i resten av befolkningen og mange ulike årsaker til dette har vært diskutert (Indseth et al. 2021, Indseth et al. 2021). Et viktig spørsmål er hvor stor forskjell mellom innvandrere og resten av befolkningen som skal til, for å forklare den observerte 5-10 ganger høyere andelen smittede i innvandrergruppene. Siden covid-19 er en smittsom sykdom, er det viktig å bruke metoder som tar høyde for det faktum at risiko for å bli smittet er avhengig av kontaktnettverk og hvor stor risiko det er for at kontaktene blir smittet. Matematisk modellering av smittsomme sykdommer har blitt utviklet til å beskrive dette (Rohani og Keeling 2008, Kristiansen et al. 2020).

I dette kapittelet setter vi opp en forenklet teoretisk modell for en covid-19-lignende sykdom med to befolkningsgrupper. Målet er ikke å beskrive covid-19 pandemien i Norge, men å illustrere hvordan ulikheter i smitterate og importrate kan gi utslag i andel smittede. Den viktigste parameteren for å forstå ulikhetene mellom gruppene er kontaktstrukturen, som vi antar at er assortativ. Assortativ kontaktstruktur betyr at man har flest kontakter innad i egen gruppe og færre kontakter med den andre gruppen. Før pandemien hadde innvandrere mest kontakt med andre innvandrere (Barstad et al. 2020) og det er sannsynlig at med strenge smittevernregler har denne tendensen blitt forsterket.

Det er viktig å påpeke at denne modelleringen kun er en sannsynligjøring av mulige forklaringer og må ikke tolkes som empirisk grunnlag for disse forklaringene.

Modell

Vi har utviklet en enkel SIR («susceptible-infectious-recovered»)-modell (Keeling og Rohani 2008) der det er to grupper, som vi har latt bestå av 165 000 personer i det vi her betegner som «innvandrergruppen» og 530 000 personer i «resten av befolkningen». Innvandrergruppen tilsvarer da om lag antall innvandrere og barn av innvandrere i Oslo med bakgrunn utenfor Europa, Nord-Amerika og Oseania (Oslo Kommune 2021). Dette er en grov forenkling av virkeligheten, da begge disse gruppene i realiteten består av mange mindre grupper som ikke vil mikse tilfeldig med hverandre. Modellen følger så utviklingen av en covid-19 lik sykdom til 5 % av den totale befolkningen har blitt smittet for å se forskjellen på andelen smittede i de to gruppene.

Vi vurderer to ulike forskjeller mellom gruppene.

1. Relativ forskjell i smitterate (β) mellom de to gruppene. Dette kan skyldes ulikt antall kontakter, ulik sannsynlighet for smitte ved kontakt, eller ulik tid/andel i isolasjon eller karantene.
2. Relativ forskjell i importsmitte mellom de to gruppene.

For å studere dette, la S_I og S_N være henholdsvis antallet mottakelige i innvandrergruppen (I) og i resten av befolkningen (N), og la I_I og I_N være antallet smittsomme personer i de to gruppene. I tillegg tillater vi at smitten fra en tredje gruppe (utlandet), er ulike i de to gruppene. Da vil følgende ligninger beskrive utviklingen over tid

$$S_N(t + \Delta t) = S_N(t) - S_N(t)\Delta t\beta_N \left(\frac{C_{NN}I_N}{N_N} + \frac{C_{NI}I_I}{N_I} \right),$$

$$S_I(t + \Delta t) = S_I(t) - S_I(t)\Delta t\beta_I \left(\frac{C_{IN}I_N}{N_N} + \frac{C_{II}I_I}{N_I} \right),$$

$$I_N(t + \Delta t) = I_N(t) - I_N(t)\gamma\Delta t + S_N(t)\Delta t\beta_N \left(\frac{C_{NN}I_N}{N_N} + \frac{C_{NI}I_I}{N_I} \right) + IMP_N N_N \Delta t,$$

$$I_I(t + \Delta t) = I_I(t) - I_I(t)\gamma + S_I(t)\Delta t\beta_I \left(\frac{C_{IN}I_N}{N_N} + \frac{C_{II}I_I}{N_I} \right) + IMP_I N_I \Delta t,$$

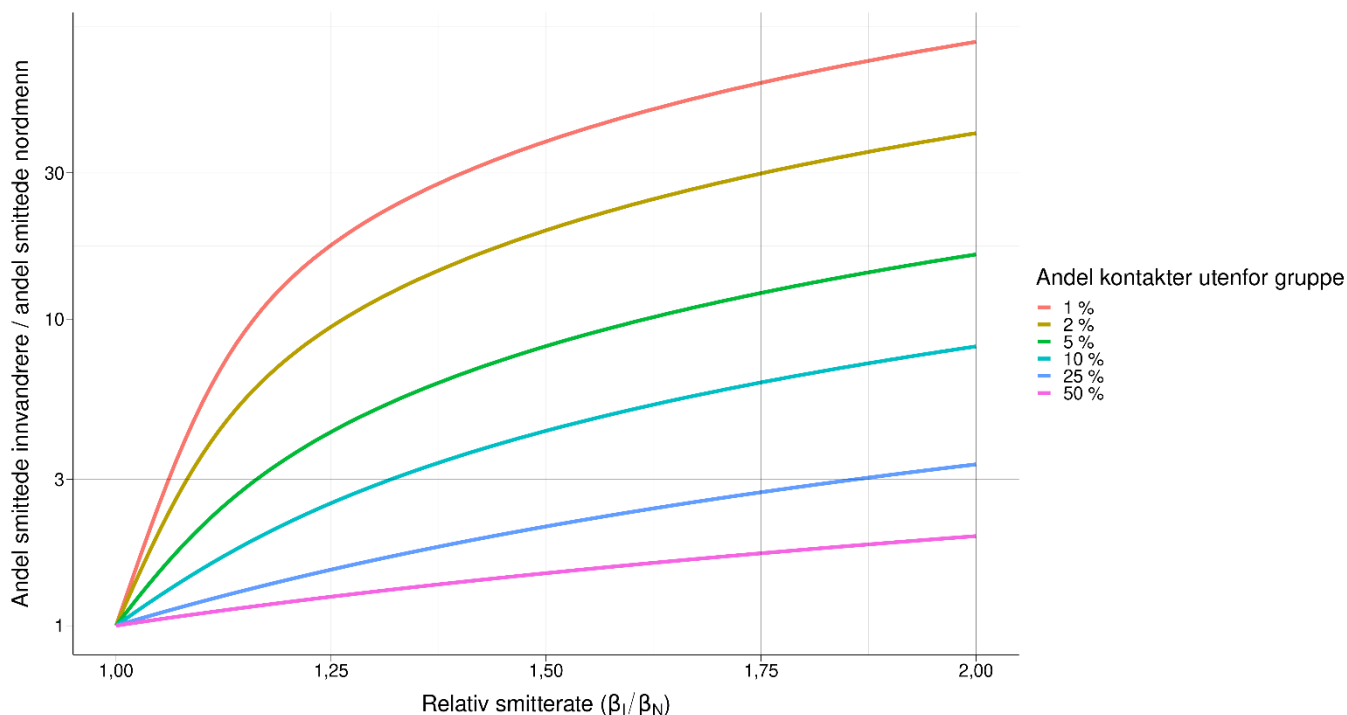
Hvor C_{ij} er andelen kontakter mellom gruppe i og j , $1/\gamma$ er varigheten av smittsom periode og IMP_i er andelen av befolkningen i gruppe i og j som er smittsomme fordi de er smittet i utlandet ("importsmitte"). Det basale reproduksjonstallet, R , estimeres via «Next-Generation-Matrix» metoden og vi setter smitteratene β_I og β_N slik at vi får $R=1,3$ med et spesifisert forhold mellom smitteratene i de to gruppene. Reproduksjonstallet er definert som gjennomsnittlig antall sekundære tilfeller fra et primært tilfelle når hele befolkningen er mottakelig. Resultater for andre R -verdier ble også undersøkt. Vi undersøker separat effekten av å endre forholdet mellom smitteratene i de to gruppene og å endre forholdet mellom IMP_N og IMP_I , det vil si forholdet mellom importratene i de to gruppene. For import setter vi base-raten til 0,0025 %, det vil si at hver dag importeres 0,0025 % av gruppen som smittsomme individer, dette korresponderer til 15-20 importtilfeller per dag i de to gruppene samlet.

Den viktigste faktoren som avgjør størrelsen på forskjellene mellom andelen smittede i hver gruppe, er andelen av kontakter som er innad i gruppen og andelen som er mellom gruppene som i modellen kontrolleres av C_{ij} . Vi bruker en symmetrisk, normalisert matrise slik at vi kan spesifisere hvor stor andel av kontaktene som er utenfor gruppen og hvor stor andel som er innenfor. Merk at andelen kontakter utenfor gruppen er av totale kontakter og tar ikke hensyn til at befolkningsstørrelsen ikke er lik i de to gruppene. Et eksempel på en kontaktmatrise kan være $C_{NN} = C_{II} = 2/3$ og $C_{IN} = C_{NI} = 1/3$, som er en kontaktmatrise hvor hver person antas å ha dobbelt så mange kontakter innad i egen gruppe som utenfor.

Resultater

I figur 1 viser vi andelen smittede i innvandrerguppen delt på andelen smittede i resten av befolkningen når vi endrer den relative smitteraten (β_I/β_N) mellom de to gruppene, og i figur 2 viser vi effekten av relativ forskjell i importsmitte.

Figur 1: Risk ratio mellom andelen smittede i innvandrerguppen og resten av befolkningen for ulike verdier den relative smitteraten (β_I/β_N) i de to gruppene og av andelen kontakter utenfor egen gruppe.



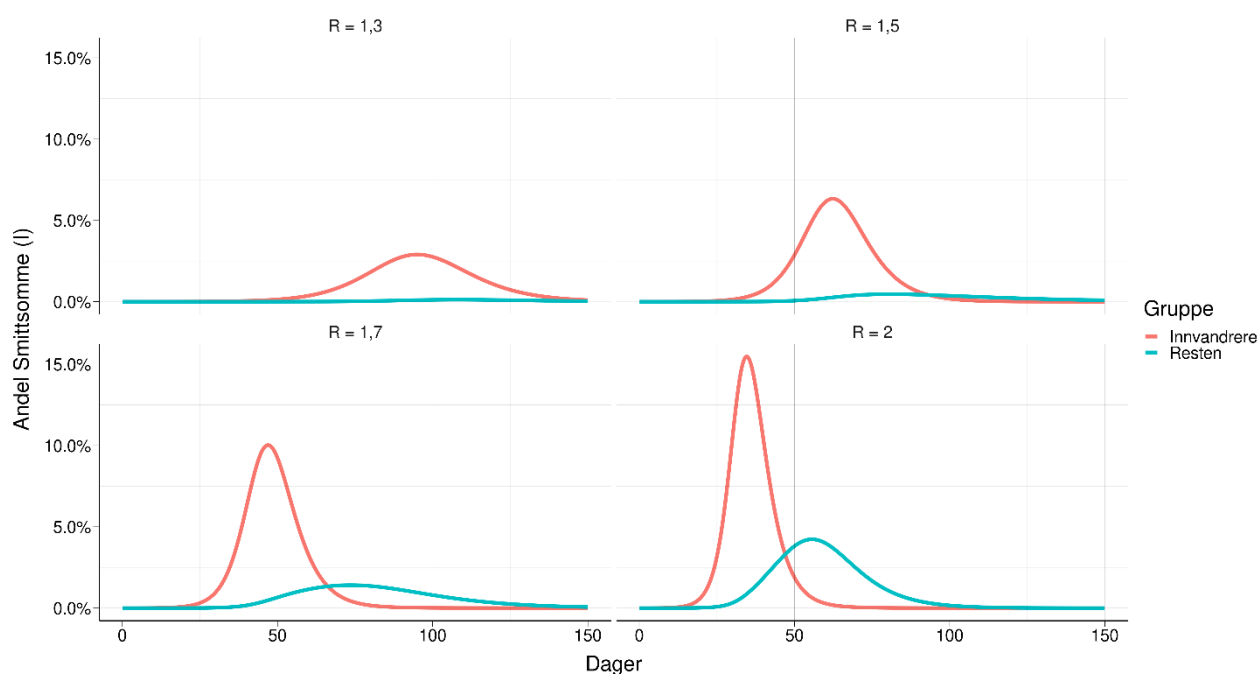
For å kunne få en 10-ganger så stor andel smittede i innvandrerguppen i denne forenklede modellen, er det nødvendig at andelen kontakter utenfor gruppen er liten, men hvis den er det så kan en 25 %-75 % økning i smitterate (β_I) forklare en 10-ganger-forskjell i andelen smittede (det vil si 1000 % høyere andel smittede). Smitteraten, β , er gitt ved antall kontakter per tid og sannsynligheten for smitte per kontakt. Så en 25 % økning i smitterate kan indikere for eksempel 25 % flere kontakter, 25 % høyere sannsynlighet for smitte ved kontakt, for eksempel ved å ha litt flere kontakter, noe kortere distanse, høyere eksponeringsrisiko gjennom yrke eller andre faktorer. Ved bruk av modellering har Kretszchmar 2020 vist at en ekstra dag forsinkelse i testing eller kontaktsporing kan øke smitteratene med ca. 25 % i noen scenarier.

Som en sensitivitetsanalyse endret vi reproduksjonstallet. For et høyere reproduksjonstall trenger man noe høyere relativ smitterate for å oppnå 10 ganger høyere andel smitte når andelen kontakter utenfor gruppen er lav. Den nødvendige forskjellen i smitterate ved høyere andel kontakter utenfor gruppen endrer seg lite når reproduksjonstallet øker.

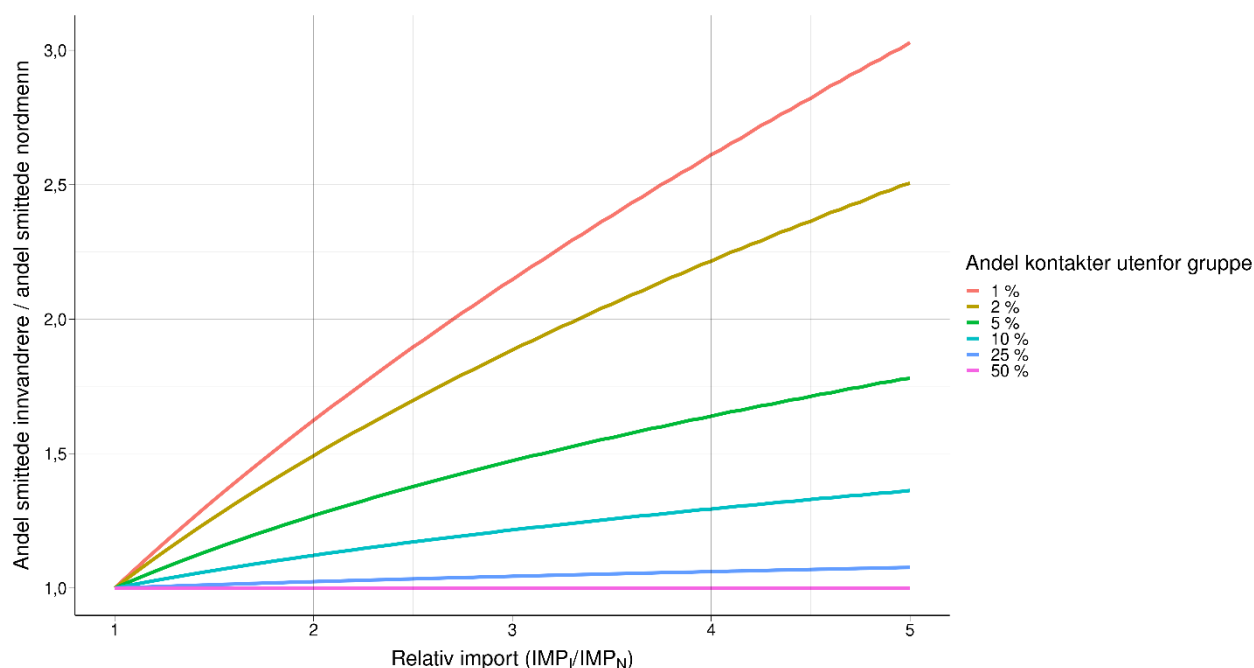
I figur 2 ser vi andelen smittsomme i de to gruppene over tid med ulike verdier av R og en relativ smitterate på 1.5. For $R=1.3$ og $R=1.5$ er smitteraten så lav i resten av befolkningen at det ikke blir noe selvstendig utbrudd der, men det blir noen tilfeller på grunn av kontakt med det større utbruddet i innvandrergruppen. Dette gir den veldig store forskjellen mellom de to gruppene. Når R er 1.7 eller 2, så får vi et selvstendig utbrudd i begge gruppene, men utbruddet i innvandrergruppen er større og kommer raskere. Siden vi har valgt å studere andelen smittet når totalt 5 % av befolkningen har blitt smittet, får vi store forskjeller også i disse scenarioene.

Effekten av relativ forskjell i antall importtilfeller er mindre enn forskjellene vi får med høyere smitterate (figur 3), men kan også bidra til at det blir en forskjell mellom de to gruppene. For å forklare 10 ganger høyere andel smittede bare ved økt import, må vi ha ca. 20 ganger flere importtilfeller når 1% av kontaktene er utenfor gruppen.

Figur 2: Andel smittede over tid for ulike verdier av R med 1% av kontaktene utenfor en gruppe og relativ smitterate på 1.5.



Figur 3: Risk ratio mellom andelen smittede i innvandrerguppen og resten av befolkningen for ulike verdier av den relative størrelsen av relativimport (IMP_I/IMP_N) i de to gruppene, når andelen kontakter utenfor gruppen varierer.



Begrensinger

Vi har presentert en veldig forenklet teoretisk modell for å illustrere hvordan ulike faktorer kan påvirke andelen smittede i to grupper. Hvis man vil beskrive smitte i befolkningen i Norge på en mer realistisk måte, må man ta hensyn til blant annet

- Smitte i husholdninger og effekten av husholdningsstørrelse
- Geografiske forskjeller i smitte
- At det ikke er tilfeldig miksing hos alle innvandrere og for alle i resten av befolkningen
- Aldersfordeling og risikogrupper

Konklusjon

Ved hjelp av en enkel matematisk modell for smittespredning finner vi at hvis det er en høy grad av kontakter innad i en gruppe, så kan en 25 %-75 % økning i relativ smittsomhet forklare en 10-ganger høyere andel smittede. Relativ forskjell i antall importtilfeller kan også betydelig øke forskjellen mellom andelen smittede, men effekten er mindre enn effekten av ulik smitterate. Siden en smittsom sykdom gir en eksponentiell prosess, så kan små endringer i smitterate gi en stor endring i andelen som blir smittet. Modellen sannsynliggjør at selv små forskjeller i utsatthet for mer smittsomme virusvarianter, smitterelatert atferd eller annet som gir økt eksponering, kan gi stor overrepresentasjon for en gitt gruppe dersom denne gruppen primært har kontakt innad og lite kontakt utad.

Hvordan sitere dette kapittelet:

Rø G, Engebretsen S (2021). Hvor stor forskjell må forklares? Matematisk modellering av effekten av ulikheter i smitterate og import hos ulike befolkningsgrupper, i Indseth T red. (2021) Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021

Referanser

- Barstad A, Molstad CS. [Integrering av innvandrere i Norge](#). Rapport 2020. Statistisk Sentralbyrå. Lest 27.05.2021.
- Indseth T, Elgersma I, Strand BH, Telle K, Hernæs K, Arnesen T (2021). Covid-19: Påvist smitte, testing, innleggelser, død, etterlevelse av råd og reiseaktivitet blant innvandrere i Norge, perioden fra februar 2020 til mai 2021, i Indseth T red. (2021) Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Indseth T, Telle K, Labberton A, Arnesen T (2021). i Indseth T red. (2021). Mulige forklaringer på overrepresentasjon i påvist smitte og innleggelser. Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt, delrapport 1, Rapport Folkehelseinstituttet 2021
- Keeling MJ, Rohani P. *Modeling Infectious Diseases in Humans and Animals*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2008.
- Kretzschmar, Mirjam E., Ganna Rozhnova, Martin C. J. Bootsma, Michiel van Boven, Janneke H. H. M. van de Wiggert, and Marc J. M. Bonten. "Impact of Delays on Effectiveness of Contact Tracing Strategies for COVID-19: A Modelling Study." *The Lancet Public Health* 5, no. 8 (August 1, 2020): e452–59.
- Kristiansen IS, Burger EA, Freisleben De Blasio B. Covid-19: Simuleringsmodeller ved epidemier, Tidsskrift Norske Legeforening, 2020
- Oslo Kommune. [Befolkningen etter landbakgrunn \(2021\)](#), Oslo Kommune Statistikkbank Lest 21.06.2021.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Juli 2021
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no