

Svar på Oppdrag 61 – Tiltak for å øke vaksinasjonsdekningen

25.11.2021

Oppdragstekst

Bakgrunn

Vaksinasjon er det viktigste tiltaket for å få kontroll over covid-19. Norge har høy vaksinasjonsdekning, men det er fremdeles deler av befolkningen som ikke har tatt vaksine, eller som ikke har tatt dose 2 eller oppfriskningsdose. Det er ønskelig med enda raskere fullvaksinering av befolkningen.

Oppdrag

HOD ber FHI om forslag og anbefalinger om nye tiltak, eller forsterkning av eksisterende tiltak, som raskt kan få økt vaksinasjonsdekningen ytterligere. Dette kan være både nasjonale tiltak og/eller lokale, kommunale tiltak.

Frist: ut torsdag 25. november

Kontaktperson: Siri Helene Hauge

Innhold

Oppdragstekst	1
1 Folkehelseinstituttets vurdering	3
1.1 Bakgrunn	3
1.2 Beskrivelse av den uvaksinerte del av befolkningen	4
1.3 Drivere og barriere for vaksineopptaket	7
1.4 Pågående tiltak og løpende tiltak	7
1.5 Nye forslag og forsterking av allerede pågående tiltak	9
Vedlegg 1: Vaksinasjonsgrad blant personer med innvandrerbakgrunn	12
Vedlegg 2: Kartlegging av kommunenes arbeid med grupper som er vanskelig å nå	13
Vedlegg 3: Intervjuguide	25

1 Folkehelseinstituttets vurdering

1.1 Bakgrunn

Oppslutning om koronavaksinasjon i Norge er veldig høy. Per 25.11 har 92 % av befolkning 18 år eller eldre tatt første dose, og 88 % er vaksinert med to doser. Det er mye takket være en formidabel innsats i kommunene. Samtidig ser vi av tallene fra nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK, at vaksinasjonsdekningen er lavere i noen grupper i befolkningen.

Det er viktig å legge til grunn at vaksinasjonsdekningen vanskelig vil kunne nå 100% i hele befolkningen som er anbefalt koronavaksinasjon. Det er flere grunner til at personer ikke er registrert som vaksinerte i SYSVAK. Det at man reelt ikke er vaksinert er en viktig grunn, men også registreringsfeil kan forekomme, eller at vaksinasjonen er gitt i et annet land, men ikke er etterregistrert i SYSVAK. Det er også en viss andel som ennå ikke er anbefalt mer enn én dose fordi de har gjennomgått infeksjon. I enkelte deler av landet og i enkelte deler av befolkningen kan dette utgjøre en betydelig andel. Det er også noen som på bakgrunn av bivirkninger etter første dose, som myokarditt eller perikarditt, ikke anbefales dose nummer 2. Det kan derfor ikke settes likhetstegn mellom det å ikke ha vaksinasjoner registrert i SYSVAK og vaksineskepsis eller vaksinemotstand.

Hos de som er skeptiske eller avventende til vaksinen, vil god informasjon kunne trygge mange. Samtidig har vi grupper av utenlandsfødte som kommer fra land med betydelig vaksineskepsis og mye lavere dekningsgrad enn i Norge. Noen av dem forholder seg til informasjonskilder og helsevesen i hjemlandet. En dypere forankret vaksineskepsis, enten det er hos norskfødte eller utenlandsfødte vil sannsynligvis ikke kunne endres med kortsiktige tiltak, men gjennom informasjon og tillitsbygging over tid.

Det er sannsynlig at det er mulig å få en god del flere mennesker til å takke ja til vaksinasjon selv om de ikke har gjort det så langt, men hvor mange dette gjelder er veldig vanskelig å anslå. Så langt i november måned er det i gjennomsnitt 700 personer daglig som har tatt sin første dose med koronavaksine.

FHI har ansvaret for innkjøp og distribusjon av vaksiner, og for å gi de overordnede faglige anbefalingene for vaksinasjon. Gjennomføringen av selve vaksinasjonen ligger på kommunene i henhold til Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram. Kommunen har plikt til å tilby vaksiner som er anbefalt til hele eller grupper av befolkningen gjennom et nasjonalt vaksinasjonsprogram. Det er i stor grad opp til kommunene hvordan de utfører denne plikten. FHI kan anbefale måter å organisere vaksinasjonen på, men ikke pålegge. Denne organiseringen av det norske koronavaksinasjonsprogrammet er først og fremst en styrke. Det gir kommunene som kjenner sine innbyggere og sin situasjon best, stor grad av frihet til å organisere vaksinasjonen på den mest hensiktsfulle måten. Men ulik ressursituasjon i de ulike kommunene og ulik gjennomføring kan også gi utfordringer i den nasjonale koordineringen av vaksinasjonsprogrammet.

En økt vaksinasjonsdekning vil først og fremst gi viktig beskyttelse for den enkelte som lar seg vaksinere, men også for samfunnet som da får en økt befolkningsimmunitet. Det er imidlertid langt mer krevende å få vaksinert de siste 10 % av befolkningen enn de første 90 %. Gitt at det alltid vil være en begrensning i tilgjengelige ressurser, må det avveies hvor mye ressurser som skal og kan brukes på å forsøke å nå de som så langt ikke har latt seg vaksinere. Det er også en rekke andre vaksinasjonsoppgaver kommunene står i, nå først og fremst influensavaksinering og oppfriskningsdoser til de over 65 år og andre grupper som er anbefalt det.

Det europeiske smittevernbyrået ECDC publiserte medio oktober en rapport med anbefalinger for økt kunnskap om drivere og barrierer, samt eksempler på tiltak som er brukt i europeiske land¹. Med den høye vaksinasjonsdekningen og tilliten til helsemyndigheter som vi har i Norge, står vi i en annen situasjon enn mange andre europeiske land. Anbefalingene i den rapporten er derfor ikke uten videre relevante for Norge.

I videre valg av tiltak bør man også være oppmerksom på mulige uheldige effekter. Tillit i befolkningen er avgjørende for oppslutningen om alle vaksinasjonsprogrammene i Norge fremover. I Folkehelserapportens temautgave 2021 (FHI), ble viktigheten av å forvalte befolkningens tillit på lang sikt omtalt.² Å legge et unødig sterkt press på personer som allerede er fast bestemt på at de ikke ønsker å ta vaksine kan også virke provoserende og bidra til å mobilisere sterkere og mer velorganiserte motkrefter. FHI advarer derfor mot bruk av virkemidler som kan ha større negativ effekt enn positiv. Vår vurdering er at det ikke finnes forholdsmessige tiltak som raskt kan øke vaksinasjonsdekningen vesentlig hos de som så langt ikke har mottatt sin første dose.

1.2 Beskrivelse av den uvaksinerte del av befolkningen

På landsbasis er vaksinasjonsdekningen høy for innbyggere som er 45 år og eldre. Den laveste dekningsgraden finner vi blant personer som er 25-34 år (82%), etterfulgt av personer i alderen 35-39 år (84%) og i aldersgruppene 40-44 år og 18-24 år (86%). Menn har noe lavere vaksinasjonsdekning enn kvinner i de nevnte aldersgruppene (3-5% lavere).

Den høye samlede vaksinasjonsdekningen i befolkningen er påvirket av den høye dekningsgraden i den eldste delen av befolkningen. Dekningsgraden i aldersgruppene fra 45 år og nedover fordeler seg slik i kommunene:

- 18-24 år - 253 kommuner har lavere vaksinasjonsdekning enn 90% (fra 64% - 95%)
- 25-39 år - 339 kommuner har lavere vaksinasjonsdekning enn 90% (fra 54%-95%)
- 40-45 år - 246 kommuner en lavere vaksinasjonsdekning enn 90% (fra 60%-95%)

I gjennomsnitt har alle landets fylker en vaksinasjonsdekning på over 90% på første dose. Det er noe større variasjon i grad av vaksinasjonsdekning for 2. dose, med en variasjon fra 82%-89%. Det tilsier at det kan være fylker eller kommuner som vil ha behov for ekstra tiltak for å nå en vaksinasjonsdekning for 2. dose på 90%, men det kan også gjenspeile at det i enkelte deler av landet er flere som har gjennomgått infeksjon og ikke er anbefalt en dose 2.

Vaksinedekning innvandrerbefolkningene

Nesten halvparten av de som ikke registrert med vaksinasjon, har innvandrerbakgrunn (213 470 med innvandrerbakgrunn vs. 218 906 uten innvandrerbakgrunn). Vaksinasjonsdekningen er lavest blant personer med bakgrunn fra Øst-Europa, men er også lav blant mange med bakgrunn fra Afrika eller Midtøsten (se vedlegg 1). Forskjellen kan ikke forklares av forskjeller i sosioøkonomiske forhold, kjønn eller alderssammensetning alene.³ FHI antar at lavere dekning skyldes kombinasjonen av noe lavere

¹ European Centre for Disease Prevention and Control (2021). *Facilitating COVID-19 vaccination acceptance and uptake in the EU/EEA*. Hentet fra: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/facilitating-covid-19-vaccination-acceptance-and-uptake>

² FHI (2021). *Del 7: Tillit og vaksinasjon i Norge*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/folkehelserapporten-temautgave-2021/del-1-9/tillit-og-vaksinasjon-i-norge/?term=&h=1>

³ Kraft, K., Godøy, A., Viljerui, K. H., Kour, P., Kjøllesdal, M. & Indseth, T. (2021). Vaksinasjonsdekning etter innvandrerbakgrunn og variasjon med sosioøkonomiske og demografiske karakteristika, en registerstudie. (Submittert til Tidsskrift for Legeforeningen)

ønske om å vaksineres og større barrierer (språk, digitale ferdigheter med mer). Dette understøttes også av funnene fra spørreundersøkelser⁴ og funn fra forskning utenfor Norge.⁵

Den lavere dekningen i deler av innvandrerbefolkningene gjenspeiler seg i statistikken over innleggelser. De siste fire ukene har det vært innlagt 169 uvaksinerte personer. Av disse er 94 personer født utenfor Norge.

Vår vurdering er at det fortsatt kan være noe å hente på å senke barrierer og tilrettelegge for kommunikasjon som kan bygge trygghet og tillit. Det finnes ingen enkel løsning for å oppnå dette. Tiltak må forsterkes og bygges langs flere akser, der lokal tilpasning bør være førende. Kapasiteten i kommunene er under sterkt press og hvilke tiltak som er gjennomførbare påvirkes av dette.

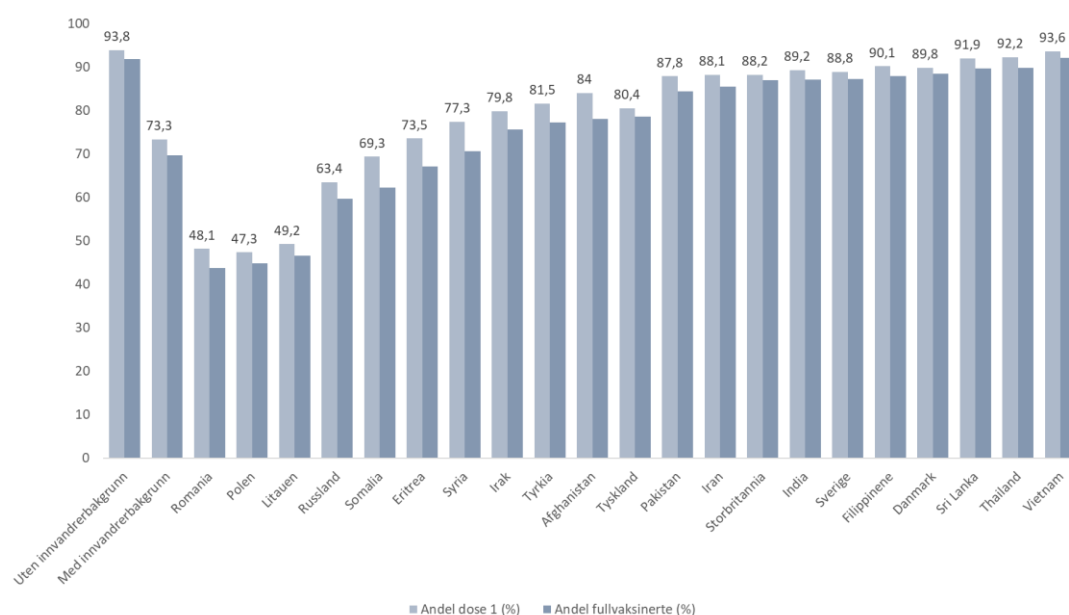
Tabell 1. Antall vaksinert med 1 dose og uvaksinerte etter innvandrerbakgrunn (18+) 15.11.2021 (Kilde: Beredt C-19).

	Befolkning (N)	Antall dose 1	Antall uvaksinerte
Uten innvandrerbakgrunn	3 510 493	3 291 587	218 906
Med innvandrerbakgrunn	800 055	586 585	213 470
Polen	88 680	41 917	46 763
Litauen	34 404	16 912	17 492
Somalia	27 293	18 910	8 383
Romania	13 099	6 302	6 797
Russland	16 884	10 706	6 178
Eritrea	20 527	15 086	5 441
Syria	22 909	17 718	5 191
Irak	23 605	18 840	4 765
Tyskland	22 822	18 360	4 462

⁴ FHI (2021). Holdninger til vaksine, og etterlevelse råd om sosial distansering og hygiene blant innvandrere i forbindelse med koronapandemien. Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/holdninger-til-vaksine-og-etterlevelse-av-rad-om-sosial-distansering-og-hygiene-blant-innvandrere-i-forbindelse-med-koronapandemien-rapport-2021.pdf>

⁵ Kraft, K., Godøy, A., Viljerui, K. H., Kour, P., Kjøllesdal, M. & Indseth, T. (2021). Vaksinasjonsdekning etter innvandrerbakgrunn og variasjon med sosioøkonomiske og demografiske karakteristika, en registerstudie. (Submittert til Tidsskrift for Legeforeningen)

Pakistan	30 888	27 119	3 769
Sverige	33 252	29 531	3 721
Tyrkia	15 592	12 700	2 892
Afghanistan	15 947	13 397	2 550
Iran	18 979	16 729	2 250
Filippinene	21 198	19 090	2 108
Danmark	18 078	16 243	1 835
Storbritannia	13 890	12 249	1 641
Thailand	19 520	17 994	1 526
India	13 890	12 387	1 503
Vietnam	19 157	17 934	1 223
Sri Lanka	12 511	11 493	1 018



Figur 1. Prosentandelen vaksinert med minst 1. dose og fullvaksinert, etter innvandererbakgrunn (18+), 15.11.2021 (Kilde: Beredt C-19).

1.3 Drivere og barriere for vaksineopptaket

Vi anser at mye av årsaken til den høye vaksinedekningen i Norge kan tilskrives følgende:

- Høy grad av tilgjengelighet av vaksinetilbudet
- Høy tillit til helsemyndigheter og helsetjenesten
- Opplevd nødvendighet for å beskytte seg mot sykdommen

I tillegg kan lettelse som koronasertifikat gir vaksinerte, ha en betydning. I de kommuner eller deler av landet hvor det har vært lite smitte, kan imidlertid opplevelsen av nødvendighet ha vært noe lavere. Med den økte smitten som befolkningen står overfor nå så kan den opplevelsen endre seg.

Undersøkelser som er gjennomført viser at de oppgitte årsakene for å ikke benytte seg av tilbudet særlig handler om:

- Praktiske hindringer for å få gjennomført vaksinasjon (som tid, sted) eller med å finne informasjon
- Har ikke fått somlet seg til det
- Vil ikke ha vaksine. Det oppgis ulike grunner, særlig frykt for bivirkninger eller at de ikke opplever covid-19 som stor nok trussel. I tillegg er noen vaksinemotstandere, de er få, men kan gi inntrykk av at de er flere på grunn av engasjement.
- Vil vente. Kan gjelde en del gravide, personer under behandling for sykdom m. fl
- Behov for spesiell tilrettelegging for eksempel på grunn av redsel for folkemengder eller sprøytetikk

1.4 Pågående tiltak og løpende tiltak

Analyser og kartlegginger: For å få økt innsikt har vi også gjennomført følgende analyser og kartlegginger:

- To runder med kvantitativ undersøkelse av kommunenes arbeid og tiltak:
 - 15.03.21 – 20.03.21: samle innsikt om grupper i befolkningen som kan være vanskelige å nå (Oppdrag 15)
 - 16.09.21 – 21.09.21: samle innsikt om kommunenes tilnærminger og tiltak for å sikre at alle innbyggere får tilbud om koronavaksinasjon. Svarprosenten var 81%
- Fokusintervjuer med 11 kommuner med lav vaksinasjonsdekning (under 70%), og 7 kommuner med høy vaksinasjonsdekningsgrad (ca 80%). Intervjuene ble gjennomført i ukene 37 og 38. Se vedlegg 2 for oppsummering av funn fra overnevnte kvantitative undersøkelse og fokusintervjuer
- En serie utdypende registertanalyser i Beredt C-19 av de befolkningsgruppene som har lavest vaksinasjonsdekning, etter kommune, sosioøkonomiske forhold, innvandrerbakgrunn og yrker
- Vi har gjennomført en serie kvalitative intervjuer med representanter fra innvandrerbefolkningene der det også inngår noen spørsmål om vaksine. Dette materialet blir nå analysert.
- Det er gjennomført spørreundersøkelser for å kartlegge holdningen til vaksiner.⁶

⁶ FHI (2021). Holdninger til vaksine, og etterlevelse råd om sosial distansering og hygiene blant innvandrere i forbindelse med koronapandemien. Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/holdninger-til-vaksine-og-etterlevelse-av-rad-om-sosial-distansering-og-hygiene-blant-innvandrere-i-forbindelse-med-koronapandemien-rapport-2021.pdf>

- Det blir inkludert spørsmål om koronavaksinasjon i den nasjonale folkehelseundersøkelsen (NHUS) som gjennomføres i desember i år. Et nasjonalt representativt utvalg av om lag 25.000 voksne inviteres til å delta fra alle fylker. Funnene vil gi verdifull informasjon om koronavaksinasjon som kan sees i forhold til andre helse og levevaner som det spørres om i undersøkelsen.

Møter: For å sikre at alle innbyggere får tilbud om koronavaksinasjon, og for sikre et godt innblikk i drift og kommunikasjon av koronavaksinasjonsprogrammet avholdes det et fast ukentlig møte med landets vaksinekoordinatorer. Dette har vært gjennomført hver uke siden desember 2020. Statsforvalternes vaksinasjonskoordinatorer har så møter med sine kommuners vaksinasjonskoordinatorer. FHI deltar i en del av disse møtene også. I tillegg gjennomføres det behovsrelaterte møter med Statsforvalterne og kommunene i regi av regjeringen, FHI og Helsedirektoratet.

Brev: Alle større og mindre endringer i koronavaksinasjonsprogrammet blir kommunisert i regelmessige informasjonsbrev til kommunene. Mange tiltak for bedring av vaksinasjonsdekningen og for å nå ut til særskilte grupper er presentert i disse brevene. FHI har så langt gitt ut 36 slike informasjonsbrev.

Webinar: FHI har formidlet råd og anbefalinger til kommunene i form av webinarer for statsforvalterne, vaksinasjonskoordinatorer, kommuneleger og andre ansatte i kommunene som driver informasjonsarbeid.

Råd, anbefalinger og foreslåtte tiltak som har vært formidlet i disse kanalene for å øke vaksinasjonsdekningen har blant annet vært:

- Tilrettelegge for fleksible vaksinasjonstilbud på steder der målgruppene ellers ferdes i forbindelse med arbeid eller fritid. Vurdere samarbeid med lokale arbeidsplasser.
- Ha drop-in-tilbud på dag- og kveldstid. Vurdere ulike vaksinasjonslokasjoner eller mobile vaksinasjonstilbud for å komme tettere på målgruppene som fortsatt er uvaksinert
- Unngå krav om forhåndsfyllt selverklæringsskjema, tilby å bistå med dette på vaksinasjonsstedet
- Sikre at studenter og andre som midlertidig oppholder seg i kommunen er kjent med tilbudet om vaksinasjon
- Informere om vaksinasjonstilbud gjennom voksenopplæringen. Eget materiell er utviklet for dette.⁷ Sentral informasjon er blant annet at retten til vaksinasjon også gjelder for personer uten norsk fødselsnummer, tilrettelegge for tolk ved vaksiner og hvor man skal henvende seg for å få vaksine
- Bruk av dialog og samarbeid med ressurspersoner lokalt for å nå enkelte grupper/miljøer som er vanskelig å nå. Det kan for eksempel være frivillige organisasjoner eller faggrupper i kommunen (rusomsorg og andre)
- Vurdere ulike innkallingsløsninger til de som ikke bruker digitale løsninger, har lav språk- og helsekompetanse m.m. Det er blant annet utviklet et eget verktøy for underveisevaluering bl.a. av systemer for innkalling.⁸

⁷ Integrerings og mangfoldsdirektoratet (2021). *Informasjon om koronavaksinasjonsprogrammet gjennom opplæringen i norsk og samfunnskunnskap for innvandrere*. Hentet fra: <https://www.imdi.no/kvalifisering/informasjon-om-koronavaksinasjonsprogrammet-gjennom-opplaringen-i-norsk-og-samfunnskunnskap-for-innvandrere/>

⁸ FHI (2021). *Råd til underveisevaluering av pasientsikkerheten i koronavaksinasjonsprogrammet*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/koronavaksinasjonsveilederen-for-kommuner-og-helseforetak/koronavaksinasjon-i-kommunene/rad-til-underveisevaluering-av-pasientsikkerheten-i-koronavaksinasjonsprogr/>

- Bruk av Verktøykasse for et likeverdig vaksinasjonstilbud – ressurskapittel i Vaksinasjonsveilederen for helsepersonell⁹. Kapittelet inneholder kunnskapsgrunnlag og strategier for å nå ulike grupper, inkludert innvandrere. Det omtaler både praktisk tilrettelegging og informasjonstiltak.

Pågående og planlagte tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen

I uke 48 og 49 skal FHI ha en informasjonskampanje på polsk, russisk, litauisk, latvisk og rumensk på Facebook og i digitale medier. Kampanjen blir synlig for de som har Facebook-profilen sin innstilt på et av disse språkene. I denne kampanjen vil vi teste å gi informasjon i spørsmål og svar-format. Vi vil også moderere kommentarfelt på de ulike språkene.

FHI stiller med fagfolk på arrangementer rettet mot innvandrerbefolkningen når det er kapasitet til det. I uke 48 deltar FHI i vaksinedialogmøtene på Caritas ressurscenter i regi av Caritas og Oslo kommune for å informere om koronavaksinasjon og svare på spørsmål på russisk.

FHI har gjennom pandemien arrangert en rekke dialogmøter og webinarer med og for ressurspersoner fra deler av innvandrerbefolkningen og vil etter behov kunne innkalle til nye. I desember arrangeres det en erfaringskonferanse for å utveksle erfaringer og læringspunkter fra arbeidet rettet mot innvandrerbefolkningen under koronapandemien.¹⁰

FHI sender via IMDI ukentlig ut et informasjonsbrev til frivillige organisasjoner som har fått midler til informasjonsarbeid mot innvandrerbefolkningen under pandemien. Dette inneholder sentrale nyheter/endringer og peker på de viktigste budskapene som er viktige å formidle ut. Dette nyhetsbrevet videreføres inntil videre.

FHI har i vaksinasjonsveilederen publisert et kapittel som omtaler viktigheten av et likeverdig tilbud av koronavaksinasjon. Kapitelet inneholder kunnskapsgrunnlag og strategier for å nå ulike grupper, inkludert innvandrere, rettet mot helsepersonell og informasjonsformidlere. Det omtaler både praktisk tilrettelegging og informasjonstiltak.

1.5 Nye forslag og forsterking av allerede pågående tiltak

En rekke tiltak kan tenkes gjennomført, men det er viktig å påpeke at punktene under er forslag og gitt oppdragets korte frist er de ikke utredet for kostnader, gjennomførbarhet og antatt effekt. Selv om det er den reelle beskyttelsen som er viktig, er det viktig med en så korrekt som mulig vaksinasjonsstatistikk siden det påvirker tiltak og ressurser som settes inn mot enkelte grupper. Det er også viktig å tenke at en del av tiltakene vil ha ulik innretning avhengig av hvilke grupper man vil nå. Målretting er i det hele tatt viktig for mange av tiltakene.

Nasjonalt

FHI foreslår at følgende nasjonale tiltak utredes for å bedre tilgjengelighet for vaksinasjon og mer komplett vaksinasjonsstatistikk:

⁹ FHI (2021). *Verktøykasse for et likeverdig vaksinasjonstilbud*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksinasjon/verktoykasse/>

¹⁰ FHI (2021). *Erfaringskonferanse – informasjon og helsetjenester til innvandrerbefolkningen under koronapandemien*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/om/kurs-og-konferanser/erfaringskonferanse--koronapandemien-informasjon-og-helsetjenester-til-innv/>

- Nasjonal kommunikasjon må fortsette, forsterkes og ytterligere målrettes mot aktuelle grupper. Dette gjelder både betalte kampanjer i regi av FHI, nasjonal kommunikasjon fra Regjeringen og etatene.
- Det anbefales at det opprettes en nasjonal vaksinetelefon som svarer ut de viktigste spørsmålene på ulike språk, både faglige spørsmål og praktisk veiledning. En utvidelse av koronatelefon som allerede har forskjellige språk inne vil være en mulig løsning. Dette burde også omfatte praktisk bistand til bestilling av time til vaksinen, noe som kan være en barriere for personer som ikke kan norsk.
- Etterregistrering av covid-19 vaksiner satt i utlandet for de med norsk f-nummer eller d-nummer bør bli gratis slik det er for etterregistrering av vaksiner i forbindelse med barnevaksinasjonsprogrammet. For å kunne utforme rett tiltak til rett tid er det viktig at statistikken vi har er så presis som mulig. Per d.d. vet vi ikke hvor mange av de som er oppført som uvaksinerte som faktisk har tatt en vaksine utenfor Norge. For enkeltindividene koster dette penger og det tar tid. Det er heller ikke noe insentiv til å etterregistrere. Barrierene for etterregistrering bør reduseres. Det bør være gratis og enkelt.

Lokalt

Flere av de foreslåtte lokale tiltakene kan være ressurskrevende. Hvis de skal gjennomføres vil det for mange av de være fornuftig å vurdere gjennomført i et interkommunale samarbeid. Slik FHI vurderer det må det ses på om tiltakene under skal følges av egne midler. En mulig måte å tilpasse økonomisk kompensasjon på er at kommunene for en viss sum penger per uvaksinert innbygger over 18 år. Da kan kommunene selv iverksette de tiltakene de mener er best for sin kommune, men det er viktig at pengene må følges av rapportering/planer slik at de faktisk går til tiltak rettet mot økt vaksinasjonsdekning.

- Det må vurderes om det skal settes et krav til et tilgjengelig tilbud for vaksinasjon som ikke krever timebestilling og som har en viss åpningstid også utenfor vanlig kontortid. Det er viktig å balansere dette mot kommunens størrelse og hvor langt de er kommet i vaksinasjonen. Det er viktig å kommunisere at kommuner ikke kan anse seg som ferdig. Tilbudet må videreføres så lenge vi har et pågående vaksinasjonsprogram i den form vi har i dag.
- Vurdere om alle som ikke har takket ja skal få jevnlig påminnelser om at tilbudet fortsatt er tilgjengelig, hvor og hvordan de kan bli vaksinert. Dette kan foregå ved sms eller brev, og det må foreligge et reservasjons- eller stoppsystem.
- Oppsøkende vaksinasjonstilbud: dette er allerede kommunisert og tatt i bruk i mange kommuner. Mulige og allerede iverksatte tiltak:
 - Ambulerende vaksinasjon med buss/ bobil som reiser rundt i kommunen/ interkommunalt
 - Vaksinasjon på arbeidsplasser i samarbeid med arbeidsgivere. Dette er et særlig aktuelt tiltak i kommuner med store arbeidsplasser med høy andel arbeidsinnvandrere, men vil også treffe norskfødte.
 - Vaksinasjon der folk er (kjøpesentre og liknende)
 - Samarbeid med trossamfunn, menigheter og andre forsamlinger for å tilrettelegge for vaksinasjonstilbud. Dette er gjort i enkelte kommuner.
- Der hvor det ikke er mulig/ riktig å oppsøke den som skal vaksineres, må transportordninger være tilgjengelig. Dette er kommunisert også tidlig i vaksinasjonsprogrammet.
- Kommuner kan ha tilgjengelige ressurspersoner ("vaksinasjonsvert") som bør ha ulike landbakgrunner og språkbakgrunn som gjenspeiler kommunens innbyggere. En slik "vaksinasjonsvert"-ordning må være tilgjengelig og ha tid til den enkelte. De bør kunne nås også utenfor vanlig kontortid. Det kan vurderes om en slik tjeneste også kan møte den som har plan om å la seg vaksinere der hvor vaksineringen skal skje.

- Mer systematisk bruk av fastleger/helsepersonell for tilbud om samtale med personer med usikkerhet/motforestillinger. Slike bekymringer vil ofte ikke svares ut av korte kampangebudskap eller publikumsbrosjyrer. En toveisdialog med et helsepersonell man har tillit til antas å kunne spille en viktig rolle i å trygge å informere. Dette er tid- og ressurskrevende arbeid og krever bruk av fastleger og eventuelt annet helsepersonell som allerede har presset kapasitet. Like fullt anser vi dette å kunne være et viktig tiltak for de som har bekymringer og motforestillinger som årsak til at de er uvaksinerte. Forslaget bør sees nærmere på i en større og grundigere vurdering. Aktiv versus passiv innkalling av uvaksinerte, nødvendige hjemler i lov og forskrift, ressurs- og kapasitetsutfordringer hos det aktuelle helsepersonellet, takst-/kompensasjonsordninger for tidsbruk osv. vil være sentrale momenter i en slik vurdering. Se mer om et planlagt prosjekt rundt dette beskrevet under.
- FHI kan fortsette å forsterke tiltakene mot enkeltkommuner og fylker med utfordringer i vaksinasjonsdekningen. FHI har den siste tiden hatt en rekke møter på forskjellige nivåer med kommuner og statsforvalteren i Troms og Finnmark, som har vært fulgt av spesifikke kommunikasjonskampanjer i samarbeid med FHI og lokale krefter. En slik modell kan også forsøkes andre steder i landet.

Samtale med fastlegen som tiltak for å øke vaksinasjonsdekningen

Dette er et prosjekt som er planlagt for oppstart i desember i år.

Helsepersonell er i en nøkkelposisjon for å påvirke holdninger til vaksine og for å få opp dekningen i risikogruppene – både ved å gå foran som gode eksempler, og ved å formidle klare anbefalinger om vaksine til dem som trenger den.^{11,12,13,14,15} Mange personer har et tillitsfullt forhold til sin fastlege¹⁶. Dette kan gjøre det lettere å drøfte eventuelle bekymringer, for eksempel knyttet til vaksiner. Det er derfor rimelig å anta at fastlegen kan spille en viktig rolle som formidler av informasjon om covid19-vaksiner til personer som er usikre på om de ønsker å la seg vaksinere.

Pasientene vil randomiseres til to grupper. Intervensjonsgruppa vil bli kontaktet av fastlegen per telefon. Kontrollgruppa får ingen slik henvendelse. Fastlegene vil få utdelt et veiledningsskjema for å gjennomføre en semistrukturert pasientsamtale med elementer fra motiverende intervju. Forventet tidsramme for hver pasientsamtale er rundt 20 minutter. Det legges opp til en respektfull dialog på pasientens premisser, og det er ønskelig at samtalen skal ligne så mye som mulig på vanlig klinisk praksis.

Vi vil så måle den etterfølgende vaksinasjonsoppslutningen i de to gruppene for å se om intervensjonen økte oppslutningen.

¹¹ Kan, T. & Zhang, J. (2018). Factors influencing seasonal influenza vaccination behaviour among elderly people: a systematic review. *Public Health*, 156, 67-78. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.12.007>

¹² Lu, P. J., Srivastav, A., Amaya, A., Dever, J. A., Roycroft, J., Kurtz, M. S., ... Williams, W. W. (2018). Association of provider recommendation and offer and influenza vaccination among adults aged ≥18 years - United States. *Vaccine*, 36(6), 890-898. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.12.016>

¹³ Giese, C., Mereckiene, J., Danis, K., O'Donnell, J., O'Flanagan, D. & Cotter, S. (2016). Low vaccination coverage for seasonal influenza and pneumococcal disease among adults at-risk and health care workers in Ireland, 2013: The key role of GPs in recommending vaccination. *Vaccine*, 34(32), 3657-3662.

¹⁴ Mak, D. B., Regan, A. K., Joyce, S., Gibbs, R. & Effler, P. V. (2015). Antenatal care provider's advice is the key determinant of influenza vaccination uptake in pregnant women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 55(2), 131-137

¹⁵ McIntyre, A., Zecevic, A. & Diachun, L. Influenza vaccinations: older adults' decision-making process. *Can J Aging*, 33(1), 92-98.

¹⁶ Forus A. (2008). Hvorfor stoler pasienten på legen? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 128, 1798

Vedlegg 1: Vaksinasjonsgrad blant personer med innvandrerbakgrunn

Vaksinasjonsgrad blant personer med innvandrerbakgrunn

FHI

15 11 2021

Vi har benyttet data fra SSB i kombinasjon med fødelandsvariabelen fra folkeregisteret for å klassifisere personer etter innvandrerbakgrunn. For 216377 personer er innvandrerkategori ukjent. Hvis SSB-data på innvandrerkategori mangler og fødeland i folkeregisteret er kjent har vi klassifisert personen som *uten innvandrerbakgrunn* hvis personen er født i Norge og *med innvandrerbakgrunn* hvis personen er født i utlandet. Personer uten kjent fødeland og innvandrerkategori er ikke rapportert. Disse utgjør 3588 personer.

Personer med innvandrerbakgrunn inkluderer:

- Innvandrere: Personer som har selv har innvandret til Norge og som er født i utlandet av utenlandsfødte foreldre
- Norskfødte med innvandrerforeldre: Personer som er født i Norge av to utenlandsfødte foreldre og som har fire utenlandsfødte besteforeldre

Table 1: Vaksinasjonsgrad (bosatte over 18), hele landet. Data hentet 15.11.2021 kl 16.40

			Andel	Andel		Andel	Andel
		Antall	dose 1	beskytta	Antall	dose 2	fullvaksinerte
	Befolkning	dose 1	(%)	(%)	dose 2	(%)	(%)
Med innvandrerbakgrunn055	800	586 585	73,3	75,2	523 054	65,4	69,6
Uten innvandrerbakgrunn493	3 510	3 291	93,8	93,9	3 175	90,5	91,8
		587			894		
Afghanistan	15 947	13 397	84,0	87,1	11 089	69,5	78,0
Danmark	18 078	16 243	89,8	90,3	15 694	86,8	88,4
Eritrea	20 527	15 086	73,5	79,6	12 255	59,7	67,1
Filippinene	21 198	19 090	90,1	90,6	18 039	85,1	87,8
India	13 890	12 387	89,2	89,9	11 426	82,3	87,0
Irak	23 605	18 840	79,8	83,5	15 465	65,5	75,6
Iran	18 979	16 729	88,1	89,5	15 243	80,3	85,4
Litauen	34 404	16 912	49,2	52,5	14 900	43,3	46,5
Pakistan	30 888	27 119	87,8	90,2	22 186	71,8	84,3
Polen	88 680	41 917	47,3	50,9	37 013	41,7	44,8
Romania	13 099	6 302	48,1	51,9	5 422	41,4	43,7
Russland	16 884	10 706	63,4	69,0	9 524	56,4	59,7
Somalia	27 293	18 910	69,3	74,6	14 072	51,6	62,2
Sri Lanka	12 511	11 493	91,9	92,9	10 502	83,9	89,6
Storbritannia	13 890	12 249	88,2	88,5	11 843	85,3	86,9
Sverige	33 252	29 531	88,8	89,5	28 178	84,7	87,2
Syria	22 909	17 718	77,3	81,5	14 725	64,3	70,6
Thailand	19 520	17 994	92,2	92,6	17 102	87,6	89,8
Tyrkia	15 592	12 700	81,5	85,0	10 796	69,2	77,2
Tyskland	22 822	18 360	80,4	81,1	17 644	77,3	78,6

1

	Antall	Andel	Andel	Antall	Andel	Andel	
Befolkning	dose 1	dose 1	beskytta	dose 2	dose 2	fullvaksinerte	
		(%)	(%)		(%)	(%)	
Vietnam	19 157	17 934	93,6	94,0	16 957	88,5	92,1

Vedlegg 2: Oppsummering av kartlegging av kommunenes arbeid med grupper som er vanskelig å nå

Sammendrag

Oppslutningen om koronavaksinasjon i Norge er høy. Samtidig er vaksinasjonsdekningen lavere i noen grupper av befolkningen. For å sikre at hele befolkningen får et likeverdig tilbud om koronavaksinasjon og å kunne bistå kommunene mer målrettet med tiltak for å nå ut til alle, ble det i uke 37 og 38 gjennomført et kartleggingsarbeid. Målsettingen var å få innsikt i hvordan kommunene arbeider med å tilby koronavaksinasjon til grupper som det kan være vanskelig å nå.

Kartleggingen var todelt;

- Det ble gjennomført semistrukturerte fokusintervjuer med 18 utvalgte kommuner. 11 av kommunene hadde lavere dekningsgrad enn gjennomsnittet, og 7 av kommunene hadde høyere dekningsgrad enn gjennomsnittet. Ytterligere 3 kommuner med høyere dekningsgrad enn gjennomsnittet ble forsøkt kontaktet
- I tillegg til fokusintervjuene ble det sendt ut en spørreundersøkelse til samtlige kommuner og bydeler i Oslo. Svarprosenten var 81%.

Kartleggingen fant at det er ulike årsaker til at noen fortsatt er uvaksinerte:

- Vil ikke ha vaksine – er skeptiske til å kombinere Pfizer og Moderna, er vaksinemotstander, eller anser ikke koronasykdom som en alvorlig sykdom
- Praktiske hindringer – får ikke vaksinert seg på grunn av tidspunkt eller lokasjon, vet ikke hvor de kan få vaksine eller har ikke somlet seg til det
- Vil vente – på grunn av sykdom, gravide eller vil se hvordan det går med andre
- Når dem ikke – registrert med feil telefonnummer eller adresse, noen oppholder seg ikke i landet lenger
- Andre hindringer – redsel for bivirkninger, redsel for sprøytetikk eller angst for folkemengder

Den kvantitative delen av kartleggingen viser at flere kommuner opplever det som utfordrende å nå grupper:

- Uten tilgang til digitale verktøy eller med lav digital kompetanse (41 %)
- Arbeidsinnvandrere med midlertidig opphold (40 %)
- Uten lovlig opphold eller som ikke er registrert med norsk fødselsnummer/D-nummer eller DUF-nummer (28 %)
- Som nylig har kommet/flyttet til Norge og kommunen (28 %)
- Har lav språkforståelse eller syns- og/eller hørselshemmede (23 %)
- Psykiske utfordringer (rus, psykiatri ol) (22 %)
- Som tilhører lukkede miljøer (eks religiøse, kulturelle, etniske e.l.) (19 %)
- Redusert kognitiv funksjon (11 %)

Innledning og formål

Oppslutning om koronavaksinasjon i Norge er høy. Over 90 % av befolkning som er 18 år eller eldre tatt første dose, og over 80 % er vaksinert med to doser. Det ligger en enorm innsats i kommunene bak disse tallene. Samtidig viser tallene fra nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK, som baserer seg på folkeregistrert adresse, at det er en del som ikke har tatt imot vaksinetilbudet. For å sikre at hele befolkningen får tilbud om koronavaksinasjon, ønsker FHI å få bedre innblikk i arbeidet som gjøres i kommunene gjennom en kartleggingsundersøkelse. Kartleggingen vil bidra til at FHI i ytterligere grad kan bistå kommunene med målrettet tiltak.

Metode

Fokusintervjuer

Basert på data hentet fra beredtC19, SYSVAK, per 09.09.2021 ble det identifisert og kontaktet et utvalg av kommuner med høy og lav vaksinasjonsdekning i forhold til gjennomsnittet blant alle landets kommuner. Totalt ble det intervjuet 18 kommuner, hvorav 11 hadde en lav dekning på under 70% og 7 kommuner med vaksinedekning på om lag 80%. Ytterligere 3 kommuner ble forsøkt kontaktet.

Fokusintervjuene ble gjennomført som et semistrukturert intervju over telefon, og respondentene ble kontaktet per e-post i forkant for å avtale tidspunkt for samtale. Intervjuene varte mellom 20-45 minutter, noe som var lenger enn estimert. Se vedlegg 1 for intervjuguiden.

Etter intervjuene ble svarene samlet i et Excel-dokument for å enkelt kunne sammenligne svarene fra de ulike kommunene.

Spørreundersøkelse

I uke 37 ble det sendt ut en kort spørreundersøkelse til samtlige kommuner i landet og bydelene i Oslo for å lære mer om hver enkelt kommunes tilnærming og tiltak. 287 av 356 kommuner svarte, det gir en svarprosent på 81 %.

Undersøkelsen ble programmert av Respons Analyse. En lenke ble sendt til en mailliste bestående av vaksinasjonskoordinatorer fra de ulike kommunene. Emaillisten var basert på informasjon tilsendt fra stasforvalterne, og inneholdt for noen kommuner flere enn en representant. For Oslo kommune inneholdt listen emailadressen til kommunikasjonsansvarlig for de ulike bydelene.

Tidsperioden for datafangst var 16. til 21. september. Kvalitetssikring, prosjektledelse og rapportering ble gjennomført av Mindshare.

Funn fra fokusintervjuer

Spørsmålene i fokusintervjuene ble delt inn i følgende temaer:

- Generelt om vaksinasjon
- Registrering
- Grupper som kan være vanskelig å nå
- Kommunikasjon
- Annet

Generelt om vaksinasjon

Kommunene oppgir at koronavaksinasjon frem til nå har gått bra. Flere nevner at de er i en slutfase og noen opplever at de er snart «ferdig» med vaksinasjonen. Av kommunene med lav vaksinasjonsdekning forteller flere at det var krevende å få ekstra doser i fellesferien, da de opplevde at mange i befolkningen prioriterte ferie fremfor vaksinasjon da de opplevde at de allerede var beskyttet av første dose.

Vaksinasjonstilbud

Av vaksinasjonstilbud benytter de fleste kommunene massevaksinering ved et vaksinasjonssenter. Det er ulik praksis om dette tilbudet er åpent på dagtid og/eller kveldstid, og noen har også åpent for vaksinering i helg. Flere mindre kommuner har ikke funnet det hensiktsmessig med massevaksinering, og har gjennomført koronavaksinasjon via fastlegekontorene.

Kommunene har ulik erfaring med bruk av drop-in tilbud. Av de intervjuede kommunene er det noen få kommuner som ikke har testet ut drop-in. En kommune foreller at de ikke har benyttet drop-in frem til nå, men vil gjøre det fremover og planlegger for drop-in i høstferien. Noen av kommunene har sluttet med drop-in og gått over til å kun ha faste dager. Det er også noen kommuner som kun har testet ut drop-in en eller to ganger, men som opplevde at det var få som møtte opp slik at de avviklet tilbudet.

Andre vaksinasjonstilbud som er blitt benyttet er vaksinering i hjemmet (eldre, rusmisbrukere, ol), vaksinasjon ved voksenopplæring, der hvor rusmisbrukere oppholder seg, på større arbeidsplasser, fra bil (for de i karantene), og «stem og stikk» et tilbud for de som skulle stemme til stortingsvalget og som ønsket å gjennomføre vaksinasjon samtidig.

Oppfølging av de som ikke melder seg opp til vaksinering

Kommunene benytter ulike systemer for innkalling til vaksinasjon. For de som ikke melder seg opp velger de fleste kommunene å følge opp ved å sende upersonlige sms'er. Dersom vedkommende fortsatt ikke melder seg opp/ registrerer at de ikke ønsker vaksinasjon, velger flere kommuner å ringe 2-3 ganger og videre sende ut brev dersom de ikke får svar på telefon. Det å ringe rundt er svært ressurskrevende for kommunene, og noen kommuner har besluttet å ikke drive oppsøkende virksomhet da de har slått seg til ro med arbeidet som allerede er gjort, og anser seg som «ferdige».

Oversikt over hvem som takker ja/nei

Av de intervjuede kommunene forteller 12 kommuner at de har oversikt over hvem som takker ja og nei til vaksine. 5 kommuner har en viss oversikt og en kommune antar at dersom befolkningen ikke selv har tatt kontakt så ønsker de ikke å ta vaksine. Registrering

Generelt opplever alle kommunene at det å registrere i SYSVAK har fungert godt. Kommunene har ulike løsninger for registrering, men forteller om få tekniske problemer. En utfordring som går igjen er feilregistrering eller at registreringen ikke har gått gjennom, men dette har som regel blitt fanget opp av privatpersoner som har oppdaget feil i koronasertifikat, og da har kommunene kunne rettet opp i dette. Av andre utfordringer nevnes registrering av de som ikke har fødselsnummer eller d-nummer, importproblemer med Helseboken i oppstarten av vaksineringen, at de som registrerer opplever at det kan ta litt tid før pasienten ser vaksinasjonen på helsenorge.no, og at det har vært noen spesielle datoer hvor det ikke har vært mulig å registrere. Det er ingen som forteller om problemer knyttet til koder og informantene opplever at dette er kjent blant de som registrer.

Når det gjelder etterregistrering av vaksiner satt i utlandet har kommunene ulik praksis for hvordan dette håndteres. 8 kommuner forteller at de gjennomfører etterregistrering på helsesenteret/ vaksinasjonssenteret eller via smittevernlege gitt at vedkommende møter opp fysisk med dokumentasjon. Fem kommuner henviser til fastlege eller private aktører, og de resterende kommunene forteller at de ikke vet hvordan dette fungerer i sin kommune. Det er jevnt over ikke mange som ber om å få vaksinasjoner etterregistrert.

Grupper som kan være vanskelig å nå

Mange kommuner forteller at de har sørget for tilrettelagt informasjon og tiltak rettet mot enkelte innbyggergrupper. Eksempler på dette er *flykninger* og *innvandrere* som nylig har kommet til Norge, hvor de fleste kommunene har hatt et samarbeid med flyktningtjenesten og voksenopplæringen for å nå ut med informasjon. Det er også flere kommuner som har samarbeidet med rusomsorgen, og noen

har valgt å vaksinere *rusmisbrukere* der hvor de oppholder seg. Videre har flere kommuner samarbeid med eldreomsorgen og hjemmesykepleien, og har vaksinert *umobile eldre* i hjemmene sine.

En annen gruppe som kan være vanskelig å nå er *arbeidsinnvandrere*. Av kommunene som ble intervjuet var det flere som har hatt dialog med større arbeidsgivere, hvorav noen har valgt å vaksinere på arbeidsteder hvor det er større grupper med arbeidsinnvandrere. Kommunene opplever at det er større vaksineskepsis blant *øst-europeere*, spesielt blant de fra Litauen og Romania. En annen identifisert utfordring knyttet til arbeidsinnvandrere er at det er vanskelig for kommunene å holde oversikt over hvem som er fysisk til stede i kommunen. Det er stor utskiftning i disse miljøene, og det er grunn til å anta at flere av de som står folkeregistrert i kommunene har flyttet ut av Norge uten å melde fraflytting.

Vaksineskepsis finnes også i andre grupper, og det kommer frem av intervjuene at det kan være utfordrende å nå ut til grupper som tilhører visse *tros- og livssynssamfunn*, slik som f.eks. pinsevenner og læstadianere. Det er også utfordrende å nå ut med informasjon til *vaksinemotstandere* og *konspirasjonsteoretikere* som ikke tror Covid-19 eksisterer.

En av de største gruppene som er vanskelig å nå er de i *aldersgruppen 25-39*. Flere kommuner poengterer at de ikke vet hva som er årsaken til at vaksinedekningen er lavere i denne aldersgruppen, og noen opplever at denne aldersgruppen «sitter på gjerdet».

Kommunikasjon

Kommunene forteller at de benytter primært kommunens hjemmeside og Facebook side til å formidle informasjon om koronavaksinasjon. Flere kommuner benytter også lokal avis og radio for å nå ut, og en kommune poengterer at radio har vært en viktig informasjonskanal for særlig eldre i kommunene. De fleste kommunene har en egen vaksinetelefon eller vaksineemailadresse hvor de kan ta imot henvendelser, og flere har synliggjort informasjon ved å henge opp plakater/ ha infoskjermer på kommunale bygg og i dagligvarebutikker. Videre er det også kommuner som har sendt ut sms til alle som oppholder seg i kommunene med informasjon om vaksiner. En kommune forteller at de i sommer ansatte ungdommer inn i vaksinasjonstemaet for å synliggjøre vaksinasjonstilbudet i sosiale medier.

Annet

Kombinasjonsvaksinasjon

Skepsis til å kombinere vaksiner (Pfizer + Moderna) er noe flere kommuner opplever. Flere kommuner opplever at noen snur i døren når de får høre at de vaksinerer med Moderna dersom de har fått Pfizer som første dose. En av kommunene opplever at kombinasjonsvaksineringen har vært en så stor utfordring at det har forsinket vaksineringen, selv om de har gått ut i media og forsterket budskapet fra FHI om at Moderna og Pfizer er likestilte som vaksiner. Kommunene opplever også at noen ikke ønsker å fremskynde timen for dose 2 fordi de er redde for at dette betyr at de ikke får den vaksineprodusenten som de ønsker. En kommune har valgt å håndtere denne situasjonen ved å ha noen glass Pfizer tilgjengelig på de dagene hvor det vaksineres med Moderna, slik at de som ikke kan overtales til å kombinere vaksinene kan få et vaksinetilbud i stedet for å velge å gå. Flere ønsker ikke å kombinere vaksinene ettersom de skal reise til land som ikke slipper inn reisende som er kombinasjonsvaksinert.

Data fra SYSVAK

Det kommer frem gjennom intervjuene at det er få kommuner som kjenner til at kommunelegen med hjemmel i smittevernloven § 2-2 siste ledd har mulighet til å kreve taushetsbelagte opplysninger fra SYSVAK for iverksetting av tiltak eller kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer. Dersom kommunelegen har behov for informasjon om vaksinasjonsstatus, er det kommunelegen som kan henvende seg til SYSVAK om dette. Vilåårene i loven må være oppfylt og det må foreligge et rettslig

grunnlag i tråd med personvernforordningen artikkel 6 og 9. Vi gjør oppmerksom på at SYSVAK kun kan tilgjengeliggjøre opplysninger om innmeldte vaksinasjoner.

Dette er noe de er positive til å benytte, og som de ønsker mer informasjon om.

Årsaker til at kommunene har lavere/høyere dekning

På spørsmål om hva kommunene tror er årsakene til at de ligger *under* gjennomsnittet på vaksinasjonsdekning svarer noen at det er fordi de er minuskommune, og dermed fikk færre doser før sommeren og flere doser i fellesferien. Noen kommuner påpeker videre at skepsis mot kombinasjonsvaksinasjon, lav utdanningsprofil og ung befolkning kan være ulike årsaker. Det går også igjen at flerparten av kommunene har fulgt FHI sine anbefalinger, og kun tatt ut 6 doser av hvert hetteglass med Pfizer og 10 for Moderna, selv om de vet om andre kommuner som har tatt ut flere doser. Det er også noen kommuner som ikke har et godt svar på hva som er årsaken til at vaksinasjonsdekningen i kommunen er lavere enn gjennomsnittet. Det kom også frem at noen kommuner anser seg som «ferdige» når de har vaksinert alle som har satt seg opp på vaksinasjonstime, og at de ikke jobber proaktivt med å nå personer som ikke er vaksinert. Kommunene dette gjaldt var blant de som hadde lavere dekningsgrad enn gjennomsnittet

Blant kommunene med *høyere* vaksinasjonsdekning enn gjennomsnittet trekker kommunene frem fokus på tilgjengelighet som en viktig faktor. Flere viser til at de har engasjert frivilligheten for å bidra til å gjøre vaksineringsen til en hyggelig opplevelse, og at de har vaksinert på både dagtid, kveldstid og i helg. Andre faktorer som trekkes frem er at noen av kommunene har opplevd høyt smittetrykk i kommunene eller i nærområde, noe som kan ha økt motivasjonene til å la seg vaksinere. I en av kommunene som ligger langs svenskegrensen ser de at koronasertifikatet har vært en viktig motivasjonskilde.

Funn fra spørreundersøkelse

Funnene fra undersøkelsen kategoriseres i følgende temaer:

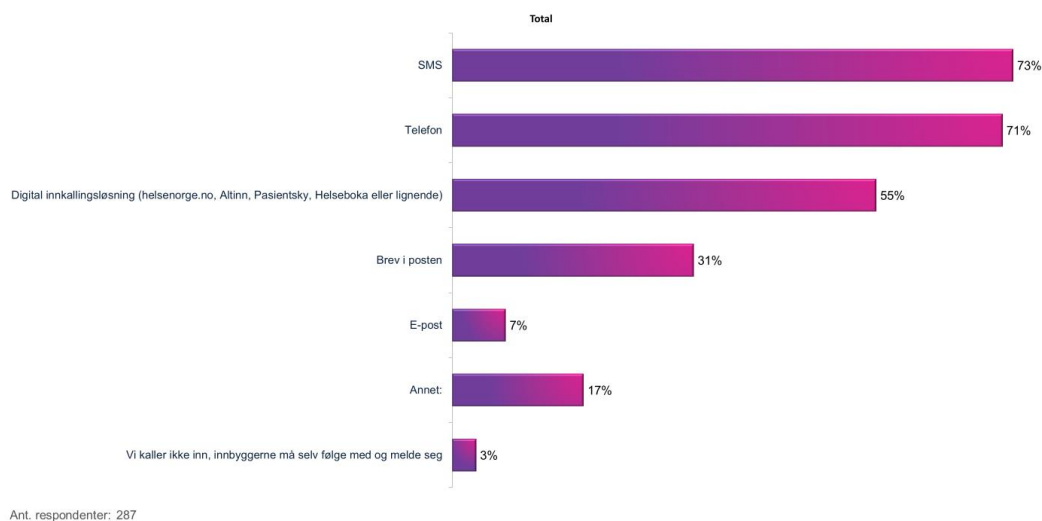
- Innkalling til vaksinasjon
- Oppfølging av henvendelse om vaksinasjon
- Vaksinasjonstilbud

Innkalling til vaksinasjon

Det kommer frem i undersøkelsen at kommunene benytter flere former for innkalling til koronavaksinasjon, figur 1. Svarprosenten viser at mange bruker sms (73 %), etterfulgt av telefon (71 %), digital innkallingsløsning (55 %), brev i posten (31 %) og epost (7 %). Dersom kommunene ikke får respons på innkallingen til første vaksinetime, svarer 81 % at de tar kontakt med vedkommende på en annen måte, f.eks. vis sms, telefon eller e-post, og 67% av kommunene oppgir at de kontakter på nytt på samme måte som ved første innkalling, figur 2.



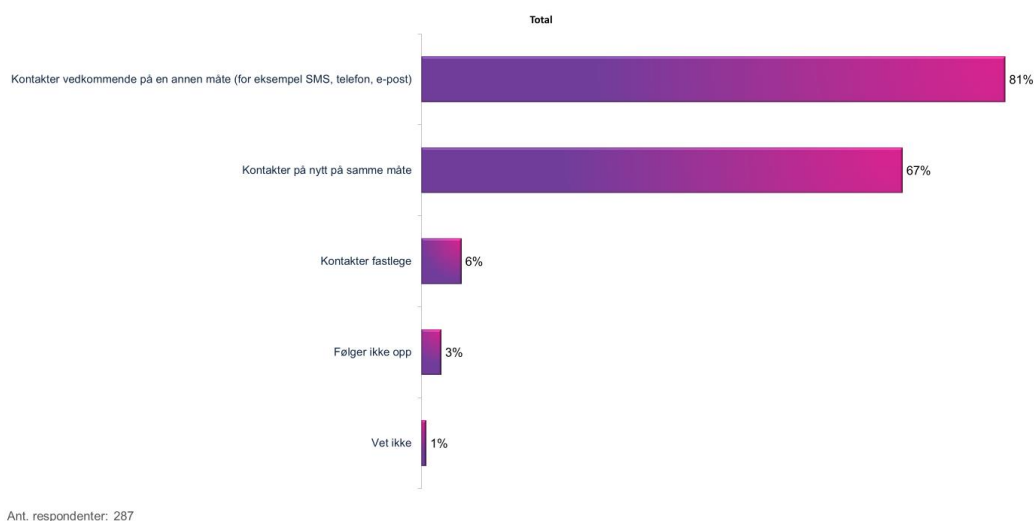
Hvordan sender kommunen/bydelen invitasjon til første vaksinasjonstid til den enkelte innbygger?



15

Figur 1. Kommunene benytter flere former for innkallingsmetoder.

Hvis dere ikke får respons på innkallingen til første vaksinasjonstid, hva gjør dere da?

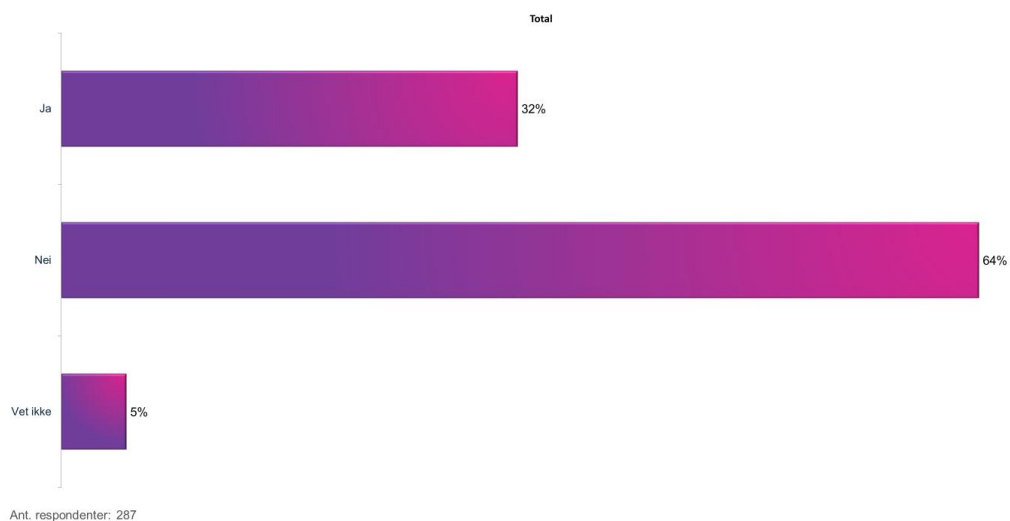


Figur 2. Hvordan kontaktes de som ikke responderer på første innkalling til vaksinasjonstid.

Kun 32 % av kommunene oppgir at de ber om bekreftelse fra innbyggerne på mottatt innkalling til vaksinasjon, figur 3. Dersom kommunen opplever at noen ikke møter opp til avtalt time eller at de avbestiller vaksinasjonstid, benytter de fleste kommunene (87 %) telefon for å få kontakt, etterfulgt av sms (61%), figur 4.

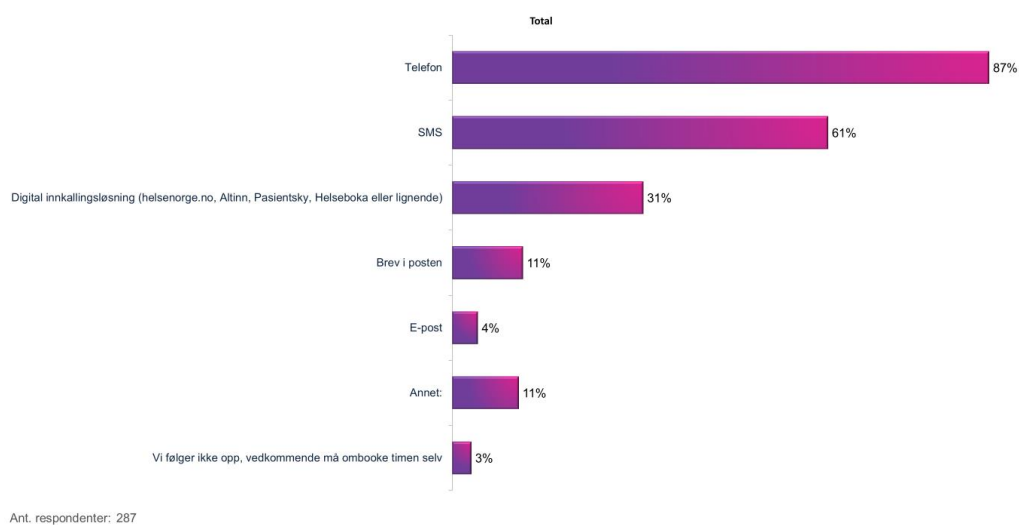


Ber kommunen/bydelen om bekreftelse på mottatt vaksinasjonsinnkalling fra innbyggerne?



Figur 3. Bekreftelse fra innbyggere på mottatt innkalling.

Hvordan følger dere opp de som avbestiller eller ikke møter opp som avtalt?



Figur 4. Oppfølging av de som avbestiller eller ikke møter opp som avtalt.

Oppfølging av henvendelse om vaksinasjon

90 % av kommunene oppgir at de holder oversikt over innbyggere som har blitt kontaktet med tilbud om vaksine, figur 5. Av de resterende kommunene er det 8 % som sier nei og 2 % som ikke vet om det gjøres aktiv kartlegging.

Holder kommunen/bydelen oversikt over hvem som har fått tilbud om vaksinasjon (aktiv kartlegging)?

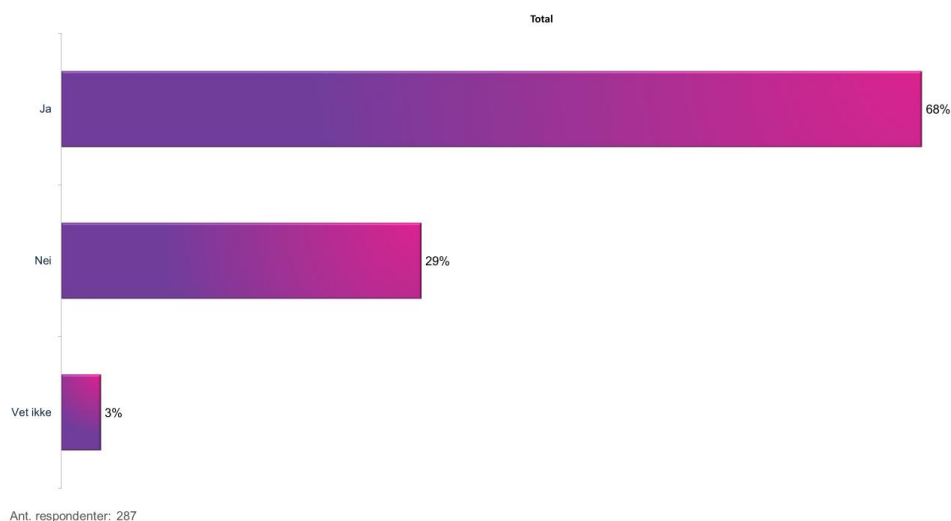


23

Figur 5. Holder kommunen oversikt over hvem som har fått tilbud om vaksinasjon.

Kun 68% av kommunene oppgir at de har oversikt over hvem som har takket nei til vaksinasjon. Videre svarer 29 % at de ikke har oversikt, og 3 % vet ikke om kommunen har oversikt over de som har takket nei.

Holder kommunen/bydelen oversikt over hvem som har takket nei til vaksinasjon?



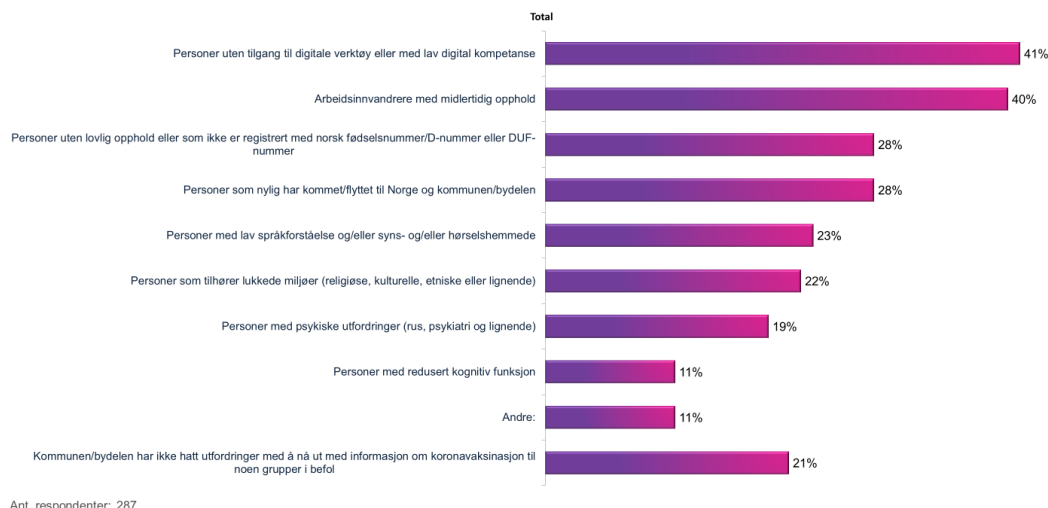
Figur 6. Har kommunene oversikt over hvem som har takket nei til vaksinasjon.

Særskilte grupper som kan være vanskelig å nå

På spørsmål om noen grupper er vanskeligere å nå ut med informasjon om koronavaksinasjon, svarer 21% av kommunene at de så langt ikke har opplevd dette som en utfordring, se figur 7. Mange av kommunene oppgir imidlertid at de har møtt utfordringer med én eller flere av gruppene omtalt i

undersøkelsen. De gruppene som oppgis hyppigst er personer uten tilgang til digitale verktøy eller med lav digital kompetanse (41 %), samt arbeidsinnvandrere med midlertidig opphold (40 %).

Hvilke grupper i befolkningen har kommunen/bydelen hatt utfordringer med å nå ut med informasjon om koronavaksinasjon til?

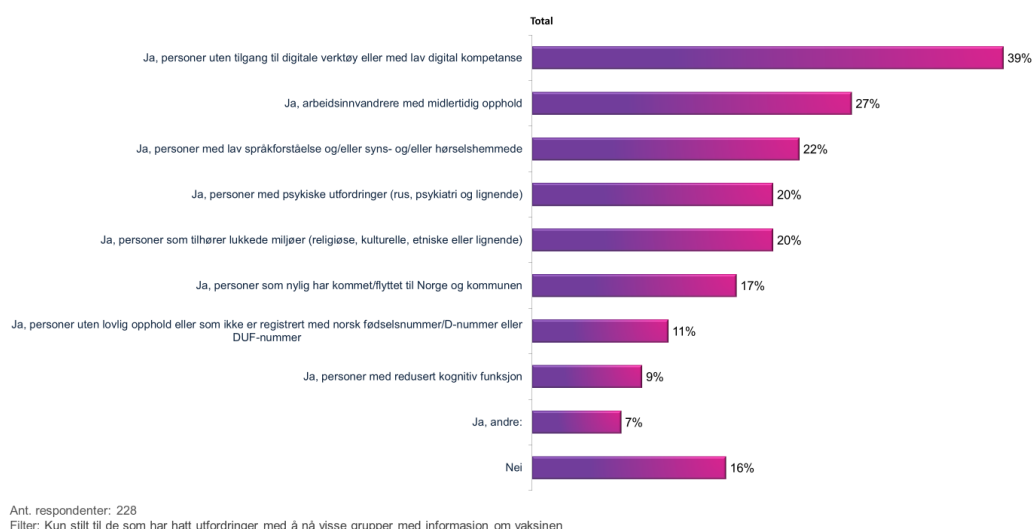


9

Figur 7. Grupper som kan være vanskelig å nå ut til med informasjon om koronavaksinasjon.

Mange av kommunene svarer at de har sørget for tilrettelagt informasjon til enkelte innbyggergrupper. Undersøkelsen indikerer at det er stor grad av overlapp mellom gruppene som kan være vanskelig å nå, og gruppene som kommunene har tilrettelagt informasjon om koronavaksinasjon til, se figur 8.

Har kommunen/bydelen gjort egne tiltak rettet mot gruppene som det har vært utfordrende å nå ut til med informasjon om koronavaksinasjon?

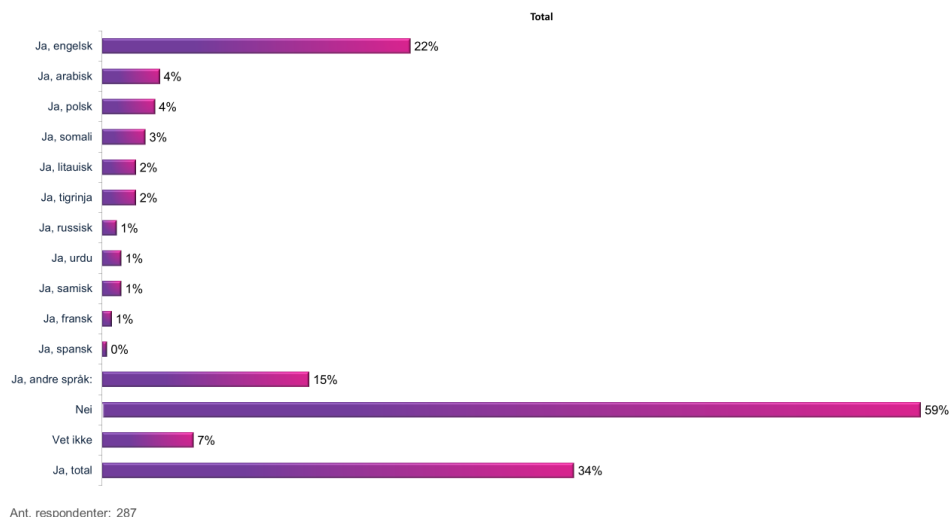


Figur 8. Grupper kommunene har gjort egne tiltak rette mot for å nå ut med informasjon om koronavaksinasjon.

Over halvparten av kommunene (59 %) oppgir at de ikke har vaksinasjonsinnkalling på andre språk enn norsk, figur 9. 22 % av kommunene har tilbudt innkalling på engelsk, og noen få har hatt tilbud om

innkalling på arabisk (4 %), polsk (4 %) og somali (3 %). Det er også 15 % av kommunene som svarer at de tilbyr innkalling på andre språk enn de språkene som er listet opp i spørsmålet.

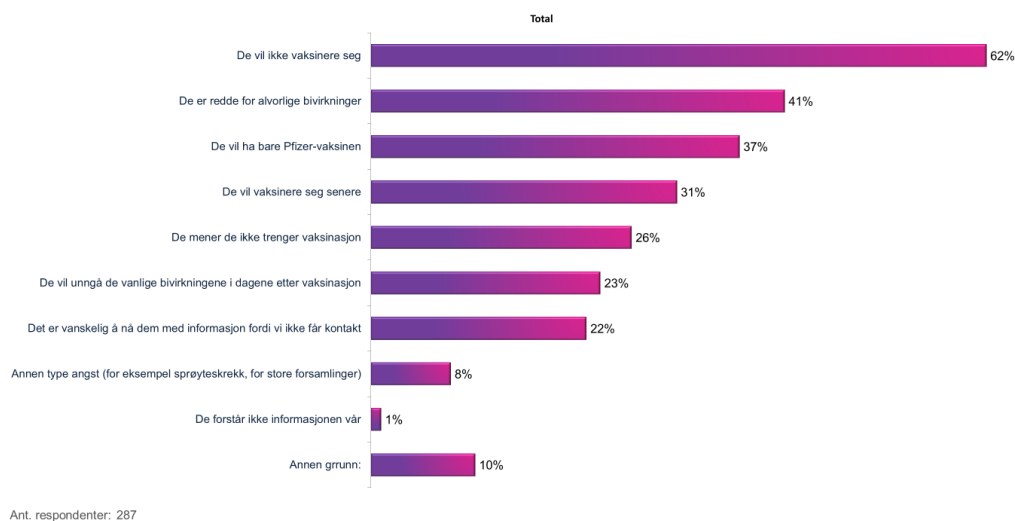
Har kommunen/bydelen vaksinasjonsinnkalling på andre språk enn norsk?



Figur 9. Tilbud om vaksinasjonsinnkalling på andre språk enn norsk.

På spørsmål om hva kommunene anser som de tre viktigste utfordringene akkurat nå for å få vaksinert dem som fortsatt mangler en eller to vaksinedoser, er det kun 1 % av kommunene som oppgir at en av hovedutfordringene er at de ikke forstår informasjonen, figur 10. Kommunene tror den største årsaken (62 %) er at de ikke ønsker å vaksinere seg. Videre svarer 41 % av kommunene at redsel for alvorlige bivirkninger er en utfordring. En annen utfordring er knyttet til at flere er skeptiske til å la seg kryssvaksinere eller ta Moderna vaksinen, og vil dermed bare la seg vaksinere med vaksinen fra Pfizer (37 %). Andre utfordringer kommunene trekker frem er at det er noen som ønsker å vente med å vaksinere seg, at det finnes de som mener at de ikke trenger koronavaksinasjon, og at noen utsetter eller unngår vaksinasjon pga. de vanlige bivirkningene i dagene etter vaksinasjon. Kommunene påpeker også at en utfordring er å nå ut med informasjon til de som ikke responderer på sms, telefon eller andre løsninger som er blitt benyttet.

Hva vil du beskrive som de tre viktigste utfordringene akkurat nå for å få vaksinert dem som fortsatt mangler én eller to doser?



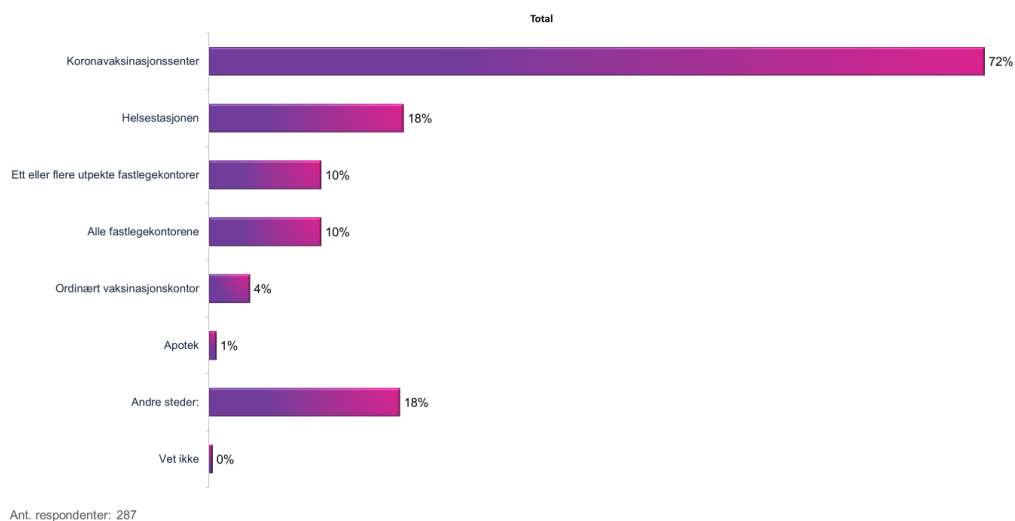
Figur 10. De tre viktigste utfordringene akkurat nå for å få vaksinert dem som fortsatt mangler en eller to doser.

Vaksinasjonstilbud

De fleste kommunene (72 %) har hatt vaksinering ved et koronavaksinasjonssenter som det største vaksineringstilbudet, figur 11. Noen kommuner (16 %) oppgir at de har gjennomført store deler av koronavaksinasjon ved helsestasjon, og 10 % ved et eller flere utpekte fastlegekontor. Kommunene har også benyttet andre vaksineringstilbud, og 92 % av kommunene svarer at de har gjennomført vaksinering på sykehjem, figur 12. Videre har omtrent halvparten (55 %) av kommunene tilbudt drop-in vaksinering på dagtid, og 41 % har tilbudt drop-in på kveldstid. Det er også flere kommuner som har tilbudt vaksinering på skoler/universitet, hvorav 42 % har gjennomført vaksinering på ungdomsskoler, 26 % på videregående skoler, og 5 % oppgir at de har tilbudt vaksinering på universitet/høgskole. Det er kun en liten andel av kommunene som har tilbudt vaksinering på noen arbeidsplasser (15 %), og det er kun 7 % av kommunene som oppgir at de har hatt et pop-up tilbud der hvor folk ferdes eller samles, slik som f.eks. på kjøpesenter.

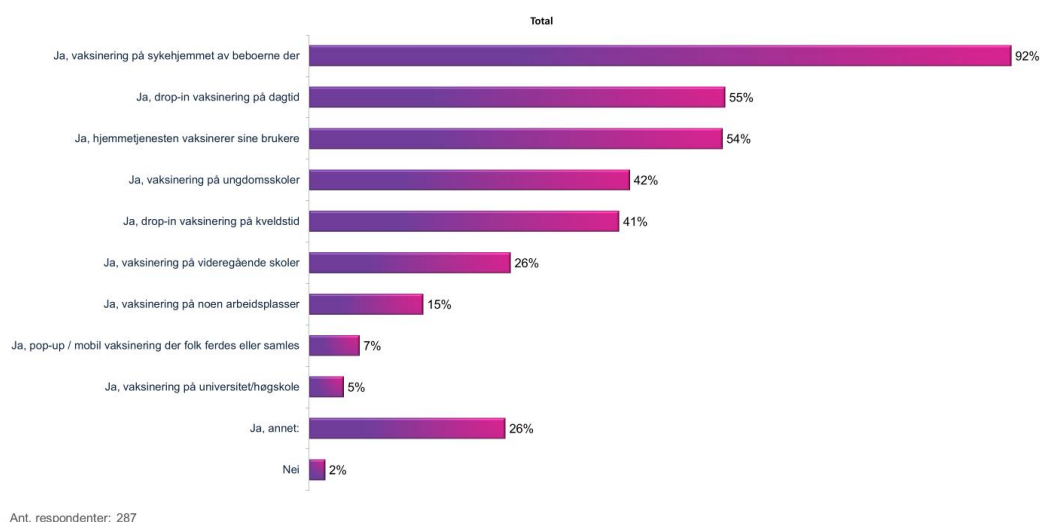


Hvor har de største vaksineringsstilbudene i kommunen/bydelen vært?



Figur 11. De største vaksineringsstilbudene i kommunen.

Har kommunen/bydelen benyttet seg av andre vaksineringsstilbud?



Figur 12. Andre vaksineringsstilbud kommunene har benyttet seg av.

Konklusjon

Kartleggingsundersøkelsen som er gjennomført har gitt verdifull informasjon som vaksinasjonsprogrammet tar med seg i videre drift og kommunikasjon.

Kartleggingen viser at vaksinasjon er i en annen fase nå som mesteparten av landets befolkning er vaksinert, og fokus er på å hente inn de som enda ikke er vaksinert. Behovstilpasning mtp tilgjengelighet, tilrettelegging, og målrettet kommunikasjon ser ut til å være kritisk for å nå de som ikke er vaksinert og som kan være vanskelige å nå. Statsforvalterne og FHI kan benytte kunnskapen til som er ervervet til å rådgi og støtte kommunene i dette arbeidet.

Vedlegg 3: Intervjuguide

Introduksjon

Oppslutningen om koronavaksinasjon i Norge er veldig høy. Samtidig ser vi at vaksinasjonsdekningen varierer i noen grupper i befolkningen. For å sikre at alle innbyggere får tilbud om koronavaksinasjon, ønsker FHI å få bedre innblikk i arbeidet som gjøres i kommunene. Det vil hjelpe oss i å kunne bistå kommunene mer målrettet med tiltak for å nå ut til alle.

I den forbindelse ønsker vi å gjennomføre **et intervju (ca. 15 min)** med deg for å kartlegge kommunens erfaringer, gjennomførte tiltak og utfordringer med å nå ut til grupper som er særskilt vanskelig å nå.

Generelt om vaksinasjon

- Hvordan opplever dere at vaksinasjonen går i kommunen?
- Hvorfor?
- Ved innkalling til vaksinasjonstid, dersom dere ikke får tak i dem, hva gjør dere da?
- Hvilke vaksinasjonstilbud har dere?
- Har dere oversikt over hvem som har takket ja og nei til koronavaksinasjon?

Registrering

- Hvordan fungerer det å registrere i SYSVAK?
 - Opplever dere utfordringer knyttet til registrering i SYSVAK? Hvilke?
 - Har dere hatt tekniske problemer rundt elektronisk kommunikasjon med SYSVAK og hvordan slike problemer kan løses?
 - Er alle som registrerer i SYSVAK kjent med de ulike SYSVAK-kodene som benyttes for registrering av koronavaksiner?
 - Kapasitet, mangel på struktur
- Hvordan håndteres etterregistrering av koronavaksiner satt i utlandet i deres kommune?

Grupper som kan være vanskelig å nå

- Opplever dere at noen grupper er vanskelig å nå? Hvilke?
 - Hva tenker dere kan være årsaker til at disse gruppene er vanskelig å nå?
- Har dere gjort noen for å nå disse gruppene (tilgjengelighet og kommunikasjon)? Hvilke tiltak?

Kommunikasjon

- Hvilke informasjonstiltak har dere benyttet for å informere om vaksinasjonsprogrammet?
- Hvilke tiltak har fungert godt?

Annet

- Hva tenker dere er årsaker til at dere har en lavere/høyere vaksinasjonsdekning enn gjennomsnittet?
- Opplever dere at det er forskjell i vaksinedekning på menn og kvinner
- Annen bostedskommune
 - Kvalitetslister