

# Hva gjør vi når en pandemi inntreffer?

En kvalitativ studie om innvandreres opplevelse av Covid-19 informasjon

Ida Kudra



Masteroppgave

Master i Helsefremmende arbeid og helsepsykologi

Det psykologiske fakultet

HEMIL-senteret

Universitet i Bergen

Våren 2022

## Forord

I løpet av min bachelor- og masterutdanning har sykdomsforebygging og helsefremming vært sentrale temaer. Da pandemien inntraff holdt jeg på med å ferdigstille min bacheloroppgave i folkehelsearbeid. Innimellom slagene husker jeg at jeg fulgte nøye med på Regjeringens sine pressekonferanser, for å oppdatere meg om smittesituasjonen. I begynnelsen av pandemien var det krisetilstander og det var mangel på informasjon på flere språk eller så var gitt informasjon ikke alltid lett å tolke. Situasjonen endret seg raskt, og fra dag til dag. Det var vanskelig for myndighetene å formidle oppdatert informasjon til befolkningen, og jeg ble derfor nysgjerrig på hvordan innvandrere egentlig opplevde denne informasjonen. I min tverrfaglige utdanning, har jeg lært om forebygging av sykdom, helsefremming, og om metoder for å øke befolkningens livskvalitet. Jeg har jobbet i forskjellige helseinstitusjoner og i kommunal helse- og sosial tjeneste der jeg har sett at en kvalitetssikret helseinformasjon og en hensiktsmessig måte å formidle den til befolkningen, har stor betydning for implementering av disse metodene. Etter min mening, har helseinformasjon som befolkning oppfatter som meningsfull og gjennomførbar, bedre utsikter til å bli gjennomført. Med denne oppgaven, som handler om hvordan innvandrere i en norsk kommune oppfatter helseinformasjon under kriseomstendigheter, vil jeg gi mitt bidrag til helsefremming og bedring av livskvalitet til befolkningen.

Det er flere som har hjulpet meg på veien og som fortjener en stor takk. Jeg vil først og fremst overrekke en stor takk til alle åtte deltakere, som stilte opp i denne studien. Uten dere hadde det ikke vært mulig å gjennomføre denne studien. Videre vil jeg takke venner og familie, som har støttet meg og gitt gode tilbakemeldinger i oppgaveskrivingen. Sist, men ikke minst, vil jeg takke veilederen min Fungisai Puleng Gwanzura Ottemöller, for ditt engasjement, konstruktive tilbakemeldinger og støttende ord underveis i skriveprosessen.

Bergen, 19.mai 2022

# Innholdsfortegnelse

Forord .....	I
Sammendrag .....	V
Abstract .....	VI
1. Innledning .....	1
1.1 Bakgrunn for studien .....	1
1.2 En helsefremmende tilnærming til studien og dens formål .....	2
1.3 Oppgavens oppsett .....	3
2. Teori.....	4
2.1 Salutogenese .....	4
2.1.1 Den salutogene helsemodellen .....	4
2.1.1.1 Generelle motstandsressurser .....	5
2.1.1.2 Spesifikke motstandsressurser .....	5
2.1.2 Opplevelsen av sammenheng .....	6
2.2 Helsekompetanse («health literacy») .....	6
2.2.1 Helsekompetanse og innvandrere i Norge.....	7
2.2.2 Helsekompetanse i en krisesituasjon .....	8
2.2.3 Sammenheng mellom salutogenese og helsekompetanse.....	8
2.3 Oppsummering .....	10
3. Litteraturgjennomgang.....	11
3.1 Søkestrategi .....	11
3.2 Opplevelser, holdninger og erfaring med Covid-19 og Covid-19-informasjon .....	13
3.3 Informasjonsformidling, informasjonskilde og språk .....	16
3.4 Tillit.....	19
3.5 Beskyttelse mot Covid-19 .....	19
3.6 Helsekompetanse.....	20
3.7 Oppsummering av forskning .....	22
3.8 Problemstilling .....	23
4. Metode .....	24
4.1 Epistemologi.....	24
4.1.1 Fenomenologi og hermeneutikk .....	24
4.2 Metodologi .....	24
4.2.1 Kvalitativt forskningsdesign.....	25
4.3 Datainnsamling.....	25
4.3.1 Kvalitativt intervju.....	25

4.3.2	Utvikling av intervjuguide.....	26
4.3.3	Utvalgsstrategi, utvalgsstørrelse, og inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltakelse .....	26
4.3.4	Rekruttering.....	27
4.3.5	Intervjugjennomføring.....	29
4.4	Bearbeiding av datamaterialet .....	30
4.4.1	Transkribering .....	30
4.5	Dataanalyse .....	30
4.5.1	Tematisk analyse .....	31
4.6	Kvalitetskriterier.....	33
4.6.1	Pålitelighet.....	33
4.6.2	Troverdighet .....	33
4.6.3	Overførbarhet .....	35
4.6.4	Bekreftbarhet.....	35
4.6.5	Refleksivitet.....	35
4.7	Etikk .....	36
4.7.1	Informert samtykke .....	36
4.7.2	Anonymitet og konfidensialitet .....	37
4.7.3	Konsekvenser .....	37
4.7.4	Etisk godkjenning.....	38
5.	Funn.....	39
5.1	Presentasjon av deltakere .....	39
5.2	Innvandrerens helsekompetanse under Covid-19 pandemien .....	40
5.2.1	Ulike informasjonskilder påvirker etterlevelse av tiltak.....	41
5.2.1.1	Forskjellige kilder til Covid-19 informasjon .....	41
5.2.1.2	Informasjonsegenskaper påvirker etterlevelse.....	42
5.2.1.3	Vurdering av Covid-19 informasjon.....	43
5.2.1.4	Anvendelse av Covid-19 informasjon .....	48
5.2.2	Behov for tilpasset Covid-19 informasjon og støtte .....	50
5.2.2.1	Covid-19 informasjon på flere språk.....	51
5.2.2.2	Støtte fra nettverk .....	52
5.2.2.3	Bruk av og tilgang til helsehjelp under pandemien .....	53
5.2.3	Oppsummering .....	54
6.	Diskusjon .....	55
6.1	Hovedfunn fra studien .....	55
6.2	Ulike informasjonskilder påvirker etterlevelse av tiltak.....	55
6.2.1	Anvendelse av helsekompetanse under pandemien.....	57

6.3 Behov for tilpasset Covid-19 informasjon og støtte.....	61
6.3.1 Covid-19 informasjon på flere språk.....	61
6.3.2 Støtte fra nettverk.....	65
6.3.3 Bruk av og tilgang til helsetjeneste under pandemien.....	67
6.4 Studiens begrensninger.....	69
6.5 Implikasjoner for det helsefremmende arbeidet.....	70
7. Konklusjon.....	72
7.1. Veien videre.....	72
Referanseliste.....	74
Vedlegg.....	88
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	88
Vedlegg 2: Intervjuguide (engelsk versjon).....	90
Vedlegg 3: Informasjonsskriv.....	92
Vedlegg 4: Informasjonsskriv (engelsk versjon).....	95
Vedlegg 5: Etisk godkjenning fra NSD.....	98

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Covid-19 pandemien resulterte i et økt behov for beskyttelse, og derav var behovet for tilgjengelig og kvalitetssikret informasjon av stor betydning. Forskning viste at enkelte med innvandrerbakgrunn har vært særlig utsatt for smitte, og at noen mennesker med innvandrerbakgrunn var overrepresentert i smittestatistikken.

**Hensikt:** Å undersøke hvordan innvandrere i en kommune på Vestlandet har opplevd og oppfattet informasjon relatert til Covid-19 i lys av teori om salutogenese og helsekompetanse.

**Problemstillinger:** 1. Hvordan har innvandrere i en kommune på Vestlandet opplevd informasjon relatert til Covid-19? og 2. Hvordan har innvandrere i en kommune på Vestlandet anvendt sin helsekompetanse under Covid-19 pandemien?

**Metode:** Denne studien hadde et kvalitativt forskningsdesign, og var inspirert av fenomenologi og hermeneutikk. Det ble gjennomført intervju med åtte innvandrere i alderen 25-44 år. Datamaterialet, som kom fram gjennom intervjuene, ble analysert ved bruk av tematisk nettverksanalyse.

**Funn:** Deltakerne holdt seg oppdatert om Covid-19 ved å anvende ulike informasjonskilder og -kanaler. De opplevde imidlertid at oversatt informasjon om Covid-19 var forsinket og forenklet, sammenlignet med samme informasjon gitt på norsk. Fravær av informasjon tilpasset deltakernes kulturelle og økonomiske kontekst vanskeliggjorde anvendelse av smitteverntiltak. Støtte fra nettverk bidro til bedre håndtering av pandemien.

**Konklusjon:** Under pandemien har innvandrere brukt sin helsekompetanse ved å innhente, vurdere, forstå og anvende helseinformasjon, for å beskytte seg mot Covid-19. Deres uttalelser tydet på at det er behov for ytterligere tilpasninger av informasjon rettet mot innvandrere.

**Nøkkelord:** innvandrere, salutogenese, helsefremmende arbeid, helsekompetanse, Covid-19, pandemi

## Abstract

**Introduction:** During the Covid-19 pandemic there has been an increased need for protection against the virus and for high quality information. Research has shown that immigrants were among those at high risk of getting infected with Covid-19, and some immigrants were overrepresented in the infection statistics.

**Purpose:** To explore how immigrants in a municipality in Western Norway have experienced information regarding Covid-19 in light of salutogenesis and health literacy.

**Research questions:** 1. How have immigrants in a municipality in Western Norway experienced information regarding Covid-19? 2. How have immigrants in a municipality in Western Norway used their health literacy during the Covid-19 pandemic?

**Methods:** This study was qualitative and contains elements from phenomenology and hermeneutics. Data was collected through interviews with eight immigrants in the age group 25-44 years. Data was analyzed using thematic network analysis.

**Results:** Participants used different information sources to keep themselves updated on information regarding Covid-19. They expressed that translated information was either simplified or delayed in comparison with the same information given in Norwegian. The lack of information that was culturally relevant and suitable for immigrants made it harder for them to apply infection control measures in their daily life. Social support made it easier for participants to handle the pandemic.

**Conclusion:** Participants used their health literacy to find, understand, consider and apply health information to protect themselves against Covid-19. They expressed the need for additional adjustments regarding information targeting immigrants.

**Keywords:** Immigrant, salutogenesis, health promotion, health literacy, Covid-19, pandemic





# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for studien

I 2003 ble Verdens Helseorganisasjon (WHO) orientert om en alvorlig luftveisinfeksjon i Sør-Kina (Folkehelseinstituttet, 2019). En infeksjon innebærer at eksempelvis et virus eller en bakterie fordeler seg rundt i kroppen (Magnus & Bakketeig, 2013, s. 109).

Luftveisinfeksjonen i Sør-Kina oppstod som følge av et koronavirus kalt SARS («Severe acute respiratory syndrome»). Det ble rapport om 774 dødsfall tilknyttet SARS fordelt på 37 land (Folkehelseinstituttet, 2019).

I 2020 ble det identifisert en ny virusvariant av SARS, kalt SARS-Cov-2. Denne nye SARS-varianten er årsaken til sykdommen med navn Covid-19. Det viste seg at varianten i første omgang kunne forårsake sykdom som ytrer seg i form av luftveissymptomer, men at den kunne ramme andre organer og i verste fall medføre død (Folkehelseinstituttet, 2022a). Ifølge WHO (2022) var det per 5.mai 2022 globalt rapportert om 6 246 828 dødsfall relatert til Covid-19. Den raske spredningen av Covid-19 og virusets skadelige potensiale med alvorlige konsekvenser for verdens samfunn har ført til at Verdens Helseorganisasjon (WHO) erklærte en pandemi (WHO, 2020). En pandemi kjennetegnes ved at sykdommen sprer seg over hele verden (Magnus & Bakketeig, 2013, s. 105). Pandemien medførte en krisesituasjon, og myndighetene i Norge, som i alle land, måtte raskt finne metoder for hvordan håndtere denne situasjonen ut ifra norske forhold (NOU 2021: 6, s. 35). Det var opplagt at den nye virusvarianten kunne få stor skadevirkning, og at det ville ta tid å utvikle vaksine mot Covid-19. Dette utløste et stort informasjonsbehov i befolkningen da det i starten av pandemien var manglende kunnskap om hvem som var særlig utsatt for å bli hardt rammet av Covid-19 (NOU 2021: 6, s. 207).

I perioden mars 2020 til februar 2021 var sykehusinnleggelser relatert til Covid-19 høyere blant utenlandsfødte enn blant norskfødte. Innleggelser blant utenlandsfødte var 136 per 100 000 sammenlignet med 44 per 100 000 for norskfødte (Indseth, Godøy, et al., 2021, s. 5). Ifølge SSB (2022) er det 819 356 personer med innvandrerbakgrunn i Norge. Innvandrere karakteriseres som «personer som er født i utlandet av to utenlandske foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre» (SSB, 2022). Denne studien vil omhandle innvandrere, tidligere kalt førstegenerasjonsinnvandrere (Andreassen, 2008). Ifølge Bergsaker et al. (2021, s. 25) kan potensielle årsaker til smitte blant noen innvandrergrupper til dels forklares med forhold

som eksempelvis trangboddhet, lavtlønnede yrker, utdanningsnivå, inntekt, helsekompetanse og språkferdigheter (Bergsaker et al., 2021, s. 25). Helsekompetanse vil i denne oppgaven innebære hvordan innvandrere har funnet, forstått, vurdert og anvendt Covid-19-relatert informasjon. Det kan tenkes at innvandrere vil kunne ha en annen forståelse av Covid-19-relatert informasjon enn norskfødte. Det er nærliggende å tro at innvandrere, som kommer fra forskjellige land, har ulik sosial og kulturell bakgrunn. Det kan tenkes at en høy andel smittede og sykehusinnlagte blant innvandrere signaliserer et behov for tilrettelegging av informasjon om Covid-19. I starten av pandemien opprettet Helsedirektoratet en faggruppe, som fikk i oppgave å arbeide med å formidle informasjon relatert til Covid-19 rettet mot innvandrere (NOU 2021: 6, s. 180). Effektiv informasjonsformidling rettet mot innvandrere forutsetter et tydelig budskap som er tilpasset mottakergruppa i form av deriblant informasjonskanal, språkferdigheter og avsender av informasjonen (Arnesen et al., 2021, s. 5-6). Helsedirektoratet har bistått med utarbeiding av informasjonsmateriell tilpasset til innvandrere, og vektlegger samtidig viktigheten av brukermedvirkning for god informasjonsformidling (R. Skogheim et al., 2020, s. 23-24). Likevel viser det seg at de forskjellige direktoratene i Norge hadde ulikt fokus på tilrettelegging av informasjon (R. Skogheim et al., 2020, s. 22-26). Media begynte tidlig i pandemien å dekke nyhetssaker om Covid-19-smitte blant innvandrere (Diaz et al., 2020). Ettersom tiden gikk, offentliggjorde også norske myndigheter pålitelig data om denne tematikken (Diaz, 2021). Tilgang til kvalitetssikker informasjon fra myndighetene vil kunne tenkes å gi økt helsekompetanse. Tilføring av økt kunnskap vil være ensbetydende med en god helse, også for innvandrere (Diaz, 2021).

## 1.2 En helsefremmende tilnærming til studien og dens formål

I 1986 ble den første internasjonale konferansen for helsefremmende arbeid arrangert (Nutbeam, 1998). Helsefremmende arbeid innebærer å gjøre folk i stand til å ivareta egen helse (WHO, 1986). Under konferansen ble Ottawa Charteret, som tar for seg ulike grunnpilarer innenfor det helsefremmende arbeidet, utarbeidet. En av disse grunnpilarene innebærer styrking av den enkeltes evner og ferdigheter til å ta gode helsevalg (Nutbeam, 1998; WHO, 1986). Ut ifra dette er det nærliggende å anta at tilgjengelig helseinformasjon, som den enkelte selv kan vurdere og deretter anvende, bør være tilpasset deres egen hverdag. Under Adelaide konferansen, som var den andre internasjonale konferansen innen helsefremmede arbeid, var fokuset rettet mot hvordan samfunnet kan arbeide for utjevning av sosiale helseforskjeller, særlig blant sårbare grupper (Green et al., 2019, s. 288; WHO, 1988).

I 2011 ble Folkehelseloven (2011) utarbeidet. Loven gir en innføring i ansvarsområdene til kommune og fylkeskommune relatert til folkehelsearbeidet. Formålet med loven er å fremme helse og utjevne sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2011, § 1). Sosiale forskjeller i helsen til innvandrere var eksisterende allerede før pandemien. Ulikhetene kunne da relateres til blant annet forskjeller i utdanning, arbeid, botid, og inntekt (Bergsaker et al., 2021, s. 23-25). Myndighetenes planer var fokusert på å håndtere belastning knyttet til ikke-smittsomme sykdommer (Cairney et al., 2021). I 2016 utgjorde ikke-smittsomme sykdommer 87% av sykdomsbyrden i Norge. Ikke-smittsomme sykdommer innebærer for eksempel demens, kreft og hjerte- og karsykdommer (Øverland et al., 2018, s. 5). Det var nærliggende å tenke at informasjon til innvandrere før pandemien var knyttet til disse ikke-smittsomme sykdommene. Det var ikke sannsynlig at en smittsom sykdom skulle bli en aktuell helsetrussel i nær framtid. Pandemien har, etter min mening, synliggjort behovet for rask omstilling av helseinformasjon, som skulle tilpasses til den nyoppståtte helseutfordringen. Denne tilpasning ville antakelig styrke innvandreres helsekompetanse og virke helsefremmende for dem.

Formålet med denne oppgaven er å fremheve enkelte innvandreres meninger og opplevelser om Covid-19 informasjon. Innvandrernes mening og opplevelser vil bidra til å finne ut hva som fremme og hva som hemmer deres helse.

### 1.3 Oppgavens oppsett

I innledningen gav jeg en innføring i mitt forskningstema og formålet med studien. Videre vil jeg presentere det teoretiske rammeverket for oppgaven, som tar for seg salutogenese og helsekompetanse. Deretter vil jeg beskrive min søkestrategi for å finne aktuell tilgjengelig forskning på området, samt redegjøre for denne. Jeg vil også legge frem oppgavens problemstilling, og hvordan den er avgrenset. Jeg vil så beskrive metodologisk fremgangsmåte for datainnsamlingen, og forklare brukt analysemetode. Videre følger kapittel om studiens funn. Her trekker jeg fram enkelte utsagn til mine deltakere, og deretter kommer diskusjon av funnene sett opp mot tidligere forskning og teori. Avslutningsvis oppsummeres oppgaven med en konklusjon, og forslag til videre forskning.

## 2. Teori

Teori er sentralt for å fremme kunnskap, og påvirker hvordan forskning utføres (Neuman, 2014, s. 56). Bruk av teori har ulike formål. Teori kan gi økt forståelse, samt bidra til analysering av data (Neuman, 2014, s. 56). I kvalitativ forskning kan utvalgt teori bli introdusert tidlig i oppgaven, og deretter forme videre forskning (Creswell & Creswell, 2018, s. 49). Teori innenfor helsefremmende arbeid gir konsistent grunnlag for forståelse av innhentet data. Denne forståelsen formes ved å kombinere observasjoner med egne tanker (Nutbeam et al., 2010, s. 1). Nedenfor skal jeg først redegjøre for salutogenese og helsekompetanse («health literacy»), som teoretisk rammeverk for oppgaven. Deretter vil en modell som forklarer sammenheng mellom salutogenese og helsekompetanse bli beskrevet (figur 1).

### 2.1 Salutogenese

Salutogenese er tredelt, og består av følgende: helsens opprinnelse, den salutogene helsemodellen og opplevelsen av sammenheng (Mittelmark & Bauer, 2017, s. 7-12). Fokuset i salutogenese rettes mot faktorer som påvirker helse, og hvordan nyttiggjøre seg av ressurser som bidrar til helsefremming (Mittelmark & Bauer, 2017, s. 7-12). Salutogenese beskriver hvordan mennesker kan opprettholde god helse, til tross for livsutfordringer (Antonovsky, 1996; Lindström & Eriksson, 2005). I et salutogent perspektiv betraktes helse som en kontinuerlig bevegelse på et helsekontinuum mellom ytterpunktene total sykdom og total velvære (Antonovsky, 1979, s. 37; Lindström & Eriksson, 2005). Helse kan forstås som bevegelse i retning av helsefremming, og fremhever helsefremmende faktorer framfor sykdomsforebygging (Antonovsky, 1979, s. 56).

#### 2.1.1 Den salutogene helsemodellen

Utvikling av den salutogene helsemodellen tok utgangspunkt i hvordan krigsflyktninger, som hadde tilbragt tid i konsentrasjonsleir, klarte å overvinne disse grusomheter og likevel oppleve å ha en god helse (Antonovsky, 2012, s. 15). Den salutogene modellen vektlegger folkets oppfatning av sammenheng mellom årsakene til dårlig helse og hvordan folk nyttiggjør seg av ressurser som bidrar til helsefremming og skaper god helse (Antonovsky, 1979, s. 37; 1996; Mittelmark & Bauer, 2017, s. 7-13). Den salutogene helsemodellen danner grunnlag for helsefremming som er av betydning for alle individers velvære, uavhengig hvor de befinner

seg på helsekontinuumet (Antonovsky, 1996). Alle mennesker får egen erfaring av hvordan ytre og indre miljøfaktorer påvirker deres liv og helse. En forutsigbar effekt av miljøfaktorene er viktig for at folk danner seg en opplevelse av sammenheng mellom påvirkningsfaktorer og bevegelse på helsekontinuumet (Antonovsky, 1979, s. 123). Nedenfor vil jeg beskrive følgende faktorer innenfor den salutogene helsemodellen: generelle motstandsressurser, spesifikke motstandsressurser, og opplevelsen av sammenheng.

#### *2.1.1.1 Generelle motstandsressurser*

Generelle motstandsressurser (GRR) bidrar til å overkomme utfordringer og kan betraktes som kjennetegn ved en person, gruppe eller miljø (Antonovsky, 1979, s. 99). I tillegg til å bidra med å overkomme hindringer vil disse motstandsressursene kunne øke vedkommende sin opplevelse av sammenheng (Mittelmark et al., 2017, s. 71). Ressursene knyttet til en person omfatter blant annet personlig økonomi, kunnskap og intelligens, samt egne mestringsstrategier og individuell sinnstilstand (Idan et al., 2017, s. 57). Eksempler på motstandsressurser innad en gruppe eller miljø er definert av den enkeltes sosiokulturelle tilhørighet. Sosial støtte i familie og omgangskrets sammen med kollektive mestringsstrategier knyttet til et bestemt miljø, religion eller kultur er eksempler på generelle motstandsressurser som kjennetegner en gruppe. For enkelte grupper kan tilhørighet til fødelandet, grad av integrering og levemåte være viktige motstandsressurser (Idan et al., 2017, s. 57). De generelle motstandsressursene hjelper også vedkommende i retning av total velvære på helsekontinuumet (Antonovsky, 1996).

#### *2.1.1.2 Spesifikke motstandsressurser*

Spesifikke motstandsressurser er de motstandsressursene som kan anvendes for å overkomme spesifikke utfordringer i bestemte situasjoner, og er avhengig av de generelle motstandsressursene (Antonovsky, 1979, s. 98-100). Dersom man besitter flere generelle motstandsressurser vil nytteeffekten av spesifikke motstandsressurser være økende (Mittelmark et al., 2017, s. 75-76). Eksempel på spesifikke motstandsressurser kan tenkes å være helseinformasjon som er tilgjengelig og tilpasset til brukergruppa.

I den salutogene helsemodellen vises det til at en sterk opplevelse av sammenheng forsterker de generelle og spesifikke motstandsressursene, men skiller ikke mellom disse ulike typene av motstandsressurser (Antonovsky, 1979, s. 184-185; Mittelmark et al., 2017, s. 72).

### 2.1.2 Opplevelsen av sammenheng

Opplevelsen av sammenheng er en oppfatning om at dersom miljøfaktorer er forståelige og forutsigbare vil sannsynligvis utfallet kunne bli akseptert (Antonovsky, 1979, s. 123-128). Mennesker er utsatt for påvirkningsfaktorer som har konsekvenser for deres helse. De som oppfatter at det ikke finnes en logisk sammenheng mellom disse faktorene og helsekonsekvensene, kan oppleve sin helsesituasjon som uforutsigbar. For fremmedspråklige kan det være utfordrende å finne logisk sammenheng mellom påvirkningsfaktorene og helsekonsekvensene. I slike tilfeller, vil det være særlig vanskelig for dem å få dekket behovene for forståelse av sammenheng som er en forutsetning for å fremme helse (Antonovsky, 1979, s. 126). Virkeligheten kan oppfattes som kompleks, komplisert og utfordrende, selv om man har en sterk opplevelse av sammenheng. Mennesker med en sterk opplevelse av sammenheng vil kunne kjennetegnes ved å ha tro på at situasjonen vil bli løst, samtidig som man har et realistisk syn på virkeligheten (Antonovsky, 1979, s. 126-127). Opplevelsen av sammenheng består av tre komponenter: forståelighet, meningsfullhet og håndterbarhet (Antonovsky, 1996). Forståelighet innebærer den enkeltes kognitive evne til å oppfatte virkeligheten. Opplevelse av forståelighet styrkes når informasjon om miljøfaktorer som påvirker helse fremstår som logisk strukturert og er formidlet på en tydelig måte (Lindström & Eriksson, 2005). Opplevelsen av sammenheng bidrar til mobilisering av ressurser som mennesker trenger for å foreta meningsfulle handlinger (Mittelmark & Bauer, 2017, s. 7-13). Handlingen oppleves som meningsfull når den enkelte er motivert og engasjert til å fullføre oppsatte gjøremål. Håndterbarhet omhandler hvorvidt den enkelte har evner og ferdigheter til å gjennomføre en oppgave. Dersom handlingene oppfattes som gjennomførbare, styrkes personers mulighet til å håndtere livsutfordringer på en god måte (Eriksson & Mittelmark, 2017, s. 97-98; Lindström & Eriksson, 2005; Mittelmark & Bauer, 2017, s. 7-13).

### 2.2 Helsekompetanse («health literacy»)

Det er utfordrende å gi en dekkende oversettelse og definisjon av begrepet «health literacy» da begrepets innhold må forstås og tolkes ut ifra en kontekst (Sørensen & Brand, 2014). I Norden er det delte meninger om hvordan begrepet skal oversettes og ofte blir det engelske begrepet benyttet (Sørensen & Wångdahl, 2019, s. 200-201). I Norge brukes begrepet «helsekompetanse» som synonym (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 5). Helsekompetanse kan defineres på følgende måte: «Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger

relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 5).

Helsekompetanse kan deles inn i tre ulike nivåer: funksjonell, interaktiv og kritisk helsekompetanse (Nutbeam, 2000). Funksjonell helsekompetanse innebærer å ha grunnleggende lese- og skriveferdigheter som muliggjør forståelse av helseinformasjon. Funksjonell helsekompetanse omfatter også kjennskap til hvordan en kan ivareta egen helse og hvordan helsesystemet fungerer. På dette nivået av helsekompetanse blir helseinformasjon ofte formidlet som enveiskommunikasjon, og vanskeliggjør på den måten tilbakemeldinger fra mottakergruppen (Nutbeam, 2000; Olander et al., 2020, s. 64-65). Interaktiv helsekompetanse handler om å benytte sine kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter for å kunne praktisere gitte helseråd. Samtidig vil det være utfordrende å orientere seg i en u håndterbar mengde helseinformasjon (Nutbeam, 2000; Olander et al., 2020, s. 64-65; Sletteland, 2014, s. 72-73). Kritisk helsekompetanse tar for seg evnen til å kritisk vurdere helseinformasjon fra ulike kilder, og handle deretter (Nutbeam, 2000; Olander et al., 2020, s. 64-65).

### 2.2.1 Helsekompetanse og innvandrere i Norge

I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5) står følgende nedskrevet: «Informasjon skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjon skal gis på en hensynsfull måte» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999§ 3-5). Politiske føringer i Norge har innsett behovet for å øke befolkningens helsekompetanse og utarbeidet en nasjonal strategi som skal ta hensyn til at det norske samfunnet er blitt mer flerkulturelt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 3-9). Tilgjengelig og tilpasset helseinformasjon til mottakergruppa er en forutsetning for å forstå gitt helseinformasjon. Formidling av helseinformasjon på et språk som innvandrere behersker vil kunne bidra til økt helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 3-9; Sletteland, 2014, s. 71). Faktorer som ofte anses å være forbundet med fraværende helsekompetanse innebærer eksempelvis svekket helsetilstand, lavere utdanningsnivå og færre muligheter for å medvirke i helseformidling (Sørensen & Wångdahl, 2019, s. 199). Funn fra en tidligere studie om helsekompetansen til somaliske kvinner i Oslo viste at majoriteten av deltakerne hadde manglende evne til å innhente og oppfatte helseinformasjon, samt utfordringer ved å ta helsevalg. Arbeidsledighet og manglende integrering var kjennetegn på svekket helsekompetanse. Studien konkluderte med behov for kontinuerlig arbeid med styrking

av folkets helsekompetanse. Arbeidet med styrking av helsekompetanse forutsetter særlige tilpasninger til innvandrere. Tilpasningen vil kunne føre til bedre helsekompetanse, som antakelig vil føre til at innvandrere får bedre helse (Gele et al., 2016).

### 2.2.2 Helsekompetanse i en krisesituasjon

Internasjonalt har fokuset på helsekompetanse vært økende, og ofte er tematikken relatert til eksempelvis helsetjeneste, helsefremmende og forebyggende arbeid, og sosiale helseulikheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 8). Det kan tenkes at helseinformasjon er viktig i tilføring av helsekompetanse. Under en helsekrise er god kommunikasjon en viktig forutsetning for god håndtering (Ahmad & Hillman, 2021). En tverrsnittstudie viste at nesten 40% av voksne polikliniske pasienter med HIV-smitte i Indonesia hadde lav helsekompetanse. Frykten og misforståelsen knyttet til medisinerer var større blant HIV-positive med lav helsekompetanse. Formidling av helseinformasjon måtte gjentas regelmessig for at tidligere gitt informasjon ble memorert. Studiens konklusjon var at HIV-smittede med lav helsekompetanse opplevde sosial støtte og fast behandlingsdose som viktig (Sianturi et al., 2021). En «scoping review» gjort av Castro-Sánchez et al. (2016) tok for seg 27 artikler som omhandlet helsekompetanse ved ulike smittsomme overførbare sykdommer. Konklusjonen til studien var at lav helsekompetanse kunne skyldes manglende forståelse av antibiotikaresistens (Castro-Sánchez et al., 2016). En litteraturgjennomgang gjort av Araújo et al. (2021) viste at under Covid-19 pandemien har formidling av helseinformasjon vært sentral for å få økt kjennskap om hvordan beskytte seg mot sykdommen. Informasjonsformidlingen har foregått ved bruk av ulike media, som har påvirket den enkeltes tankemåte knyttet til spredning av denne alvorlige og smittsomme sykdommen. Manglende erfaring i håndtering av sykdommen og stadige endringer i smittesituasjonen, har medført stort behov for fortløpende oppdatering og rask formidling av informasjon om Covid-19. Som følge av dette, kom en massiv informasjonsstrøm. Til tider uhåndterbare mengder med informasjon tydeliggjorde viktigheten av helsekompetansen i befolkningen. Pandemien utfordret befolkningens helsekompetanse ved å sette krav til den enkeltes evne til innhenting, forståelse, og kritisk vurdering av helseinformasjonen (Araújo et al., 2021).

### 2.2.3 Sammenheng mellom salutogenese og helsekompetanse

Salutogenese er anerkjent som viktig forklaringsmodell i helsefremmende arbeid. I etterkant av Antonovsky sitt besøk til Portugal i 1994 har salutogenese blitt inkludert i pensum på den nasjonale skolen for folkehelse i Lisboa, og salutogenese brukes i intervensjoner i portugisisk



språklige land (Saboga-Nunes, 2017, s. 415-421). I Portugal har det blitt utviklet en modell som illustrerer sammenhengen mellom salutogenese og helsekompetanse hos ungdom (figur 1) (Saboga-Nunes, 2017, s. 415-421). Modellen tok utgangspunkt i HLS-EU, som var den første undersøkelsen om helsekompetanse hos europeisk befolkning. Denne modellen har muliggjort en sammenligning av helsekunnskaper mellom utvalgte medlemsland (Sørensen et al., 2015). I tillegg ble et oversatt og forkortet spørreskjema om opplevelsen av sammenheng tatt i bruk (Antonovsky, 1996; Saboga-Nunes, 2017, s. 415-421). Ut ifra resultatene framkommer det at økt opplevelse av sammenheng styrker helsekompetansen (Saboga-Nunes, 2017, s. 419). Denne modellen ble brukt for portugisiske ungdommer. Resultater fra forskning kan tyde på at helsefremming styrkes med utdanning og kompetanseøkning, samt med bevisstgjøring på sammenheng mellom helsekompetanse og salutogenese (Saboga-Nunes, 2017, s. 415-421). Modellen brukte de tre komponentene i opplevelsen av sammenheng, nemlig forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, og knyttet dem til helsekompetanse. Forståelighet var relatert til kunnskap, håndterbarhet var knyttet til vurdering og kompetanse, mens meningsfullhet stod sammen med motivasjon (Saboga-Nunes, 2017, s. 415-421). I min oppgave er målgruppa voksne innvandrere, og denne modellen vil bli anvendt i en norsk kontekst for å gi et innblikk i sammenhengen mellom de to teoriene (figur 1). I kapittel 6 vil jeg bruke modellen ved å forklare hvordan forståelig, håndterbarhet og meningsfullhet kan relateres til helsekompetanse, og hvordan den kan anvendes for å forklare mine funn.

*Figur 1: Sammenheng mellom salutogenese og helsekompetanse*



*Note.* Bearbeidet fra *The Handbook of Salutogenesis* (s.419), av L. Saboga-Nunes, 2017, Springer ([https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6\\_46](https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_46)). CC BY-NC 2.5.

### 2.3 Oppsummering

Forskningstemaet i denne oppgaven belyses ved hjelp av de teoretiske rammeverkene salutogenese og helsekompetanse. I oppgaven undersøkes innvandreres meninger og opplevelser relatert til Covid-19-informasjon. Jeg vil finne ut om innvandrere opplever helseinformasjon som meningsfull og håndterbar. I tillegg ville jeg undersøke hvordan helsekompetanse påvirker praktisk anvendelse av Covid-19-informasjon. Teorienes relevans for oppgaven har blitt tydeliggjort ved å inkludere forskningsartikler, aktuelle rapporter, og lovverk. I tillegg har jeg beskrevet en modell som viser sammenheng mellom utvalgte teorier.

### 3. Litteraturgjennomgang

En litteraturgjennomgang kan defineres slik: «A literature review is the comprehensive study and interpretation of literature that relates to a particular question» (Aveyard, 2019, s. 2). Ny forskning bygger på tidligere kunnskap om et forskningstema. Hensikten med litteraturgjennomgangen er å opplyse leseren om denne kvalitetssikrede kunnskapen som er relatert til forskningstemaet (Aveyard, 2019, s. 4). I dette kapitlet skal jeg redegjøre for tidligere studier som omhandler mitt forskningstema. Først vil jeg forklare anvendt søkestrategi, deretter vil utvalgte artikler bli beskrevet, og videre oppsummeres artiklenes funn. Avslutningsvis vil jeg presentere oppgavens problemstilling.

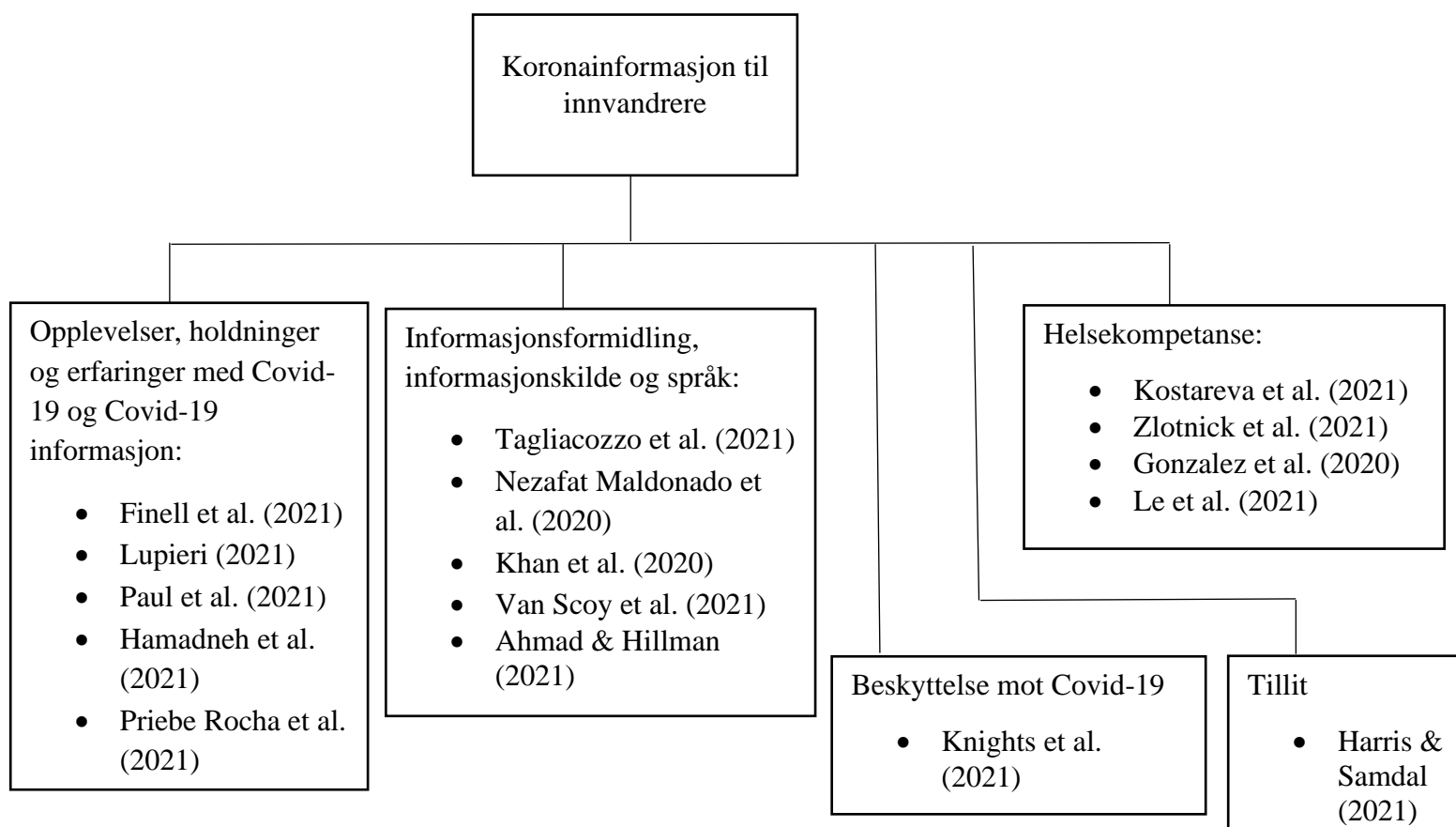
#### 3.1 Søkestrategi

I søkeprosessen brukte jeg følgende databaser: Oria, PsychINFO, Web of Science, Medline og ProQuest. Databasene ble benyttet da de omfatter ulike fagområder. Dette kan gi bedre omfang og forståelse av innvandreres opplevelse av Covid-19 informasjon. Eksempler på enkelte av søkeordene jeg benyttet er: «immigrant\*», «minority group», «ethnic minorit\*», «experience\*», «awareness», «attitude», «trust\*», «information source\*», «health literacy», «health information», «information sharing», «misinformation», «Covid-19» og «sars-CoV-2». Søkeordene ble kombinert med bindeordene AND/OR. Trunkering ble brukt for å inkludere varierende endelser på søkeordenes ordstamme. I tillegg foretok jeg søk på nettsidene til norske anerkjente helseinstitusjoner, som Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, da jeg ønsket å inkludere rapporter på mitt forskningstema i en norsk kontekst.

Inkluderte artikler skulle omhandle Covid-19-informasjon, helseinformasjon eller helsekompetanse, samt være skrevet på enten norsk, svensk, dansk eller engelsk da dette er noen språk som jeg behersker. Samtidig forsøkte jeg å finne artikler som omhandlet mitt forskningstema i en skandinavisk kontekst. Litteratursøket ble avgrenset til fagfelleverderte forskningsartikler som var publisert de siste tre årene da Covid-19 pandemien hadde sitt utbrudd i denne tidsperioden (Folkehelseinstituttet, 2022a). Jeg lagde også et Excel-dokument der jeg skrev hvilke temaer og begreper som jeg ønsket at inkluderte artikler skulle inneholde, samt synonymer på både norsk og engelsk. I dokumentet loggførte jeg benyttet database, søkeord, inklusjons- og eksklusjonskriterier, antall søketreff, samt bemerket meg relevante artikler. I alt ble 15 artikler og 1 rapport inkludert. Nedenfor illustreres først en tabell over aktuelle artikler funnet i litteratursøket (se tabell 1). Deretter illustreres et litteraturkart som kategoriserer utvalgte artikler i inn i temaer (figur 2).

Tabell 1. Litteratursøk i ulike databaser

<b>Database</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Relevante artikler</b>
Web of Science	47	11
ProQuest	121	4
Oria	12	2
PsychINFO	3	2
Medline	86	4



Figur 2: Litteraturkart

### 3.2 Opplevelser, holdninger og erfaring med Covid-19 og Covid-19-informasjon

Spredningen av Covid-19 medførte alvorlige konsekvenser for folkehelsen verden over.

Forskning viste at minoriteter var særlig utsatt for Covid-19 og dødelig utfall av sykdommen sammenlignet med majoritetsbefolkningen (Finell et al., 2021). Negative helsekonsekvenser av Covid-19 for minoritetsbefolkning kunne være et resultat av sosioøkonomiske forskjeller mellom samfunnsgruppene kombinert med tidligere oppståtte helseforskjeller. Finell et al. (2021) undersøkte opplevelsen av Covid-19 informasjon blant de tre største migrantgruppene i Finland: arabere, russere og somaliere. Datainnsamling foregikk i perioden mars til april 2020, og ble gjennomført ved telefonintervju med 209 intervjudeltakere hovedsakelig i

alderen 50 år og oppover da eldre oftere er ytterligere utsatt for sykdom enn yngre aldersgrupper. Studiens funn ble inndelt i sju hovedtemaer som tok for seg deltakernes negative opplevelser, utfordringer og frykt tilknyttet Covid-19 pandemien. Temaene innebar også hvordan deltakerne håndterte pandemien. Intervjudeltakernes erfaringer ble kategoriserte etter deres egen frykt og utfordringer for Covid-19-sykdom og deres familier, samt etter deres motstandskraft og tilgang til ressurser for å beskytte seg mot korona. Intervjudeltakerne uttrykte bekymring i utfordringer av sosial og økonomisk art knyttet til pandemiens påvirkning og frykt for isolasjon. Flertallet av deltakerne hadde tillit til finske myndigheter. Samtidig bistod sosialt nettverk med daglige gjøremål og var avgjørende ved informasjonsformidling knyttet til Covid-19. Studien konkluderte med at pandemien hadde satt søkelys på viktigheten av gjensidig tillit for god samhandling mellom migranter og lokale myndigheter i oppholdslandet. På denne måten kunne man forhindre ytterligere smittespredning og forbedre informasjonsflyt (Finell et al., 2021). Studien antyder at samarbeid, effektiv informasjonsformidling og tillittskapning er nødvendig ved framtidige kriser (Finell et al., 2021). Det kan imidlertid tenkes at en yngre aldersgruppe vil kunne ha andre opplevelser og erfaringer tilknyttet informasjon relatert til Covid-19, som følge av at de muligens ikke er like utsatt for sykdom grunnet deres alder. Datainnsamlingsmetode i studien til Finell et al. (2021) var telefonintervju. Det er nærliggende å tenke at telefonintervju er tidsbegrensende. Under et telefonintervju får man ikke fram alle aspekter av non-verbal kommunikasjon mellom deltaker og intervjuer. Dette vil kunne tenkes å vanskeliggjøre datainnsamling og påvirke forskningskvalitet.

En «narrative review» basert på 28 artikler om flyktningers helsetilstand under koronapandemien ble utført av Lupieri (2021). Hensikten med studien var å undersøke myndighetenes fremgangsmåte for å imøtekomme flyktningers helsebehov under pandemien. Blant de inkluderte artiklene var 11 av disse fra høyinntekstland i Europa, Canada og USA. Artiklene viste at flyktninger hadde større utfordringer med å motta helsehjelp sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Forskning avdekket følgende: 1) manglende oppmerksomhet rettet mot flyktninger som oppholder seg i flyktningleirer og på flyktningsenter, 2) utilstrekkelig folkehelseinformasjon til flyktninger, 3) svekket tilgang til helsetjenester og 4) fravær av flyktningers mulighet til medbestemmelse i beslutningsprosesser (Lupieri, 2021). En kan imidlertid diskutere hvorfor majoriteten av de inkluderte artiklene er fra høyinntekstland. Det kan tenkes at flyktninger har bedre mulighet for å motta helsehjelp i høyinntekstland sammenlignet med i lavinntekstland, og at dette kan ha påvirket

artikkelforfatternes beslutninger om inklusjonskriterier. Videre kan det tenkes at det er flere muligheter for tilrettelegging i høyinntektsland, og at studien med det ikke vil være overførbar til lavinntektsland.

Priebe Rocha et al. (2021) gjennomførte 15 digitale semistrukturerte intervju med brasilianske innvandrere i USA om hvordan Covid-19 hadde påvirket deres hverdag. Flertallet av studiens deltakere bestod av kvinner fra sosiale tjenester, helsetjenesten og ulike trossamfunn. Utvalgte deltakere snakket på vegne av brasilianere på tvers av ulike samfunn innad i det brasilianske miljøet i USA. Resultatene viste at smittespredning innad det brasilianske miljøet kunne forklares ved trangboddhet, og at flere var særlig utsatt for smitte i lavlønnede arbeidsstillinger. Deltakernes mulighet til å teste seg for Covid-19 var innskrenket grunnet krav om helseforsikring, redusert mulighet for barnepass og fri fra arbeid (Priebe Rocha et al., 2021). Språkbarrierer resulterte i manglende kompetanse om hvordan oppsøke helsehjelp. Omtrent halvparten tenkte at smittesporing kunne bli utfordrende da flere trolig ville unnlate å oppgi deres nærkontakter med ulovlig opphold i frykt for at de skal bli forvist fra USA. Frykten for å teste positivt for Covid-19 og deretter bli innlagt på sykehus medførte at enkelte unngikk å teste seg med mindre de var alvorlig syke. Pandemiens restriksjoner hadde negativ påvirkning på deltakernes fysiske og psykiske helsetilstand. Flertallet av deltakerne var mer utsatt for vold i hjemmet nå enn tidligere som følge av begrenset mulighet til å forlate huset for jobb. Fravær av kultursensitiv helsehjelp fra helsetjenesten medførte at mange innvandrere oppsøkte trossamfunn for emosjonell støtte. God hygiene og digital opprettholdelse av sosiale nettverk var innlemmet i den brasilianske kulturen, allerede før pandemiens utbrudd. Studien belyste faktorer som påvirket brasilianske innvandrere i USA under pandemien, slik som psykisk helseutfordringer, vold i hjemmet, dokumentasjonsstatus og språkbarrierer (Priebe Rocha et al., 2021). Deltakerne er helse- og sosialarbeider eller har tilknytning til trossamfunn for brasilianske innvandrere (Priebe Rocha et al., 2021). Ut ifra dette kan det tenkes at deltakerne har høy grad av empati for brasilianske innvandrere, og deres involvering kan potensielt vanskeliggjøre studiens objektivitet.

Paul et al. (2021) gjennomførte en tverrsnittsundersøkelse om holdninger til Covid-19-vaksiner blant 32 361 voksne i Storbritannia. En panelstudie som omhandlet psykologiske og sosiale opplevelser under pandemien, kalt «Covid-19 social study», ble benyttet i datainnhentingen. Negative holdninger til vaksiner ble delt inn i kategoriene: mistenksomhet til effekter ved vaksiner, bekymringer for bivirkninger, bekymringer for kommersiell profitt og preferanse for immunitet. Etniske minoriteter var blant de som var

skeptiske til vaksiner. Studien konkluderte med at misvisende informasjon om vaksiner til utsatte grupper vil kunne øke risiko for sykdom og potensiell død. Det er derfor viktig med tilgjengelig, tilpasset og oppdatert informasjon som kan bidra til å redusere sykdomsbyrden (Paul et al., 2021). I en tversnittstudie samles data inn på et bestemt tidspunkt (Skovdal & Cornish, 2015, s. 22). Derfor kan det antas at det vil kunne være vanskelig å si noe om holdninger til Covid-19 vaksiner generelt, utover det tidsrommet studien fant sted.

Hamadneh et al. (2021) undersøkte hva slags kompetanse og holdning syriske kvinner i Jordan hadde til å beskytte seg og sine barn mot Covid-19. Artikkelforfatterne utførte en nettbasert spørreundersøkelse der 389 syriske kvinner deltok. I studien var det 87 % av kvinnene som svarte at de brukte Facebook som sin primære informasjonskilde til Covid-19-informasjon. Det var 69 % som hovedsakelig brukte WhatsApp for innhenting av informasjon, 53 % benyttet TV som førstehåndskilde mens 21 % oppsøkte informasjon via statlige nettsider. Konklusjonen til studien var at kvinnene visste hvordan man kunne beskytte seg mot Covid-19. Det var imidlertid manglende informasjon om hvordan overføring av Covid-19 er mellom mor og barn (Hamadneh et al., 2021). En potensiell svakhet ved denne studien kan være at artikkelforfatterne kun har inkludert kvinner. Det kan tenkes at menn muligens ville brukt andre informasjonskilder.

### 3.3 Informasjonsformidling, informasjonskilde og språk

I en krisesituasjon kan det være særlig utfordrende å formidle rask og oppdatert informasjon til befolkningen (Tagliacozzo et al., 2021). Studien til Tagliacozzo et al. (2021) undersøkte hvordan folkehelsemyndigheter i Italia, Sverige og USA formidlet digital Covid-19 informasjon til sine innbyggere. Artikkelforfatterne ønsket også å studere hvordan og hvorvidt samarbeidet med ulike organisasjoner og institusjoner i formidling av digital Covid-19-informasjon var tilpasset sosiale grupper. Tilpasset koronainformasjon til innvandrere var fraværende. Det var sjeldent formidlet informasjon rettet mot innvandrere via pressemeldinger og på Twitter. Studien viste fellestrekk i hva slags type organisasjoner man inngikk samarbeid med ved informasjonsformidlingen i Italia, Sverige og USA. Sjeldent ble frivillig organisasjoner inkludert ved samarbeid om informasjonsformidlingen. Felles for de tre landene var også nedprioritering av informasjonsformidling til sårbare grupper, deriblant innvandrere. Mangel på informasjonsformidling til sårbare grupper, eksempelvis innvandrere, tydeliggjør behovet for utarbeiding av retningslinjer som inkluderer denne informasjonen (Tagliacozzo et al., 2021). Det kan tenkes at høyinntekstland, som Italia, Sverige og USA, har et godt utbygd helsesystem, og har høy grad av digitalisering. Til tross for det avdekket



studien mangelfull tilpasning av Covid-19-informasjon som formidles til innvandrere (Tagliacozzo et al., 2021).

Forskning viser at omtrent en tredjedel av Covid-19 relatert dødsfall på intensivavdelingen i Storbritannia har minoritetsbakgrunn (Khan et al., 2020). En tverrsnittsundersøkelse gjort av Khan et al. (2020) så på hvorvidt digital Covid-19-informasjon var lesbar og tilgjengelig i oversatt form til studiens målgruppe, omtalt som «BAME» (Black and minority ethnicities), som oppholdt seg i Storbritannia. Studien ble utført ved å bruke et utvalg av søketermer i Google-søk. Søketermene var: «Coronavirus», «Covid-19», «Social distancing», «Lockdown», «Furlough Scheme», «Handwashing» og «Sick pay». Resultatene viste at blant 148 inkluderte nettsider var majoriteten av disse uleselige. Fåtalet av nettsidene hadde tilgjengelig informasjon om Covid-19 som var oversatt til den ikke-engelsktalende befolkningen i Storbritannia (Khan et al., 2020). Det vil være nærliggende å tenke at manglende tilpasning av informasjon vil påvirke den enkeltes mulighet for anvendelse av smitteverntiltak. Fravær av oversatt informasjon kan videre tenkes å medføre informasjonsinnhenting via kilder som ikke er kvalitetssikre.

I juni 2020 utførte Nezafat Maldonado et al. (2020) en «rapid review» for å evaluere tilgjengeligheten av koronarelatert informasjon tilpasset til migranter som oppholder seg i Europa. Nezafat Maldonado et al. (2020) tok utgangspunkt i de 47 medlemslandene i Europarådet. Skriftlig digital helseinformasjon om Covid-19 var tilgjengelig i 45 av medlemslandene, og i 23 av medlemslandene var informasjon tilgjengeliggjort på et av migrantenes fellesspråk, som bestod av tysk, ukrainsk, arabisk og russisk. I 43 av medlemslandene hadde migrantene tilgang til koronainformasjon på telefon, men kun 9 av landene tilgjengeliggjorde informasjon relatert til Covid-19 via telefon på migrantenes fellesspråk. Det var kun 3 av medlemslandene som gav informasjon om beskyttelse mot Covid-19 i form av testing eller tilgang til landets helsetjenester på migrantenes fellesspråk. Ingen av medlemslandene tilbydde informasjon om beskyttelse mot Covid-19 rettet mot migranter i flyktningleirer. Studien fremhevet mangler i migranters tilgjengelighet av oversatt informasjon relatert til Covid-19 i Europa. Videre anbefaler Nezafat Maldonado et al. (2020) at frivillige organisasjoner i større grad inkluderes i informasjonsformidling da de kan bistå med tilpasset og tilgjengelig informasjon om Covid-19 til migranter (Nezafat Maldonado et al., 2020). Fravær av Covid-19 informasjon via telefon kan tenkes å vanskeliggjøre informasjonsinnhenting for dem som foretrekker muntlig formidling av informasjon. Fravær av informasjon formidlet på et språk som deltakerne forstår kan indikere et økt behov for

tilpasset informasjon rettet mot migranter. Studien kan tyde på behovet for å intensivere arbeidet med språklig tilpasning av Covid-19-informasjon til migranter.

Under en krisesituasjon er formidling av oppdatert og kvalitetssikker informasjon svært viktig da det bidrar til økt kunnskap, som kan forhindre dødelighet (Van Scoy et al., 2021). I mars 2020 gjorde Van Scoy et al. (2021) en digital tverrsnittundersøkelse med et «convergent mixed-method» - design der studiens deltakere var 5948 voksne fra Pennsylvania, og bestod hovedsakelig av kvinner uten medisinsk faglig bakgrunn. Formålet med studien var å undersøke kunnskapen om Covid-19, holdningene til korona og tillitten til informasjonskilder til Covid-19. På slutten av undersøkelsesskjemaet var åpne spørsmål tilføyet. Studien tok for seg faktorene: kunnskap, opprettholdelse av anbefalinger, bekymringer rundt Covid-19 og informasjonskilder. Generelt sett hadde deltakerne høye kunnskapsnivåer om Covid-19, og fulgte gitte smittvernsanbefalinger. Høyere utdanning ble forbundet med mer kunnskap. Blant deltakerne var det 42,8 % som hadde tillit til informasjon formidlet via statlige myndigheters nettside. Betydningen av tydelig informasjon fra pålitelige informasjonskilder ble framhevet da det var stor mistillit til informasjon fra den utøvende myndigheten og bekymring for motsigende beskjeder (Van Scoy et al., 2021). Det kan antas at dersom deltakerne hadde hatt mer tillitt til myndighetenes informasjon ville de kunne anvendt helseinformasjonen på en bedre måte.

Språkbarrierer og sosiale ulikheter blant innvandrere bidrar til å gjøre dem potensielt mer utsatt for smitte enn majoritetsbefolkningen (Ahmad & Hillman, 2021). I en studie gjort av Ahmad og Hillman (2021) undersøkte de bruken av ulike kommunikasjonsstrategier knyttet til Covid-19 utarbeidet av myndighetene i Qatar. Studiens målgruppe var arbeidsinnvandrere bosatt i Qatar med sør- og sør-øst asiatiske morsmål. Datainnsamlingen foregikk ved å undersøke flerspråklig kommunikasjonsmaterieell, slik som koronainformasjon på radioen i Qatar formidlet på arbeidsinnvandrernes morsmål, og videoer lagt ut på forskjellige sosiale medier. Intervju gjort med assisterende direktør for det nasjonale medieselskapet i Qatar, radioverter og ledere fra samfunnslag ble også inkludert i datainnsamlingen. Flere av arbeidsinnvandrerne i Qatar var analfabeter, og nedskrevet informasjon var derfor hensiktsløst. Flertallet av arbeidsinnvandrerne snakker ikke arabisk, som er landets offisielle språk. Majoriteten av manuell arbeiderne hadde heller ikke engelsk som deres «lingua franca». Studien viste viktigheten av tilpasset informasjon på et språk som mottakerne behersker. I tillegg viste studien at dersom Covid-19 informasjon ble formidlet av personer med kulturell kjennskap til deltakerne ville dette kunne øke deltakerne tillit til informasjonen

(Ahmad & Hillman, 2021). Forskningen fremhevet behov for å gjøre Covid-19 info mer anvendbar for innvandrere, og dette kan gjøres ved å formidle språktilpasset helseinformasjon på plattformer som innvandrere bruker (Ahmad & Hillman, 2021).

### 3.4 Tillit

I mars 2020 utførte Harris og Sandal (2021) en nettbasert spørreundersøkelse om nordmenns opplevelser av psykologisk ubalanse tilknyttet Covid-19, samt deres tillit til helsetjenester. Studiens deltakere bestod av 4008 tilfeldig valgte voksne fra folkeregisteret i alderen 18 år og oppover. Deltakerne tilhørte sårbare grupper særlig utsatt for psykologisk ubalanse. Vurdering av deltakernes psykiske helsetilstand ble gjort ved bruk av sjekklisten kalt «Hopkins Symptom Checklist» (HSCL-10), oversatt til norsk. Funnene viste ikke markante utslag ved innvandreres HSCL-10-resultater. Det var heller ingen tydelig indikasjon om at yrkessituasjon eller innvandrerbakgrunn påvirket folkets tillit til helsetjenester. Konklusjonen fra studien var at studiens deltakere har håndtert pandemien forholdsvis godt (Harris & Sandal, 2021). Studien viser at en generell høy tillit, som den norske befolkningen har til myndighetene, kan bidra til bedre håndtering av en helsekrise (Harris & Sandal, 2021). Dersom andre myndigheter oppnår høy tillitt blant befolkningen kan det tenkes at befolkningen vil klare seg bedre i fremtidige krisesituasjoner.

### 3.5 Beskyttelse mot Covid-19

Knights et al. (2021) intervjuet 17 nylig ankomne migranter i England og en rekke helsepersonell fra primærhelsetjenesten om deres synspunkter og opplevelser av Covid-19. Artikkelforfatterne forsøkte å finne ut hvordan pandemien har påvirket migrantenes tilgang til primære helsetjenester. Det ble også intervjuet 64 helseprofesjonsutøvere om deres erfaring med å tilby helsehjelp til migranter under pandemien og deres utfordringer ved vaksinedekning. Det var felles enighet om at digitalisering av helsetjenesten bidro til økte forskjeller i tilgang til helsehjelp blant migranter. Migrantene uttalte at språkbarrierer sammen med misvisende informasjon som florerer på media, manglende kvalitetssikret og skreddersydd informasjon skapte usikkerhet og påvirket deres tillit til informasjon. Begge deltakergruppene påpekte flyktningenes ressursmangel i form av manglende digital kompetanse og manglende tilgang til utstyr som sammen med innskrenket tilgang til fysisk kontakt med helsevesenet og mangelen på informasjon som er tilpasset til målgruppa som stor utfordring i kampen mot pandemien (Knights et al., 2021). Studien til Knights et al. (2021) gav grunnlag til å tenke at innvandreres dårligere tilgang til utstyr og lavere digitale kompetanse, ville medføre at de blir dårligere stilt når det oppstår en ny helsekrise.

### 3.6 Helsekompetanse

Generelt sett opplever mennesker med innvandrerbakgrunn flere folkehelseutfordringer og utfordringer ved tilpassede og tilrettelagte helsetjenester (Le et al., 2021b, s. 7-8).

Helsedirektoratet, OsloMet og Høyskolen i Innlandet har tidligere utgitt en delrapport om den norske befolkningens helsetilstand. En videreføring av den rapporten omhandler helsekompetansen til fem innvandrerpopulasjoner i Norge med bakgrunn fra Polen, Vietnam, Somalia, Tyrkia og Pakistan (Le et al., 2021a, s. 4). Formålet med sistnevnte rapport var å innhente kunnskap for å øke innvandrerne helsekompetanse. I rapporten ble det brukt en oversatt versjon av spørreskjemaet kalt «Health literacy population survey 2019-2021» (HLS19), for å få en oversikt over helsekompetansen blant innvandrere. Utvalget bestod av 7733 respondenter i alderen 16 år og oppover med fast bostedsadresse i Norge (Le et al., 2021b, s. 26). Funnene tydet på at innvandrerne hadde lavere nivåer av generell helsekompetanse sammenlignet med majoritetsbefolkningen. I forhold til resten av den norske befolkningen hadde respondentene opplevd større vansker med å innhente og anvende helseinformasjon for å unngå sykdom. Derfor er det et økt behov for tilpasset informasjon til innvandrere, samt muliggjøre medvirkning i informasjonsutvikling (Le et al., 2021b, s. 63-64). Rapportering av svakere generelle digitale ferdigheter var felles blant innvandrerne, og enkelte hadde også færre ferdigheter for innhenting av digital helseinformasjon. Digitale ferdigheter kunne ses i sammenheng med sosioøkonomisk status, alder og langvarig sykdom (Le et al., 2021b, s. 77). Det ble rapportert dårligere kommunikasjonsferdigheter i møte med helsepersonell sammenlignet med den generelle norske befolkningen. I de fleste innvandrerpopulasjonene var det en parallell mellom kommunikasjonsferdigheter, økonomisk status og utdanningsnivå. I enkelte av innvandrerne fødeland hadde faktorer som alder og kjønn innvirkning på respondentenes kommunikasjonskompetanse (Le et al., 2021b, s. 87).

Kostareva et al. (2021) gjorde en «integrative review» om helsekompetansen til voksne russisktalende innvandrere, flyktninger og migranter fra tidligere Sovjetunionen. Studiens målgruppe var russisktalende da dette er et fellesspråk for landene i tidligere Sovjetunionen. Majoriteten av innvandrere fra tidligere Sovjetunionen oppholder seg i USA, Israel og Tyskland. Derfor var studiens sju inkluderte artikler skrevet på russisk, engelsk, tysk eller hebraisk. Artikler skrevet på disse språkene kunne bidra til bedre forståelse av forskningstemaet, samt dekke kunnskapshull. Litteraturstudien inkluderer både teoretiske og empiriske artikler, som er publisert i fagfelleverderte tidsskrifter. Studien viste til at innvandrere fra tidligere Sovjetunionen generelt sett hadde lav helsekompetanse (Kostareva et

al., 2021). Resultatene kunne til dels forklares ved mistillit til helsesystemet og helsepersonell i vertslandet. Artiklene vektla viktigheten av oversatt og kontekstspesifikk helseinformasjon. Innvandrernes helsekompetanse vil kunne styrkes dersom man formidler kvalitetssikret helseinformasjon som er tilpasset deres sosiokulturelle kontekst og oversatt til språk som de behersker. En slik tilpasning til målgruppa vil kunne være tillitsskapende og forbedre deres forståelse av helseinformasjon. Tilgjengelig og tilpasset helseinformasjon var svært viktig for å forhindre ytterligere smittespredning av Covid-19 pandemien. Videre forskning bør ta høyde for å avklare alle kulturspesifikke og språklige faktorer som kan forbedre innvandrernes helsekompetanse i vertslandene (Kostareva et al., 2021).

Koronautbruddet medførte økt selvopplevd stress i befolkningen (Zlotnick et al., 2021). Migranter er en sammensatt befolkningsgruppe som kan ha forskjellige ressurser for å forstå og bearbeide varierende helseinformasjon i oppholdslandet. En mengde helseinformasjon, som er gitt til befolkning under en pågående helsekrise, øker stressnivå hos grupper som har utfordringer knyttet til forståelse av og tilgang til helseinformasjon. En nettbasert tverrsnittsundersøkelse utført av Zlotnick et al. (2021) undersøkte selvopplevd stress blant 411 voksne engelsktalende migranter i Israel under Covid-19 pandemien. Deltakerne hadde opphav fra engelsktalende land som Canada, Sør-Afrika, USA og Storbritannia. Rekruttering av deltakere foregikk ved å trykke på en link i sosiale medier og nyhetsbrev, særlig rettet mot migranter fra engelsktalende land. Deltakere ble tildelt et digitalt spørreskjema som var delt inn i følgende temaer: oppfattet stress, indikasjon på migrantenes assimileringssprosess, demografiske kjennetegn og nivå av motstandskraft, og arbeidsstatus før og etter pandemien. Resultatene viste at migranter som hadde høy motstandsdyktighet og høy helsekompetanse opplevde mindre stress. Samtidig viste resultater at individer som grunnet tidligere sykdom, traumer eller arv har svekket helsetilstand og dermed av ulike grunner lav motstandsdyktighet, er mer utsatt for stress til tross for at de har høyt nivå av helsekompetanse. Studien påpekte at innvandrerpopulasjoner trenger skreddersydd informasjon som øker deres helsekompetanse og formidlet på plattformer som er tilgjengelig for dem. Konklusjonen er at helsefremming for innvandrere kan oppnås ved å kombinere intervensjoner som øker helsekompetanse og samtidig fremmer motstandsdyktighet (Zlotnick et al., 2021). Studien til Kostareva et al. (2021) og Zlotnick et al. (2021) bekrefter at kompetansegivende tiltak bedrer innvandreres helse.

Koronapandemien har medført et økende behov for helseinformasjon som er pålitelig, tilgjengelig, tilpasset og oppdatert. Manglende tilgang til helseinformasjon vil kunne gjøre

marginaliserte grupper desto mer sårbare i krisesituasjoner (Gonzalez et al., 2020). Artikkelforfatterne Gonzalez et al. (2020) intervjuet 24 ulike latinamerikanske familier om deres helsekompetanse. Forskerne ville finne ut familiens evne til å innhente helseopplysninger på digitale plattformer og hvordan yngre familiemedlemmer bidrar til å styrke familiens digitale helsekompetanse. Deltakerne bestod av voksne foreldre fra Latin-Amerika, og deres barn under myndighetsalder. Intervjuene foregikk hjemme hos deltakerne. Først ble det gjort intervju med foreldrene og barna deres hver for seg. Senere fikk foreldrene og barna oppgaver knyttet til innhenting av digital helseinformasjon som de skulle løse i fellesskap. Dette muliggjorde observasjon av familienes helsekompetanse i praksis. Fellestrekk for de fleste deltakende foreldrene i studien var at de var født i Mexico og hadde lavere sosioøkonomisk status. Foreldrene hadde lav selvtillit ved bruk av internett og ba ofte barna sine om hjelp i navigering av digital helseinformasjon. Barna opplevde det som til tider utfordrende å bistå foreldre ved innhenting av helseinformasjon når det gjaldt foreldrenes helsetilstand. Først må barn forstå helseinformasjonen og overføre den til foreldrene i en form som er tilpasset foreldrenes helsesituasjon. Samtidig var det sjelden andre som kunne assistere foreldrene og dersom foreldrene skulle innhente helseinformasjon på egen hånd ville det tatt lengre tid enn om barna hjalp dem. Studien konkluderte med at barn av innvandrerforeldre hjalp med både innhenting, tolkning, bearbeiding og implementering. Samarbeidet mellom barn og forelder bidro til å etablere og øke familiens helsekompetanse (Gonzalez et al., 2020). Bruk av barn som tolk kan tenkes å by på flere problemstillinger. Det vil være nærliggende å tenke at videreformidling av helseinformasjon til sine foreldre forutsetter at man setter seg inn i foreldrenes helsetilstand. Det kan tenkes å være svært omfattende og komplekst for barn å sette seg inn i.

### 3.7 Oppsummering av forskning

Studiene viste at koronarelatert informasjon i hovedsak var formidlet digitalt, og at den i liten grad var tilpasset og forståelig for innvandrere, migranter, flyktninger og etniske minoriteter. Manglende tilpasset informasjon, fravær av digital kompetanse, redusert tilgang til digitalt utstyr og innskrenket mulighet for fysisk kontakt med helsevesenet bidro til økte sosiale forskjeller og skapte hindringer ved bekjempelse av Covid-19.

### 3.8 Problemstilling

I denne studien ønsker jeg å undersøke innvandreres etterlevelse av informasjon relatert til Covid-19, deres tilgang til informasjon, og hvorvidt informasjonen har vært tilpasset dem. Jeg ønsket også å få innsikt i deres tillitt til myndigheter som har formidlet koronarelatert informasjon, samt innvandreres mulighet for beskyttelse mot koronasykdom. Derfor har jeg valgt å se nærmere på følgende problemstillinger:

«Hvordan har innvandrere i en by på Vestlandet opplevd informasjon relatert til Covid-19?»

«Hvordan har innvandrere i en by på Vestlandet anvendt sin helsekompetanse under Covid-19 pandemien?»

## 4. Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med arsenalet av metoder» (Aubert, 1972, s. 196). I dette kapittelet skal jeg starte med å beskrive oppgavens epistemologi. Deretter beskriver jeg forskningsdesignet og forklarer valgt metode for datainnsamling, utvalgsstrategi og rekrutteringsprosessen, gjennomføring av datainnsamlingen, samt dataanalysen. Videre redegjør jeg for forskningens kvalitetskriterier, og hvordan etiske overveielser blir ivaretatt.

### 4.1 Epistemologi

Epistemologi er læren om veien til kunnskap, og om hvordan kunnskap produseres gjennom forskning (Neuman, 2014, s. 95). Epistemologi påvirker både valg av metode, fremgangsmåte for datainnsamling og analyse. Epistemologi former forskerens syn på deltakerne i gitt kontekst (Carter & Little, 2007).

#### 4.1.1 Fenomenologi og hermeneutikk

Fenomenologi kan ansees som både en filosofisk paradigme og en metodisk tilnærming (Patton, 1990, s. 68). Fenomenologi handler om hvordan sosiale fenomener har blitt opplevd og erfart av enkeltpersoner (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45). Dersom man ønsker å beskrive menneskets opplevelser av et fenomen, er fenomenologisk tilnærming en god fremgangsmåte (Skovdal & Cornish, 2015, s. 38). Hvis man vil få en full forståelse av menneskets oppfatning og hva som påvirker deres handling, brukes hermeneutikk (Polit & Beck, 2018, s. 188). Hermeneutikk tilstreber å fortolke menneskets dypere mening om et fenomen (Polit & Beck, 2018, s. 188). I denne oppgaven brukte jeg elementer av både fenomenologi og hermeneutikk da jeg ville finne ut hva innvandrere, som oppholder seg i en kommune på Vestlandet, mener om Covid-19 informasjon. Derfor har jeg intervjuet voksne innvandrere med ulik kulturell bakgrunn, utdanningsnivå og livserfaring. Jeg satt meg inn i deltakernes levd erfaring og deres tankemåte for å kunne få en dypere forståelse av deres meninger og oppfatning. I analyseprosessen brukte jeg hermeneutisk fremgangsmåte for å tolke innvandreres mening om informasjon relatert til Covid-19.

### 4.2 Metodologi

Metodologi omhandler en beskrivelse av og begrunnelse for anvendt metode (Kaplan, 1964, s. 18). Hensikten med metodologi er å gi en beskrivelse av fremgangsmåten i en forskningsprosess. Beskrivelsen innebærer ofte forklaring av utfordringer og begrensninger



ved datainnsamlingen, og en slik beskrivelse vil kunne bidra til økt innsikt i datainnsamlingsprosessen (Kaplan, 1964, s. 23).

#### 4.2.1 Kvalitativt forskningsdesign

Forskningsdesignet bestemmes ut ifra forskningstilnærmingen som er enten kvalitativ, kvantitativ eller mixed-method (Creswell, 2014, s. 11-12). Kvalitativ forskningstilnærming brukes for å få en dypere forståelse av menneskets meninger, opplevelser og erfaringer om et bestemt tema (Creswell, 2014, s. 4). Denne tilnærmingen bidrar til å besvare spørsmål om «hvorfor», «hvordan» og «under hvilke omstendigheter» et fenomen oppstår (Skovdal & Cornish, 2015, s. 4). Kvalitativ tilnærming tillater fleksibilitet i innsamling av kvalitative data som belyser forskningsspørsmålet, og er derfor godt egnet til å skaffe ny kunnskap om temaet (Thagaard, 2011, s. 12). Ett av kjennetegnene ved kvalitativ forskning er at forskeren selv utfører datainnsamlingen, og at forskningen gjøres i omgivelser som deltakerne oppholder seg i til daglig (Creswell & Creswell, 2018, s. 185). I denne oppgaven ville jeg få fram innvandreres opplevelser og meninger om Covid-19 informasjon, samt hvordan de har brukt sin helsekompetanse under pandemien. Derfor er kvalitativt forskningstilnærming egnet til å besvare problemstillingene for denne oppgaven.

#### 4.3 Datainnsamling

Innenfor fenomenologiske studier er intervju ofte brukt (Postholm, 2010, s. 43). Derfor brukte jeg intervju som datainnsamlingsmetode i denne studien. I følgende delkapittel vil jeg beskrive hvordan datainnsamlingen foregikk, og gi en begrunnelse for mine valg knyttet til datainnsamlingen.

##### 4.3.1 Kvalitativt intervju

Intervju er ofte benyttet for å samle data innenfor kvalitativ helseforskning (Green & Thorogood, 2018, s. 115). Et intervju innebærer en konversasjon mellom intervjuer og intervjudeltaker som foregår innenfor en viss ramme. Samtalen styres av forskeren som stiller spørsmål innenfor forskningstemaet. Intervjudeltaker må imidlertid få mulighet til å utdype og begrunne egne synspunkter under samtalen (Skovdal & Cornish, 2015, s. 56). Jeg gjennomføre intervjuer for å samle data som belyser deltakernes tanker, synspunkter og opplevelser om helseinformasjon knyttet til pandemi utløst av Covid-19 (Thagaard, 2011, s. 87). Jeg valgte å foreta semi-strukturerte intervju, som innebærer at utvalgte samtaletemaer var forhåndsbestemte. Semi-strukturerte intervju muliggjør fleksibilitet ved at metoden tillater omformuleringer av spørsmål og endringer i spørsmålsrekkefølgen, samt tilføyelse av

spørsmål (Green & Thorogood, 2018, s. 116; Robson, 2002, s. 270). Dersom spørsmålsformuleringen min skulle skape forvirring, vil jeg kunne endre denne formuleringen og tilpasse den til intervjusituasjonen.

#### 4.3.2 Utvikling av intervjuguide

Under intervjuene benyttet jeg en intervjuguide (se vedlegg 1 og 2). Intervjuguide vil si en plan over aktuelle samtaletemaer under intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162; Thagaard, 2011, s. 99). I intervjuguiden inkluderte jeg samtaletemaer som omhandlet blant annet ulike informasjonskilder og deltakernes mulighet til beskyttelse mot Covid-19. Ettersom smittesituasjonen endret seg ble spørsmål om formidling av informasjon knyttet til vaksinasjon og koronapass inkludert i intervjuguiden da dette var relevante og høyst aktuelle temaer på daværende tidspunkt. Jeg testet intervjuguiden ved gjennomføring av pilot-intervju i forkant av intervjuene. Det ble gjort to pilot-intervju, et på norsk og et på engelsk. Deltakerne, som deltok på pilotintervju, behersker begge disse språkene og jeg spurte derfor om mulighet for å gjennomføre et av disse intervjuene på engelsk, slik at jeg fikk praktisert dette dersom det skulle bli aktuelt å gjennomføre intervju på engelsk i en reel intervjusetting. Det ene intervjuet ble gjort fysisk med en innvandrer mens det andre intervjuet ble gjort digitalt med en norskfødt med innvandrerforeldre. Tilbakemeldinger fra deltakerne ble tatt i betraktning ved at forslag om ordformuleringer ble inkludert i den endelige norske og engelske intervjuguiden. Under pilot-intervjuene ble det, med deltakerne samtykke, gjort opptak. Dette for å teste at utstyret fungerte, og for å få testet utstyret i en tilnærmet reell situasjon.

#### 4.3.3 Utvalgsstrategi, utvalgsstørrelse, og inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltakelse

I denne studien ble flere utvalgsstrategier benyttet. Det ble gjort et strategisk utvalg av deltakere, som innebærer at deltakere har visse kjennetegn som gjør dem egnet til å besvare mine problemstillinger (Thagaard, 2011, s. 55). Derfor inkluderte jeg deltakere med ulik bakgrunn som gav meg relevant informasjon om mitt forskningstema. I enkelte tilfeller ble potensielle deltakere strategisk valgt ved at organisasjonsledere tok direkte kontakt med dem, mens i andre tilfeller ble et tilgjengelighetsutvalg brukt. Et tilgjengelighetsutvalg innebærer å inkludere deltakere som tilfredsstillers studiens kriterier og som samtidig melder sin interesse for deltakelse i studien (Thagaard, 2003, s. 54). Flere utvalgsstrategier ble brukt da det til tider var utfordrende å rekruttere et tilstrekkelig antall deltakere. Hvor mange deltakere som bør inkluderes avhenger av forskningsspørsmålet (Skovdal & Cornish, 2015, s. 64). I kvalitative studier der formålet er å få dypere innsikt innenfor et tema vil vanligvis utvalget bestående av

et fåtall personer være tilstrekkelig til å belyse dybden av undersøkte problemstillinger (Thagaard, 2011, s. 60). Innen fenomenologiske studier anses en utvalgsstørrelse mellom tre til ti deltakere som vanlig (Creswell, 2014, s. 189).

Intervjudeltakerne skulle tilfredsstillende følgende kriterier: (a) være voksne og myndige i alderen 18+, (b) ha innvandret til Norge, (c) oppholde seg i en bestemt kommune på Vestlandet siden før pandemiens utbrudd, altså før mars 2020, og (d) kunne stille til intervju enten fysisk eller digitalt på enten norsk eller engelsk. Deltakerne, som ønsker å delta på intervju, skulle være myndige og skulle helst ha etablert et visst forhold til sitt lokalsamfunn på Vestlandet. Kriteriet muliggjør innhenting av informasjon om deltakernes tidligere erfaring og om deres forståelse og opplevelse av informasjon som formidles i Norge i løpet av pandemien. Språk er en svært viktig komponent i kvalitativ forskning. Deltakerne fikk tilbud om å bli intervjuet på enten norsk eller engelsk, alt ettersom hvilket av disse språkene de følte seg mest komfortable med. Gjennom språk kan deltakerne uttrykke deres opplevelser (Green & Thorogood, 2018, s. 118). Eksklusjon i form av språk ble gjort av flere årsaker. Deltakerne fikk mulighet til å bli intervjuet på enten norsk og engelsk da dette er to språk som jeg behersker. I og med at jeg gjorde intervjuene selv anser jeg det som viktig å ha gode språkkunnskaper når det kommer til disse språkene. Som følge av daværende smittevernregler og -anbefalinger på tidspunkt for datainnsamlingen, fikk deltakerne selv velge mellom å delta på intervjuene fysisk eller digitalt.

#### 4.3.4 Rekruttering

Rekruttering innebærer å grundig informere og invitere relevante deltakere til å delta i forskning (Skovdal & Cornish, 2015, s. 190). Ifølge Skovdal og Cornish (2015, s. 40) er det viktig å ha en plan for rekruttering av deltakere, og det anbefales å begynne med rekrutteringsprosessen tidlig. Derfor begynte jeg å ta kontakt med organisasjoner i januar 2021. Etter å ha rådført meg med min veileder tok jeg kontakt med flere organisasjoner som har kjennskap til min målgruppe. På denne måten kunne jeg få et sammensatt utvalg som forsikrer innhenting av et rikelig og relevant datamateriale (Skovdal & Cornish, 2015, s. 65). Norske myndigheter inkluderte ulike frivillige organisasjoner og trossamfunn for å bistå med krisehåndtering av pandemien (Arnesen et al., 2021, s. 40; NOU 2021: 6, s. 206). Derfor kontaktet jeg blant annet forskjellige frivillige organisasjoner og trossamfunn i forbindelse med rekruttering av intervjudeltakere. Disse organisasjonene har tilgang til og besitter opplysninger om mine deltakere. Organisasjonene hadde en portvokter-funksjon, som vil si at de, innenfor lovlige rammer, kan være bindeledd mellom meg og mine deltakere (Skovdal &

Cornish, 2015, s. 40). Lederne fra de ulike organisasjonene var positive til at jeg kunne intervjuere deres deltakere. Samtidig ville de forsikre seg om at etiske betraktninger ved datainnsamlingen ble ivaretatt. Derfor hadde jeg jevnlig kontakt med representanter fra de ulike organisasjonene gjennom møter på Teams eller telefon, samt mailutveksling. Jeg presenterte de etiske rammene for studien, og bekreftet at deltakernes rettigheter blir ivaretatt. Organisasjonsledere inviterte meg deretter til deres lokaler der jeg presenterte meg selv og studien min til potensielle deltakere. Smittevern ble ivaretatt ved at jeg registrerte meg ved ankomst, spritet hender og brukte munnbind når jeg bevegde meg i deres lokaler. Under møtene gav jeg mitt mobilnummer og mailadresse til potensielle deltakere, slik at de kunne ta kontakt dersom de ønsket å stille til intervju eller om de hadde spørsmål angående studien min. Deltakerne viste interesse for mitt forskningstema på presentasjonsmøtene. Til tross for dette, opplevde jeg et fåtall som kontaktet meg i ettertid. Det kan tenkes at det var mange årsaker til treg rekruttering i begynnelsen av prosessen. Informasjon relatert til Covid-19 er et tema alle mennesker har måtte forholde seg til. Alle har gjort seg erfaringer med Covid-19 informasjon og har en formening om denne typen informasjon. Likevel kan det tenkes at dette er et tema som man blir «lei av» når man hører om det gjentatte ganger over en lengre periode, noe som kan forklare manglende engasjement hos deltakerne. Enkelte deltakere gav meg deres mobilnummer under presentasjonsmøtene, og ønsket at jeg tok nærmere kontakt med dem. Jeg fulgte opp deltakere ved å sende dem en kortfattet påminnelse på SMS angående studien, men det var få som gav lyd fra seg. Meldingsutveksling er for øvrig samme metode deltakernes tilhørende organisasjoner benytter for å videreformidle informasjon til sine deltakere. Deltakelse i min studie medførte ikke noen spesielle fordeler, som eksempelvis økonomisk kompensasjon, og det kan derfor tenkes at dette kan ha påvirket deltakernes engasjement for studien. Det kan tenkes at flere hadde ønsket å bidra i forskning dersom de kunne ytret sine formeninger og erfaringer på eget morsmål. Fravær av tolk under intervjugjennomføringen kan derfor ha vært en medfølgende årsak til treghet i rekrutteringsprosessen. Bruk av tolk vil imidlertid trolig kunne resultere i tap av meningsinnhold når spørsmålene og spørsmålsformuleringene skal forstås av forskjellige personer, og deretter oversettes til ulike språk. En potensiell utfordring med bruk av tolk, tenker jeg, er at meningsinnhold muligens kan gå tapt i oversettelse fra et språk til et annet, og på denne måten svekke studiens kvalitet. Til slutt klarte jeg å samle et representativt utvalg av relevante deltakere. Datainnsamlingen foregikk i perioden mellom november 2021 og februar 2022, og det ble intervjuet åtte deltakere.

#### 4.3.5 Intervjugjennomføring

Deltakerne hadde muligheten til å bli intervjuet fysisk eller digitalt. Min antagelse om potensielle endringer i smittevernreglene og -anbefalingene i tidsperioden for datainnsamlingen gjorde at jeg var forberedt på å gjennomføre enkelte intervjuer digitalt. Gjennom samtaler med enkelte av intervjudeltakerne fikk jeg også inntrykk av at tilbud om digital intervjudeltakelse muliggjorde deltakelse for dem i en travel hverdag. Av åtte intervjuer ble fire av disse gjennomført via Zoom. I forkant av de digitale intervjuene sendte jeg informasjonsskriv med samtykkeskjema til deltakerne, og ba dem lese gjennom dette (Vedlegg 3 og 4). I forkant av de fysiske intervjuene gav jeg deltakerne tid til å lese gjennom informasjonsskrivet. Både før de fysiske og digitale intervjuene startet spurte jeg om deltakerne var innforstått med det som stod i informasjonsskrivet, og om de hadde noen spørsmål knyttet til det. Ingen av deltakerne hadde noe spesielt å bemerke. Ved gjennomføring av fysiske intervju ble det benyttet to diktafoner, slik at jeg kunne være forsikret om at intervjuene ble tatt opp dersom det skulle oppstå en teknisk svikt med den ene av diktafonene. Deretter gav jeg deltakerne en kort beskrivelse av meg selv da jeg tenkte at dette kunne bidra til at de følte seg mer komfortable i intervjusituasjonen. I informasjonsskrivet stod det blant annet at dersom deltakerne samtykket til opptak av intervjuet kunne de selv velge om de ønsket å ha på kamera ved gjennomføring av digitale intervju. Det var kun en som valgte å ha avskrudd kamera. Under intervjuene forsøkte jeg å legge merke til deltakernes kroppsspråk da jeg tenkte dette kunne ses opp mot deres utsagn, og gi meg et mer helhetlig bilde av hvordan spørsmålene ble forstått. Gjennomføring av fysiske intervju ble gjort i gruppe- og/eller møterom tilknyttet til universitetet eller i organisasjonens lokaler, alt etter hva deltakerne selv foretrakk og hadde mulighet til.

Intervjuene hadde en varighet fra 28-93 minutter. Den noe korte varigheten på enkelte av intervjuene kan forklares ved at organisasjonsledere avtalte møtetidspunkt med tre deltakere rett etter hverandre i deres lokaler, og for å rekke gjennom disse innenfor avsatt tid ble tiden for intervjugjennomføring noe begrenset. Av åtte intervjuer ble halvparten utført på engelsk og den andre halvparten ble utført på norsk. Under ett av intervjuene vekslet imidlertid deltakeren mellom å svare på norsk og engelsk. Ut ifra dette kan det tenkes at vedkommende opplevde at det i visse tilfeller var enklere å uttrykke seg på engelsk. Under intervjugjennomføringen var jeg fleksibel ved at jeg brukte synonymer i spørsmålsformuleringen. Synonymer ble brukt ved gjennomføring av intervju på både norsk

og engelsk. Bruken av synonymer, som intervjudeltakere forstår, forbedret muligens kvalitet av innsamlet datamaterialet.

I forbindelse med gjennomføringen av intervjuene lagde jeg et refleksjonsnotat som inneholdt tanker og erfaringer jeg gjorde meg fra både før, under og etter intervjuet. Refleksjonsnotatet gjorde det mulig å forbedre egen intervjutill til neste intervju.

#### 4.4 Bearbeiding av datamaterialet

##### 4.4.1 Transkribering

Transkribering vil si å forandre datamaterialet sin formidlingsmåte, ofte innebærer dette å endre datamaterialet fra tale til tekst (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204-205). Etter samtykke fra den enkelte deltaker, har jeg tatt opp alle intervjuene. Ved gjennomføring av digitale intervju ble det gjort videoopptak der intervjudeltaker hadde mulighet til å ha avskrudd kamera, om ønskelig. I etterkant av intervjuene hørte jeg på lydopptakene, før jeg begynte å transkribere, for å få inntrykk av helhet av datamaterialet. Jeg transkriberte intervjuene på egen hånd da det kun var jeg og den enkelte deltaker som var til stede under intervjuet, og deling av ubearbeidet datamateriell anser jeg som uetisk praksis. Transkribering av egne foretatte intervju kunne bidra til økt bevisstgjøring omkring egen intervjuteknikk (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207). I transkripsjonene valgte jeg å gjengi deltakerne så ordrett som mulig da jeg ønsket å få fram deres meninger og opplevelser tilnærmet den måten som de selv har beskrevet. Ved presentasjon av funn valgte jeg likevel å ekskludere deltakernes uttrykk som «eh» og «mhm», for å gjøre sitatene enklere å lese. Intervjudeltakerne ble nummerert, og jeg anonymiserte opplysninger som kunne gjøre dem gjenkjennbare. Intervjudeltakernes fødeland, skole og hvilken organisasjon de var tilknyttet er noen eksempler på anonymiserte opplysninger. Intervjuene, som ble utført på engelsk, valgte jeg å oversette til norsk i forsøk på å bevare deltakernes anonymitet. Oversettelse av sitater fra et språk til et annet vil kunne tenkes å medføre potensiell fare for å miste meningsinnhold, og jeg ønsket derfor å oversette sitatene mest mulig ordrett. Dette forsøkte jeg å ha i bakhodet når jeg oversatte sitatene fra deltaker nummer 2, 5, 6, 7, og 8.

#### 4.5 Dataanalyse

Beskrivelse av dataanalyse utgjør en viktig del av metode-kapittelet. Tekst er omfattende datamateriale, og hensikten med dataanalyse er å finne de essensielle elementene som underbygger forskningsfunn. Dataanalyse består av å dele opp datamaterialet, for deretter å

sette det sammen igjen og presentere nyvunnet kunnskap på en forståelig måte (Creswell, 2014, s. 194-195).

#### 4.5.1 Tematisk analyse

Tematisk nettverksanalyse er et verktøy som bidrar til å illustrere kvalitative data på en systematisk måte (Attride-Stirling, 2001). Hensikten med tematisk nettverksanalyse er å få dypere forståelse for forskningstemaet, og utfordringer knyttet til dette temaet (Attride-Stirling, 2001). Fordelen med denne analysemetoden er at den er godt egnet til å analysere data innenfor flere fagfelt da den er uavhengig av epistemologisk ståsted, type datainnsamling eller teoretisk rammeverk (Braun & Clarke, 2013, s. 178)

Attride-Stirling (2001) sin nettverksanalyse består av seks steg for hvordan analysere kvalitative data. Etter at jeg hadde gjennomført og transkribert det første intervjuet kunne jeg begynne å analysere data. Første steg i analysen innebærer å velge ut meningsfulle utsagn fra de transkriberte intervjuene, såkalt koding av datamaterialet (Attride-Stirling, 2001; Braun & Clarke, 2006). Hensikten med koding er å redusere mengden data, slik at datamaterialet blir håndterbart å analysere. Kodingen valgte jeg å gjøre i dataprogrammet NVivo, for å ha god oversikt datamaterialet. Jeg startet med å kode datamaterialet sammen med min veiledningsgruppe, som muliggjorde diskusjon av valgte koder. Vi utarbeidet koder ved å ha en induktiv tilnærming til datamaterialet, som vil si at vi kun fokuserte på det innsamlede datamaterialet (Joffe & Yardley, 2004, s. 57). Det innsamlede datamaterialet gav meg utfyllende informasjon om erfaringene til hver enkelt deltaker, og ut ifra en induktiv tilnærming kunne man danne seg et generelt bilde av datamaterialet (Creswell, 2014, s. 65; Kvale & Brinkmann, 2015, s. 224). Deretter lagde jeg koder som tok utgangspunkt i å besvare problemstillingene for denne masteroppgaven, altså ved å ha en deduktiv tilnærming til datamaterialet (Joffe & Yardley, 2004, s. 57). Jeg brukte en kombinasjon av induktiv og deduktiv tilnærming for analysering av datamaterialet. På denne måten kunne jeg se datamaterialet fra ulike perspektiver.

Etter at alt datamaterialet var kodet, begynte jeg på det andre steget i analysen. Analysens andre steg går ut på å finne fellestrekk i de ulike kodene og gruppere disse sammen til ulike temaer (Attride-Stirling, 2001). Jeg gjennomgikk de navngitte kodene, og valgte deretter ut fremtredende koder. De kodene som omhandlet samme tematikken utgjorde et tema. Tabell 2 viser koder som er gruppert sammen til et grunnleggende tema.

Tabell 2. Et eksempel på koder som danner det grunnleggende temaet «Anvendelse av Covid-19 informasjon»

Grunnleggende tema	Koder
<b>Anvendelse av Covid-19 informasjon</b>	Erfaring fra tidligere epidemi kan ha påvirket etterlevelse av Covid-19 tiltak
	Alternative metoder for beskyttelse av og håndtering av Covid-19
	Benytter seg av sunn fornuft ved anvendelse av informasjon
	Får tilbud om Covid-19 vaksine og påminnelse om smittevernregler
	Ekstra påpasselig med smittevern grunnet egen eller andres helsetilstand
	Tilgjengelig beskyttelsesutstyr flere steder
	Smittevern må tilpasses kulturell og økonomisk kontekst
	Følger gjeldende regler og anbefalinger for smittevern der man oppholder seg

I det tredje steget formes det tematiske nettverket der innsamlet datamateriell grupperes i følgende tre forskjellige kategorier av temaer: (1) grunnleggende tema, (2) organiserende tema og (3) globale tema. Grunnleggende tema består av flere koder og er det temaet som er nærmest forbundet med innsamlet datamateriell. Grunnleggende tema peker på ankerpunkter for analyse av det helhetlige datamaterialet. Flere grunnleggende temaer utgjør organiserende tema (Attride-Stirling, 2001). Da jeg utarbeidet de organiserende temaene prøvde jeg å finne fellestrekk ved de grunnleggende temaene, som kunne gi en mer sammenfattende forståelse av datamaterialet. Sistnevnte kategori er mer abstrakt og danner grunnlag for globale tema, som er det overordnede temaet for oppgaven. Globale temaer bidrar til å gi en helhetlig konklusjon av datamaterialet (Attride-Stirling, 2001). I kapittel 5 illustreres det tematiske nettverket etter grunnleggende, organiserende og globale tema (se kapittel 5.2, figur 3).

Etter at jeg hadde lagd et tematisk nettverk, begynte jeg på det fjerde steget, som innebærer å beskrive og utforske det tematiske nettverket. Det utarbeidede tematiske nettverket ble benyttet til å undersøke sammenhengen mellom temaene og om de var i overensstemmelse med det transkriberte datamaterialet (Attride-Stirling, 2001). Da jeg gikk igjennom det



tematiske nettverket oppdaget jeg at enkelte av temaene ikke var like relevant for å besvare oppgavens problemstillinger, og fjernet derfor disse. Gjenværende temaer anså jeg som relevant for å besvare oppgavens problemstillinger. I det femte steget oppsummeres det tematiske nettverket (Attride-Stirling, 2001). Både steg fire og fem i blir presentert i kapittel fem i denne masteroppgaven. Det siste steget innebærer å bruke datamaterialet til å besvare oppgavens problemstillinger (Attride-Stirling, 2001). Analysens siste steg kommer fram i kapittel seks om diskusjon der nettverket benyttes sammen med teoretisk rammeverk for oppgaven (Attride-Stirling, 2001).

#### 4.6 Kvalitetskriterier

Tidligere har det blitt diskutert hvilke begrep som er egnet til å bedømme kvalitet i kvalitativ forskning (Bryman et al., 2008). Denne studien har en kvalitativ tilnærming, og da er subjektive meninger og opplevelser sentralt (Tong et al., 2012). I denne oppgaven vil følgende begreper for kvalitetskriterier benyttes: pålitelighet, troverdighet, overførbarhet, bekreftbarhet og refleksivitet.

##### 4.6.1 Pålitelighet

En studie som detaljert beskriver forskningsprosessen på en tydelig måte, samtidig som den er logisk utledet og etterrettelig, tilfredsstillende pålitelighetskriterium (Tong et al., 2012). I forkant av intervjuene hadde alle intervjudeltakerne samtykket til at det kunne bli tatt opptak av intervjuet, enten ved bruk av diktafon eller ved videoopptak. Intervjuopptak bidro til at jeg kunne gi nøyaktige gjengivelser av deltakernes utsagn. Samme nøyaktige reproduksjon av sitater kunne imidlertid vært utfordrende dersom jeg ikke hadde brukt lyd- eller videoopptak (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205-206). Under de fysiske intervjuene ble to diktafoner benyttet i tilfellet det skulle oppstå en teknisk svikt med en av diktafonene. Når jeg skulle analysere datamaterialet rådførte jeg meg med veileder da det kan være utfordrende å velge ut aktuelle sitater og koder (Graneheim et al., 2017). Etter en grundig vurdering ble det utarbeidet et utvalg av koder og sitater som underbygger studiens konklusjoner og styrker studiens pålitelighet.

##### 4.6.2 Troverdighet

Studien anses som generelt troverdig hvis der foreligger en tydelig avklaring av hvilke meninger som kommer fra deltakerne og hvilke som er resultat av forskerens fortolkning av data (Graneheim et al., 2017). Studier er troverdige hvis det foreligger stor sannsynlighet for at forskningsresultatene interpreterer det studert fenomenet på en sannferdig måte (Tracy,

2010). Studiens troverdighet har jeg forsøkt å vise ved å bruke «tykk beskrivelse», som innebærer utfyllende gjenfortellinger av konteksten til deltakerne (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 112; Tracy, 2010). Pandemien medførte at jeg måtte justere meg raskt i forhold til smittevernregler og – anbefalinger, for intervjugjennomføringen. Likevel, ble intervjuene gjennomført i deltakernes naturlige omgivelser i deres oppholdskommune. Det kan tenkes at dette har bidratt til å gjøre deltakerne mer avslappet under intervjugjennomføringen, og at det kunne ha økt studiens troverdighet. Gjennom foregående kapitler har jeg forsøkt å gi en beskrivelse av inklusjonskriterier for deltakelse, rekrutteringsprosessen og intervjugjennomføringen, samt begrunnelse for disse valgene. Dette for å illustrere hvordan jeg har gått fram for å sikre studiens troverdighet.

En annen måte å frambringe studiens troverdighet på er gjennom langvarig engasjement (Korstjens & Moser, 2018). Ved flere anledninger ble jeg invitert til lokalene for de ulike organisasjonene, som jeg samarbeidet med. Kombinasjonen av å presentere prosjektet mitt for mulige deltakere gjentatte ganger og min tilstedeværelse i organisasjonenes lokaler over tid kan potensielt ha bidratt til å gi meg et inntrykk av hvordan innvandrere anvender smittevernregler og -anbefalinger i praksis (Korstjens & Moser, 2018; Lincoln & Guba, 1985, s. 301).

En tredje måte som kan øke studiens troverdighet er bruken av «member checking», som innebærer at intervjudeltakere gis mulighet til å vurdere om opplysninger om dem og om min tolkning av deres utsagn stemmer med hvordan de opplevde fenomenet (Lincoln & Guba, 1985, s. 314). Dette har jeg vært bevisst på under intervjugjennomføringen ved at jeg har gjengitt informasjon som deltakerne valgte å dele med meg, for å se om min tolkning var korrekt. Jeg valgte også å repetere enkelte spørsmål med en annen ordformulering da jeg ønsket å se om deltakerne hadde ytterligere informasjon å tilføye. Deltakerne mine hadde også mulighet til å lese igjennom egne transkripsjoner. Dette var det imidlertid ingen som uttrykte et behov for. Inkludering av deltakere kan gi uttrykk for at jeg verdsetter deres bidrag til forskningen (Robson, 2002, s. 175).

Studios troverdighet kan også styrkes ved gjennomføring av intervjuer med ulike profesjons- og sosialbakgrunn (Marks & Yardley, 2004, s. 17). For å besvare mine problemstillinger samlet jeg inn data fra individer med ulikt utdanningsnivå og med ulik kulturell bakgrunn. Det er nærliggende å tenke at intervjudeltakerne vil ha forskjellige meninger og erfaringer som følge av deres forutsetninger for informasjonsinnhenting og mulighet for beskyttelse mot Covid-19.

Andre måter å styrke studiens troverdighet på er ved at flere analyserer det samme datamaterialet og deretter diskuterer funnene i etterkant (Patton, 1990, s. 468). Da jeg analyserte datamaterialet mitt samarbeidet jeg først med min veiledningsgruppe ved at vi kodet hverandres datamateriale. Samarbeidet muliggjorde sammenligning av koder og bidro til ulike ideer om hvordan en kunne navngi kodene. Inkludering av min veiledningsgruppe i denne avgjørelsen kan antas å ha styrket studiens troverdighet da innspill fra andre forskere vil kunne tenkes å forenkle utvelgning av koder.

#### 4.6.3 Overførbarhet

Overførbarhet refererer til om forskningsresultatene er anvendbare i andre kontekster (Polit & Beck, 2018, s. 296). Min studie omhandler hvordan informasjon om Covid-19 har blitt formidlet til innvandrere som oppholder seg i en norsk kommune. Studien vil kunne gi innsyn i hvordan mine deltakere har opplevd informasjon relatert til Covid-19. Utfyllende beskrivelse av deltakerne og benyttet framgangsmåte for datainnsamling, såkalt «tykk beskrivelse», vil kunne ha betydning for hvorvidt studien er overførbar (Korstjens & Moser, 2018). Jeg har derfor forsøkt å gi en omfattende beskrivelse av hvordan jeg gikk fram for å samle inn data, slik at det skal være mulig å vurdere studiens overførbarhet. I kvalitativ forskning vektlegges subjektive opplevelser og erfaringer. Studier med kvalitativ tilnærming undersøker ofte fenomenet i lokal kontekst, og overføring av studier med en slik tilnærming bør derfor gjøres med varsomhet (Skovdal & Cornish, 2015, s. 7-8).

#### 4.6.4 Bekreftbarhet

Bekreftbart handler om sammenhengen mellom funnene og tolkningen av disse funnene (Tong et al., 2012). Ifølge Korstjens og Moser (2018) sikres bekræftbarhet gjennom «audit trail». Dette innebærer en fullverdig beskrivelse av forskningsprosessen fra start til slutt (Korstjens & Moser, 2018). I tidligere delkapitler har jeg beskrevet hvordan jeg har gått fram i forskningsprosessen, samt forsøkt å begrunne for hvorfor jeg har tatt de valgene jeg har tatt.

#### 4.6.5 Refleksivitet

Refleksivitet innebærer å ha reflektert over hva slags betydningen det har at det er en selv som har gjort forskningen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 273). I løpet av utdanning og praksis har jeg lært og sett hvordan helsefremmende tiltak kan bidra til å fremme livskvalitet. Min ambisjon med denne oppgaven var å bidra til fremme folkehelse i befolkningen ved skaffe mer kunnskap som kan bidra til bedre håndtering av fremtidige helsekriser. Jeg har fått tilført kunnskap som jeg ønsker å anvende i arbeid fremme folkehelse på systemnivå, for varig endring. Gjennom arbeid og utdanning har jeg fått økt interesse for studiens målgruppe. Jeg er

selv norskfødt med innvandrereforeldre, og dette kan ha medføre at jeg har en bedre forståelse for opplevelsene til mine deltakere. I min hverdag er jeg vant med å rullere mellom ulike språk, og har derfor full forståelse for at mine deltakere kan «stoppe opp» og lete etter riktig ord i intervjusituasjonen. Under intervjuene var jeg fokusert på å snakke tydelig og rolig, slik at det skulle være lettere for deltakerne å oppfatte hva jeg sa. Jeg var også bevisst på dialektbruk da ulike ord og uttrykk i enkelte dialekter kan være fremmed for deltakerne. Min bakgrunn kan potensielt ha resultert i at jeg kan være «blind» på enkelte områder, som andre enklere ville lagt merke til. Under intervjuene var jeg åpen med deltakerne om min kulturelle bakgrunn. Faktum at jeg er født og høyskoleutdannet i Norge gjør at jeg trolig beholder nødvendig forskerdistanse i arbeid med oppgaven. Min faglige bakgrunn innen folkehelsearbeid har vært preget av både sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid.

#### 4.7 Etikk

Etikk omhandler et sett av holdninger, og skrevne og uskrevne regler som er akseptert som moralsk riktig i et samfunn (Punch, 2014, s. 36). Ethiske overveielser varierer fra ulike fagdisipliner, og det vil derfor være forskjeller på hva som tilfredsstillende kriterier for etisk forskning (Green & Thorogood, 2018, s. 88). Ethiske overveielser innen kvalitativ forskning gjøres av flere årsaker. Ved intervju innhenter forskeren sensitive opplysninger gjennom tett kontakt med deltakerne. Opplysningene bærer preg av deltakernes personlige opplevelser og meninger. Deltakerne har krav på personvern og krav på å få anonymisert deres personlige meninger. Deltakerne må være forsikret om at deltakelse i studien ikke vil få negative konsekvenser for dem dersom de deler informasjon om egne opplevelser med forskeren (Silverman, 2017, s. 60). Innen kvalitativ forskning er det tre hovedprinsipper som benyttes for å vurdere etiske overveielser. Disse består av følgende: informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser (Thagaard, 2003, s. 23-26). Nedenfor vil jeg ta for meg hver av disse grunnprinsippene.

##### 4.7.1 Informert samtykke

Informert samtykke omhandler at deltakerne er innforstått med studiens formål og hva deltakelse i studien innebærer for dem. Deltakerne gjøres oppmerksomme på at deltakelse i studien er frivillig, at deltakelse ikke medfører negative konsekvenser for deltakerne og at de har mulighet til å eventuelt trekke seg fra studien (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104). Deltakerne, som ønsket å delta i studien, fikk utdelt et informasjonsskriv i forkant av intervjuet (se vedlegg 3 og 4). Informasjonsskrivet innebar kortfattet informasjon om studien, deltakernes rettigheter og betydningen av deres deltakelse, samt hvordan deres opplysninger

vil bli oppbevart. Før intervjuene startet spurte jeg deltakerne om de hadde lest og forstått innholdet i informasjonsskrivet. Deretter spurte jeg om den enkelte hadde noen spørsmål tilknyttet studien, og besvarte de spørsmålene som deltakerne eventuelt måtte ha. Etter at mulige spørsmål ble oppklart gav alle deltakere sitt skriftlige samtykke til deltakelse i studien.

#### 4.7.2 Anonymitet og konfidensialitet

Anonymitet bidrar til å gjøre deltakerne ugjenkjennelige. I denne oppgaven blir deltakernes anonymitet ivaretatt gjennom konfidensialitet. Konfidensialitet derimot innebærer at man tilbakeholder informasjon om deltakerne (Neuman, 2014, s. 155). Opplysninger om deltakernes navn, fødeland, og hvilken organisasjon jeg rekrutterte deltakerne fra, er eksempler på informasjon jeg har valgt å anonymisere. Konfidensialitet omhandler en felles forståelse mellom forsker og deltaker om hva datamaterialet skal brukes til (Sieber, 1992, s. 52). Før intervjuene startet fikk deltakerne utfyllende informasjon om hvordan deres utsagn vil bli benyttet i studien. Det ble opprettet et sikkert skrivebord i SAFE (Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur). Dette skrivebordet muliggjør oppbevaring av sensitive data på en forsvarlig måte (UiB, 2022). Deltakerne kontaktinformasjon ble oppbevart via SAFE, adskilt fra annet datamateriell. Jeg valgte også å oppbevare opptak av intervjuene, transkriberte intervjuer og samtykkeskjema via SAFE. Det var kun meg og min veileder som hadde tilgang til dette skrivebordet. Diktafonene og deltakernes signerte samtykkeskjema i papir ble oppbevart i et låst skap i eget privat hjem. I samsvar med etisk godkjenning fra NSD (Norsk senter for forskningsdata), vil all datamaterialet bli slettet etter innlevert oppgave.

#### 4.7.3 Konsekvenser

Det tredje grunnprinsippet innebærer konsekvenser som deltakelse i studien kan medføre (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 107). I informasjonsskrivet skrev jeg at det ikke er noen spesifikke ulemper med å delta i min studie, utover tiden det tar å bli intervjuet. Samtidig forsøkte jeg å kommunisere betydningen av deltakelse i min studie, og hvordan deltakernes bidrag kunne tilføre nyttig kunnskap på fagfeltet. Ifølge Thagaard (2003, s. 26) poengteres det at deltakelse i intervjuer som oftest skaper positive assosiasjoner da det kan resultere i bedre forståelse over egen situasjon. Under intervjugjennomføringen hadde jeg fokus på hvordan deltakerne opplevde Covid-19 informasjon. Positive opplevelser er imidlertid ikke nødvendigvis tilfellet ved gjennomføring av intervjuer (Thagaard, 2003, s. 26). Jeg spurte eksempelvis ikke deltakerne om hvorfor de innvandret til Norge da jeg ikke anså dette som relevant for å besvare oppgavens problemstillinger. Det kan tenkes at denne typen spørsmål

ville kunne medført påkjenning for enkelte, og derfor ønsket jeg å skåne deltakerne for denne potensielle belastningen.

#### 4.7.4 Etisk godkjenning

Da prosjektplanen min ble godkjent av veileder registrerte jeg prosjektet mitt i en forskningsoversikt utviklet av Universitet i Bergen, kalt RETTE (Risiko og ETTERlevelse i forskningsprosjekter). Gjennom min forskning får jeg innsyn i personopplysninger, og er derfor pliktig til å registrere mitt forskningsprosjekt i RETTE. Denne forskningsoversikten skal sikre kontroll over oppgaver som behandler personopplysninger (UiB, 2019). Deretter søkte jeg om etisk godkjenning fra Norsk Senter for forskningsdata [NSD]. NSD sine oppgaver innebærer deriblant å tilby rådgivning ved behandling av personopplysninger i forskningssammenheng (NSD, u.å.). Søknaden til NSD ble godkjent september 2021 (se vedlegg 5).

## 5. Funn

I dette kapittelet vil jeg presentere resultater fra gjennomførte intervjuer med deltakerne. Nedenfor gis først en kort oversikt over deltakerne (se tabell 3). Deretter presenteres valgte temaer for analysing av data, samt deltakernes utsagn.

### 5.1 Presentasjon av deltakere

Totalt deltok 8 intervjudeltaker i denne studien. Deltakerne var i alderen 25-44 år, noe som tyder på at de har en viss livserfaring. De hadde fødeland fra Europa (n=1), Australia (n=1), Asia (n=3) og Afrika (n=3). Deltakernes opphav tilsier at de har forskjellig sosiokulturell bakgrunn. Utvalgets utdanningsnivå og arbeidsstatus gir en pekepinn på deres forutsetning for å innhente, vurdere og anvende helseinformasjon. Oppholdstid i Norge antyder evne til å vurdere informasjon tilpasset lokal kontekst. Datainnsamlingen for denne masteroppgaven foregikk i perioden november 2021 til februar 2022. Deltakernes utsagn må ses i lys av forandringer i gjeldene smittevernregler og anbefalinger på daværende tidspunkt da informasjon om Covid-19 endret seg i perioden datainnsamling foregikk (se 4.3).

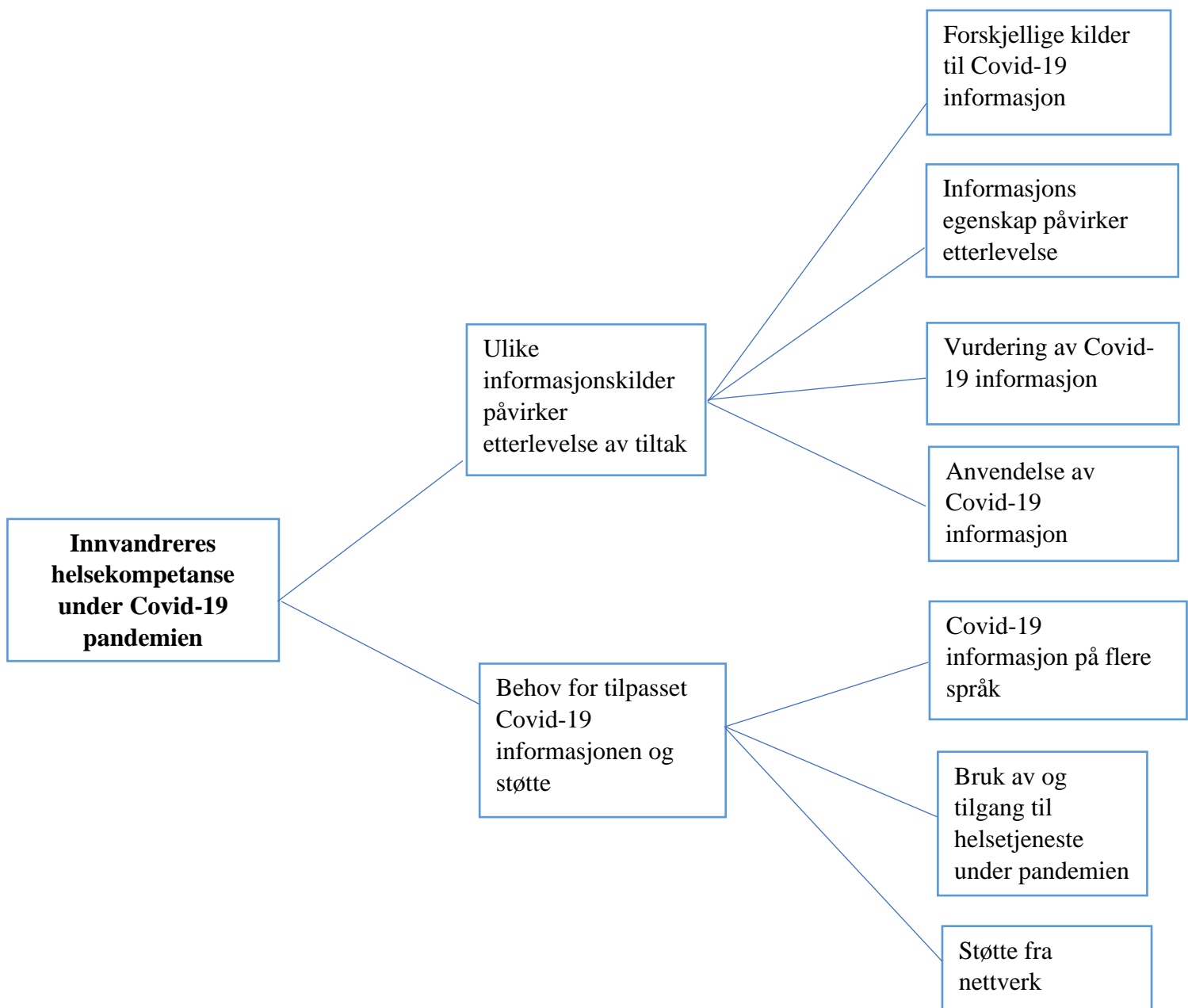
Tabell 3. Oversikt over deltakere

Deltaker	Biologisk kjønn	Opphold i Norge	Høyest fullført utdanning	Arbeidsstatus
Deltaker 1	Mann	Under 5 år	Grunnskole i fødeland	Arbeidsledig
Deltaker 2	Kvinne	Under 5 år	Høyere utdanning fra fødeland	I arbeidspraksis
Deltaker 3	Mann	Omtrent 10 år	Grunnskole i fødeland	Arbeidsledig
Deltaker 4	Mann	Over 20 år	Videregående i Norge	Arbeidsledig
Deltaker 5	Mann	Under 5 år	Høyere utdanning fra fødeland	Arbeidsledig
Deltaker 6	Mann	Under 5 år	Høyere utdanning fra fødeland	Arbeidstaker
Deltaker 7	Kvinne	Under 5 år	Høyere utdanning i Norge og fra fødeland	Arbeidstaker

Deltaker 8	Kvinne	Omtrent 10 år	Høyere utdanning i Norge og fra fødeland	Arbeidstaker
------------	--------	---------------	------------------------------------------	--------------

## 5.2 Innvandreres helsekompetanse under Covid-19 pandemien

Nedenfor vil det tematiske nettverket bli presentert. Det tematiske nettverket tar utgangspunkt i det globale temaet «Innvandreres helsekompetanse under Covid-19 pandemien», og består av de organiserende temaene: «Ulike informasjonskilder påvirker etterlevelse av tiltak» og «Behov for tilpasset Covid-19 informasjon og støtte».





Figur 3. Tematisk nettverk med det globale temaet «Innvandrerers helsekompetanse under Covid-19 pandemien»

### 5.2.1 Ulike informasjonskilder påvirker etterlevelse av tiltak

Deltakerne i min studie benyttet ulike informasjonskilder for innhenting av Covid-19 informasjon. Informasjon om Covid-19 over en lengre periode gjorde at deltakerne hadde fått økt kjennskap til sykdommen. Navigering i den store mengden av informasjon om Covid-19 medførte at deltakerne mistet tålmodigheten. Deltakerne vurderte informasjon om Covid-19, og brukte informasjonen deretter.

#### 5.2.1.1 Forskjellige kilder til Covid-19 informasjon

Det var nærliggende å tenke at en pandemi ville utløse et stort informasjonsbehov.

Intervjudeltakerne brukte ulike informasjonskilder for innhenting av Covid-19 informasjon.

Du går på skole de snakker om tiltak og korone, du går på jobb de snakker om korone, nå du åpner Facebook eller Youtube eller TV, alle snakker om korone (Deltaker 1)

Den foretrukne informasjonskilden varierte fra person til person. Intervjudeltakere holdt seg oppdatert på nyeste informasjon om Covid-19 blant annet via personer som står dem nært.

[...] enkleste måte er å spørre kjæresten min. Han vet at jeg bryr meg veldig om det, så han fokuserer også på å følge med på nyhetene og fortelle meg. (Deltaker 2)

Deltakerne i min studie holdt seg også oppdatert på pandemien ved å følge med på norske nyheter, for å vite hvordan de skal håndtere situasjonen der de oppholder seg.

Jeg må se NRK også hva er skal skje i landet mitt, ja. Det er veldig viktig, ja. (...) jeg kan se også (...) folk også hjelpe meg hva skal skjer i forandring i mitt (...) land i der Norge. (Deltaker 3)

Enkelte intervjudeltakere uttrykte ønske om en informasjonskilde som er vitenskapelig forankret. «[...] det enkle svaret ville selvsagt vært forskere, men forskere har mange ulike

meninger angående det». (Deltaker 8). En forutsetning for at informasjonen skal nå ut til mottakerne er at den er formidlet gjennom en informasjonskanal, som de bruker.

Jeg tenker gjennom SMS [...] fordi man ser alltid på mobilen mesteparten av tiden, [...] hva slags meldinger som kommer inn før man går, fordi vi møter ikke så mange folk, så det er lettere å få informasjon fra mobilen enn det er å få denne informasjon fra folk, fordi man må holde avstand når man møter folk, og i begynnelsen av Covid så var det veldig vanskelig å møte folk. (Deltaker 7)

### *5.2.1.2 Informasjonsegenskaper påvirker etterlevelse*

Informasjon om Covid-19 over lengre tid resulterte i at mine deltakere fikk økt kjennskap til sykdommen. Negative nyheter om Covid-19 førte til redsel, og derav et ønske om å holde seg oppdaterte om situasjonen, slik at man visste hvordan man kunne beskytte seg mot sykdom. For andre medførte informasjonsmengden til manglende tålmodighet ved navigering av informasjon.

Enkelte opplever at behovet for oppdatert Covid-19 informasjon rettet mot innvandrere ikke har blitt dekket: «Ja, det er problem for innvandrere [...] vi får mindre [...] informasjon om dett» (Deltaker 2). Under pandemien har det oppstått nye virusvarianter. Arbeidet på medisinsk felt har gjort fremgang og utviklet vaksine. Vaksinen har imidlertid ikke minket behov for andre smitteverntiltak. Covid-19 informasjon måtte stadig suppleres med nye elementer.

Men no ... kjenneste sykdom og alle kjenner ka betyr korona og problemer også fra korona [...] koronaproblemer, [...] også korona også forandring hele tiden, vaksiner ikkje hjelper deg 100%, ja, må du forsjekkte hele tiden [...] også når du reiser kanskje utlandet eller sånn må du [...] tester kanskje (Deltaker 3)

Negative nyheter om Covid-19 medførte redsel blant noen av deltakerne. Samtidig forsterket denne redselen ønsket om å holde seg oppdatert på Covid-19 informasjon, slik at man visste hvordan man kunne beskytte seg.

Ja, også nyheter var dårlig, de bare negativ nyhetene, så jeg var ... egentlig redd. Det er derfor jeg begynte å opptatt å få informasjon om hvordan holde meg trygg og hvordan hva skal jeg gjøre, hva er tiltakene. (Deltaker 1)

Til tross for at informasjon overføres på plattformer som intervjudeltakerne er fortrolig med, kan det hende at viktig helseinformasjon ikke når målgruppa. I en helsekrise, som Covid-19, kan det tenkes at informasjonen stadig øker i omfang og kompleksitet. Dette medfører at deltakerne mister tålmodighet ved informasjonsinnhenting, og får ikke helhet av informasjon.

[...] på SMS så vil jeg få direkte beskjed om hva jeg bør gjøre, det er enkelt. Hvis det dukker opp noen nye ord, så bruker jeg bare Google Translate, men noen ganger sender de meg en link, så kommer jeg til en nettside med mange valgalternativer da mister jeg tålmodigheten og sjekker det ikke. (Deltaker 2)

### *5.2.1.3 Vurdering av Covid-19 informasjon*

Vurdering av Covid-19 informasjon ble gjort på bakgrunn av tilgjengelig informasjon og informasjonsmengden som forelå. Deltakerne vurderte informasjon tidvis som utydelig og etterspurte informasjon tilpasset deres kulturelle kontekst. Mangel på tydelig informasjon hadde også påvirkning på deres forståelse for informasjonen. Deltakernes nærstående personer spilte en viktig rolle for oppklaring av Covid-19 informasjon.

Deltakerne fulgte utvikling av pandemien, men enkelte hadde manglende forståelse for myndigheters perspektiv for iverksetting av tiltak.

«Ja, når smittetallene økte så undret jeg på hvorfor myndighetene ikke stengte skolen. Jeg er litt bekymret for det, det samme er kjæresten min [...]». (Deltaker 2)

Deltakerne hadde ulike opplevelser relatert til Covid-19 informasjon. En deltaker sammenlignet pandemien med krig, og uttrykker et ønske om strengere smittevernstiltak for å få en stopper på pandemien.

[...] jeg synes myndighetene bør anse pandemien som en krig, og ikke tenke at om en iverksetter strengere tiltak vil det ha negativ påvirkning på økonomien, så da innfører de mildere tiltak [...] tiltak som bare vil gjøre situasjonen verre. (Deltaker 2)

Selv om intervjudeltakerne har fått informasjon om app for smittesporing, har de vært skeptiske til hensikten med bruk av denne appen. Gjennom appen får brukerne beskjed om potensielle smitteførende nærkontakter. Anvendelse av informasjon fra appen er basert på frivillighet, og dette kan ha vært årsak til at enkelte intervjudeltakere tviler på effekt ved smittesporings-app.

[...] si for eksempel jeg har denne appen, og jeg blir informert om at jeg har vært i kontakt med noen som har testet positivt, men det som bekymrer meg er at jeg kan fortsette å studere, jeg kan fortsette å ta offentlig transport, ingen kan stoppe meg, ja, eneste jeg kan gjøre er å teste meg, okei, så hvis jeg blir smittet holder jeg meg hjemme og hvis jeg ikke er smittet [...] så fortsetter jeg bare å leve livet mitt som normalt [...] jeg tenker at når man får informasjon om at en har vært i kontakt med noen som har testet positivt, så bør det være karantene påbud [...]. (Deltaker 2)

Andre uttrykte at de opplevde det som vanskelig å skille mellom smittevernregler- og anbefalinger. De signaliserte behov for tydelig og spesifikk informasjon særlig rettet mot innvandrere i forhold til konsekvensene av å ikke imøtekomme disse reglene og anbefalingene.

[...] informasjonen må tydelig angi hva som er anbefalt, hva som er obligatorisk og hvis du ikke imøtekommer disse obligatoriske reglene hva vil da skje med oss? Vil vi måtte betale bot, kommer vi til å havne i fengsel eller vil du forvise oss fra landet? Du vet, vi er innvandrere, vi er en sårbar gruppe. (Deltaker 6)

Ut ifra intervjudeltakernes vurderinger kan det virke som at manglende tydeliggjøring og spesifisering av informasjon relatert til Covid-19 skapte usikkerhet ved praktisk anvendelse av smittevernregler. I starten av pandemien var det manglende kunnskap om hvilket testregime som var mest hensiktsmessig.

[...] fordi myndighetene stoler på deg, og de gir deg, vel, de tvinger deg til å gjøre noe, okei? De tvinger deg til å gjøre noe også er det opp til deg å gjøre det. Du er ikke nødt til å bevise det ovenfor staten. Altså, jeg mener, hvis de tvinger en til å gjøre noe, så må du kunne bevise at du har gjort det. Jeg sa til meg selv, kanskje har de glemt å skrive det, og hvis jeg gjør det på egenhånd i mitt hjem og kaster det, okei, jeg er

negativ, jeg behøver ikke å bekymre meg om det og kaster det, da finnes det ikke noe bevis, vil jeg da havne i trøbbel?. (Deltaker 6)

Manglende tydeliggjøring av Covid-19 informasjon kan ha resultert i at mottakerne ikke har forstått budskapet eller ikke kan skille mellom regler og anbefalinger, og derfor ikke har fulgt smittevernreglene slavisk til et hvert tidspunkt. Samtidig kan deltakerne ha vært preget av tiltakstrøtthet, som igjen kan ha medført manglende motivasjon om å overholde reglene. En konsekvens ved utydelig Covid-19 informasjon er at hvert enkelt menneske tolker regler og anbefalinger ut ifra egne forutsetninger og deres hverdag.

[...] jeg tenker at når det kommer nye restriksjoner og folk er enten lei av å høre om det, så de følger det ikke eller så forstår de ikke, så de vil ikke følge det, og det har vært få tilfeller hvor dette er restriksjonene, dette er hva de betyr, dette er hvordan du praktiserer restriksjonene, her er tingene som er tillat, her er tingene som ikke er tillat, fordi alt har alltid være en anbefaling og anbefalinger er virkelig [...] folk tolker anbefalingene ut ifra hva som er best for deres situasjon. (Deltaker 8)

Tilliten deltakerne hadde til norske myndigheters smittevernregler kan ha blitt svekket når de ser at selv ikke fremtredende personer i Norge overholdt regler for besøksbegrensninger.

[...] jeg synes definitivt at det var tull at Erna [tidligere statsminister i Norge] fortalte folk hvor mange man har lov til å ha på besøk, og samtidig ha mer enn det på sin egen fest, du vet, min mening er at hun burde ha gått av umiddelbart [...] men igjen ansvarsfølelse er egentlig ikke et tema i norsk politikk, det har jeg forstått over tid. (Deltaker 8)

Norske myndighetenes antakelser om tidspunkt for endring av smitteverntiltak kunne oppmuntre landets innbyggere som befinner seg i en vanskelig situasjon. Enkelte hadde forståelse for at kampen mot Covid-19 kom til å bli langvarig, og at massevaksinasjon var vesentlig i denne kampen.

[...] for meg så var det åpenbart at hver gang jeg tenker tilbake på 2020, og du vet hvordan myndighetene stadig sa at innen tre ukers tid så vil de revidere restriksjonene. Det var ganske klart for meg at vi ikke kommer oss ut av denne pandemien uten å være vaksinert, sant, og ikke før det er en utbredt vaksinedekning i verden, ikke kun i i-land, så kommer det ikke til å være over. [...] så det skapte mye frustrasjon hos meg spesielt i 2020 der de merkelige fortellingene om at innen noen få uker så vil vi kanskje være frie, noe som absolutt ikke stemmer, men hvis de forteller folk dette ... jeg føler at folk trengte det falske håpet eller noe [...] så jeg tror det antakeligvis er hvor mye av min mistillit kom fra, fordi jeg følte at det var åpenbart at vi ikke kommer oss igjennom dette uten vaksiner, det kommer ikke bare plutselig til å forsvinne. (Deltaker 8)

Familie og venner hadde en viktig funksjon i forklaring av hva som ligger til grunn for myndighetenes beslutninger. Forklaringen bidro til at intervjudeltakerne fikk bedre forståelse for faktorene som former disse beslutningene.

[...] altså samtalene jeg har med mannen min om dette, fordi han er norsk, og dette perspektivet som han trekker fram, hjelper meg virkelig [...] meningene, reglene og anbefalingene, uavhengig om de kommer fra FHI eller Helsenorge eller [kommune på Vestlandet] eller norske myndigheter eller statsministeren eller hvem som helst som lager reglene på daværende tidspunkt, er basert på et skjæringspunkt mellom økonomisk aktivitet, folks psykiske helse i tillegg til epidemiologi sant, så hvis du kun ser på det fra et epidemiologisk standpunkt så ville jeg åpenbart ikke gått utendørs og jeg ville ikke gjort noe, men på et tidspunkt vil disse andre faktorene spille inn, og det er derfor reglene stadig endres og hvorfor de er litt merkelige, og det tok meg lang tid å forstå [...]. (Deltaker 8)

Flertallet av deltakerne kom fra tettbefolkede land, og deres sosiokulturelle levemåte medførte at de stadig var omringet av mange mennesker. Det vil være vanskelig å overholde sosial distansering under slike forhold. Lavere innbyggertall i et langstrakt land, som Norge, gjør deltakerne i stand til å holde sosial distanse fra andre under pandemien.

Jeg tenker ja, fordi jeg føler at du vet befolkningen i Norge er ikke så stor. Der jeg kommer fra er det vanskelig å kontrollere smitte, også er folk veldig bevisst, hvis du spør dem om å bruke munnbind, så vil de forstå og bruke det, og forsøke å holde avstand, men i mitt land, så forsøker de å bruke munnbind, de er veldig bevisste folk, men befolkningsantallet er så stort i mitt land, så det er vanskelig. Jeg tenker Norge er bedre på det, på bussen også hvis du setter deg ned, folk prøver å holde avstand, så det er ikke vanskelig [...]. (Deltaker 7)

Enkelte intervjudeltakerne opplevde informasjon om sosial distanse som uklart da man ikke kan kontrollere avstand til andre mennesker. Begrepet «folksomme møteplasser» i norsk kontekst kan fremstå som uklart for intervjudeltakerne da de fleste kommer fra overbefolkede land. Deltakerne anser ingen steder i Norge som særlig folksomme, og derfor vil en tydelig presisering av hva som kjennetegner «folksomme møteplasser» i Norge bidra til at innvandrere får bedre forståelse av smittevernregler.

[...] og hvis det er en regel, hvis det er påbud, så bruker du det alltid, selv om det ikke er noen på butikken og jeg ser ikke om det er noen der eller ikke, men hvis du sier at man må bruke maske om man ikke holder avstand, så er det veldig subjektivt. Hva vil det si å ikke holde avstand? Eller om du sier at man må bruke munnbind når man er på folksomme møteplasser, for meg er ingen steder folksomme, jeg kommer fra [by i fødeland], ingen steder er folksomme for meg, men hva betyr det at noen steder er folksomme? Det samme gjelder om man ikke kan opprettholde sosial avstand, avstanden er en meter, men du kan ikke måle en meter, du kan aldri måle det, jeg har ikke med meg målestokk [...] en burde utelate de uklare tingene, hvis man gir informasjon og hvis det er påbud, så må man si at det er en påbud, du må gjøre det og hvis du ikke gjør det så må du betale 5000 euro og du vil bli deportert, du vil bli satt i fengsel eller hva som helst, en må sette sanksjoner på hvor mye, hvor mange år og hva skal en betale [...]. (Deltaker 6)

Intervjudeltakerne forstod viktigheten av munnbind-bruk, men enkelte var usikre på i hvor stor grad munnbind beskytter mot Covid-19 når man må ta hensyn til andre risikofaktorer.

Ja, fordi når det er for mange i bussen [...] det er jo en virus og for meg det er litt vanskelig å tenke det er bare en munnbind kan holde [...] viruset [...] ja litt skeptisk eg eg tror eg forstår nødvendigheten av å bruke munnbind, men at man kan være

100% trygg ved å bruke munnbind det er jeg litt usikker spesielt [...] når det er veldig mange folk i bussen, ja, når du er veldig tett på folk. (Deltaker 4)

#### *5.2.1.4 Anvendelse av Covid-19 informasjon*

Anvendelse av Covid-19 informasjon var preget av den tilgjengelige informasjonen og deres vurderinger av denne informasjonen. Deltakernes tidligere erfaring med helsekrise spilte også inn ved anvendelse av Covid-19 informasjon. Anvendelse ble praktisert på ulike vis. Enkelte opplevde det som lettere å ivareta smittevernregler og -anbefalinger ved tilgjengeliggjøring av beskyttelsesutstyr på offentlig sted. Andre var ekstra påpasselige med å ivareta smittevern som følge av egen eller andres helsetilstand.

Innvandrerens livserfaring kan bære preg av tidligere opplevd helsekrise. Covid-19 kan ha gitt dem et tilbakeblikk på hvordan de smittede under daværende krise ble behandlet, og at behandlingen medførte konsekvenser. Intervjudeltaker husker også hvordan informasjonsflyten tilknyttet krise i fødelandet var.

Ja, jeg sjekket i [årstall] var det også en annen pandemi i [fødeland] [...] ja, de menneskene ble smittet og de fikk mange medisiner [...] så selv når de hadde kommet seg etter sykdom [...] i [årstall] til nå kanskje 17-18 år senere begynner media å se hvordan det går med dem nå. [...] de sa at, fordi de tok denne sterke medisinen, så fikk de bivirkninger. (Deltaker 2)

Erfaring med tidligere helsekrise i fødeland kan ha påvirket deres oppfatning av hvordan nåværende Covid-19 i Norge krise bør håndteres, og dermed resultert i ønske om innføring av strengere smitteverntiltak.

Ja, jeg tenker at de som er familiemedlemmer eller nærkontakter, hvis en av dem blir smittet, resten av nærmeste kontakter bør også være i karantene, og den som har testet positivt bør bli sendt til sykehus, istedenfor å være hjemme. (Deltaker 2)

Intervjudeltakerne har anvendt koronainformasjon på ulike måter. Beskyttelses utstyr, slik som antibac, var offentlig tilgjengelig: «Antibac er, no er mange steder antibac». (Deltaker 3). I tillegg benyttet deltakerne seg av munnbind. Enkelte deltakere har også tydd til metoder utøver det de norske myndigheter anbefaler for å føle seg ekstra beskyttet mot Covid-19.

[...] ja, og hver dag, når han kom hjem, så dusjet jeg ham og byttet klærne hans, og vasket klærne på 60 grader. [...] ja, også på morgenen og på ettermiddagen, før han



gikk på skolen, så ga jeg ham munnbind og jeg la noen enkeltmunnbind i sekken hans. [...] jeg fortalte læreren at når han går hjem, så burde han ta på munnbind, før han går inn i taxien. (Deltaker 2)

Andre brukte blant annet naturmedisin ved påvist Covid-19 sykdom, og opplevde at dette har hjulpet dem, til en viss grad. «[...] den tradisjonale medisinen, som i [fødeland] har hjulpet meg, ja. Eg mener ikkje at den har helbredet meg [...]». (Deltaker 4)

Grunnet forsyningsproblemer og prissammensetning har innvandrere i realiteten hatt innskrenket tilgang til beskyttelsesutstyr. Derfor valgte enkelte å kjøpe munnbind fra deres fødeland. «[...] jeg kjøpte mange munnbind fra [fødeland]». (Deltaker 2) Andre vurderte sitt eget behov for munnbind opp mot behovet til helsearbeidere, og unngikk derfor å kjøpe visse typer munnbind for å forhindre utstyrsmangel blant helsearbeidere. Deltakerne tok hovedsakelig i bruk medisinske munnbind da de betraktet denne typen munnbind som bedre egnet for beskyttelse mot Covid-19 enn tøy-munnbind.

Vel, det var perioder der munnbind enten var umulige å finne, jeg mener de medisinske munnbindene, eller så var de veldig dyre [...] jeg forstår at de tøy-munnbindene ikke egentlig har noen nytteeffekt, men jeg hadde noen av dem uansett, fordi noen ganger var det svært vanskelig å finne også er plastikken helt forferdelig [...] jeg gjorde det til en regel å ikke kjøpe noe som jeg tenkte helsearbeidere ville ha behov for i form av personlig verneutstyr eller visir [...] nå her om dagen kjøpte jeg skikkelige forseglende masker, de FF2 P2 eller hva de nå heter, fordi vi drar til Tyskland, men dette er første gang jeg har følt meg komfortabel med å kjøpe det, vitende at helsearbeidere har signifikant vaksinedekning og at de ikke har utstyrsmangel, slik som det var i begynnelsen [...]. (Deltaker 8)

En intervjudeltaker ønsket å vaksinere sitt barn mot Covid-19, og fikk informasjon om vaksinerings fra skolen til barnet sitt. Informasjonen samsvarte imidlertid ikke med den informasjonen som ble gitt via koronatelefonen. I løpet av telefonsamtalen følte intervjudeltakeren at personen som besvarte anropet hadde en forutinntatt holdning mot innringeren.

[...] jeg ringe koronatelefonen og da sa de at de vaksinerer ikke barn. Jeg sa at jeg fikk en mail fra skolen, også begynte jeg å argumentere med dama i koronatelefonen, som er norsk, og den generelle antagelsen er at "åå, hun er utenlandsk, hun vet ingenting". Jeg har rett, og du vet, de ville ikke engang prøve å tenke at "oi, noen har bemerket seg dette, kanskje det er noe her [...] her så har de bare det perspektivet at denne personen er en andrerangs borger, fordi de ikke er etnisk norske så er denne personen en andrerangs borger, og kan umulig vite noe jeg ikke vet. (Deltaker 8)

Enkelte deltakere uttrykte at de hadde vært bekymret for sine familiemedlemmer under pandemien. Bekymring skyldtes familiemedlemmenes manglende ferdigheter til å beskytte seg mot sykdom.

Ja. Jeg også bekymret litt [...] sønnen min i i pandemien. Fordi han vet ikke [...] han vet ikke så godt med hygiene... som å vaske hendene [...] hold avstand med andre, så så litt bekymret han bli smittet. (Deltaker 2)

Andre har vært engstelige over egen helsetilstand under pandemien, og har derfor tatt forhåndsregler for å unngå å bli smittet.

[...] jeg gjør fortsatt det selv om reglene igjen har endret seg og jeg unngår fortsatt folk som har Covid [...] jeg antar at min mening har vært at jeg har vært veldig forsiktig, fordi jeg har en autoimmun sykdom, som betyr at jeg har større sannsynlighet for å få senfølger etter Covid-19 [...]. (Deltaker 8)

### 5.2.2 Behov for tilpasset Covid-19 informasjon og støtte

Deltakerne opplevde fravær av tilpasset informasjon relatert til Covid-19. Informasjon var i liten grad forbeholdt deltakernes språkkunnskaper og kulturelle normer. Kvaliteten på oversatt Covid-19 informasjon var også av varierende grad, og var periodevis formidlet på en «barnslig» måte. Støtte fra nettverk var viktig for både oppklaring av informasjon og assistanse ved påvist Covid-19 sykdom. Under pandemien hadde enkelte behov for helsehjelp.

Hjelpen var i noen tilfeller overført til digitale plattformer, mens i andre tilfeller var helsehjelp vanskelig å oppdrive.

#### *5.2.2.1 Covid-19 informasjon på flere språk*

I starten av pandemien var informasjonen om Covid-19 i liten grad tilpasset med hensyn til innvandreres språk og kulturelle normer.

Ja, [...] nei, når det begynte jo, det var jo helt nytt og [...] kanskje spesielt i forhold til innvandrere det med språk og forsto [...] kultur og [...] hva ikkje bra nok, men nå synes eg det er at alle har fått god informasjon og forstått seg for si pandemien, ja (Deltaker 4)

Deltakerne har bemerket seg fravær av tilpasset informasjon som er formidlet på flere språk.

[...] det er først nå under pandemien at jeg for første gang i Norge ser dokumenter oversatt til mer enn kun engelsk. De prøver, og de oversetter det til arabisk eller somalisk eller urdu eller polsk eller andre språk, og jeg tenke "wow, tok det dere så lang tid [...]. (Deltaker 8)

Manglende språktilpasninger ved formidling av Covid-19 informasjon vanskeliggjorde deltakernes forståelse av informasjonen.

Ja, jeg hadde korona, (...) så når de har kontaktet meg det var tri forskjellige personer, men de jobber i kommune også i helsestasjon, tror jeg, helse (...) ja, det var bare på norsk (...) så noen setninger ordene det var vanskelig for meg, noen ord, ja så (...) det var litt skuffet meg, fordi jeg trengte hjelp til å forstå hva skal jeg gjøre. (Deltaker 1)

Oppdatert Covid-19 informasjon om nye regler og innføring av nye smitteverntiltak ble annonsert i riksdekkende media. Regjerings pressekonferanser, som inneholdt disse viktige oppdateringer, ble direkte overført på norsk, men ikke oversatt til andre språk. Derfor søkte deltakerne hjelp fra eget nettverk for å forsikre seg om at de forstod budskapet med informasjonen.

[...] hvis på TV nyhete fordi de snakker med norsk [...] noen jeg synes de snakke dialekt, så jeg forstår ikke [...] så kanskje forstå 30% eller 50% [...] bare noen veldig viktig tiltak jeg kan forstå [...] men etter nyheter jeg må snakke med kjæresten min for å dobbeltsjekke om det jeg tror stemmer. [...]. (Deltaker 2)

Deltakerne mener at oversatt Covid-19 informasjon bør holde en viss språklig standard, og at oversettere burde ha oversettelsespråket som sitt morsmål. En slik oversettelse kan bidra til at målgruppen får full forståelse av informasjonen.

Så, hvis myndighetene vil oversette ting angående, vel angående alt inkludert Covid, så må de ha en tospråklig person eller en person [fra fødeland], en person som har språket som sitt morsmål. Det er veldig viktig, ellers så kan man bare la være å oversette, fordi hvis det er dårlig oversatt, så er det verre enn om det ikke er oversatt i det hele tatt, fordi da blir man veldig forvirret av informasjonen. (Deltaker 6)

Intervjudeltakerne mener at oversettelse av myndighetenes offisielle dokumenter burde bruke språkstandard som gjenspeiler krisesituasjonen. Språket burde ikke være «barnslig» da det vil kunne svekke mottakernes tillit til innholdet.

[...] jeg merket den forskjellen, og når du da til og med ser offisielle dokumenter som er skrevet på ditt morsmål, men de er skrevet på nivået til en femåring for eksempel, så stoler du ikke på det dokumentet. (Deltaker 6)

De fagspesifikke termer i informasjon burde oversettes med ord som er forståelig for alminnelige informasjonsmottakere.

[...] og det var også vanskelig å forstå, jeg snakker norsk helt greit, men jeg har ikke et medisinsk vokabular og jeg har ikke spesielt formelt vokabular heller, og jeg synes at i begynnelsen så var det veldig du bør gjøre ditt og du bør gjøre datt, og språket rundt det var veldig akademisk og jeg strevde med å forstå det [...]. (Deltaker 8)

#### *5.2.2.2 Støtte fra nettverk*

Støtte fra sosialt nettverk har hjulpet deltakerne med å håndtere Covid-19 pandemi. «Og det så det psykisk støtte er veldig viktig fra folk rundt deg at du får støtte. Det har eg kjent på meg også [...]». (Deltaker 4). Tilpasset støtte fra nærmiljø kan avklare eventuelle dilemmaer knyttet til vaksiner, og deretter øke vaksinasjonsdekningen.

«Ja. Hvis det vi få god informasjon på eget språk også noen støtte, ja, de kanskje kan, fordi fleste litt bekymra og redd fra vaksine». (Deltaker 1)

Enkelte opplevde forsinket formidling av oversatte oppdateringer, og dette medførte frustrasjon da en ikke kunne innrette seg etter de nyeste smitteverntiltakene. I intervju ble det understreket at nærstående norskfødte personer har en viktig rolle i formidling av oppdatert informasjon.

Det var ofte tilfellet at det kom inn nye restriksjoner og den engelske informasjonen fortsatt ikke var oppdatert. Så, jeg visste at de nye restriksjonene ville komme på norsk, og at den engelske informasjonen vil ta tre til fem virkedager, så det er ... det tar litt tid for å få det på plass, og det var litt frustrerende, fordi ... det føltes ikke alltid som om vi ble oppdatert, og jeg må spørre mannen min om å oversette, og igjen, jeg har folk jeg kan spørre, men hva gjør man dersom man ikke har det? (Deltaker 8)

### *5.2.2.3 Bruk av og tilgang til helsehjelp under pandemien*

En intervjudeltaker fortalte om manglende tilgang til helsehjelp under opphold på karantenehotell ved påvist Covid-19 sykdom.

«Ja, til hotellet også når jeg var der de har tilby oss [...] mat og god rom ... ja, men de hjulpet oss ikke når vi hadde sterk symptomer». (Deltaker 1)

Fravær av helsehjelp på karantenehotellet resulterte i at deltakeren kontaktet legevakta for å få dekket sitt helsebehov. Vedkommende hadde behov for febernedssettende medisiner, men grunnet deltakerens anvendelse av gjeldende smittevernregler på daværende tidspunkt kunne ikke deltakeren hente dette medikamentet.

«[...] vi beklager vi kan ikke hente den til deg du må komme å hente den sjøl [...] jeg var 40° fever [...] I samme tid jeg kan ikke gå ut, jeg har isolert». (Deltaker 1)

Pandemien har aktualisert behovet for online konsultasjon med helsepersonell.

[...] jeg var litt deprimert og jeg forsøkte å ringe noen, som en online psykiater, for å få noen råd og [...] ja, jeg fikk noen råd og etter det vi jeg prøvde å lese mer om Covid-19 og [...] og det går bedre og bedre, ja. (Deltaker 5)

### 5.2.3 Oppsummering

Pandemi forårsaket av hittil ukjente virusvariant av Covid-19 og alle påfølgende konsekvensene utløste stort informasjonsbehov hos befolkningen. Intervjudeltakerne fikk informasjon om Covid-19 gjennom blant annet nyheter, nettverk, jobb, skole og sosiale medier. I begynnelsen av pandemien var det fravær av informasjon om Covid-19 oversatt til flere språk. Da oversatt informasjon ble tilgjengelig oppfattet deltakerne mine denne oversettelsen som enten forenklet eller ikke oppdatert. Intervjudeltakerne etterlyser tydelig avklaring på forskjell mellom smittevernregler og -anbefalinger, samt en presisering av konsekvensene ved overtredelse av reglene. Deltakerne mener at Covid-19 informasjon som er tilpasset deres språkferdigheter og kulturelle kontekst bidrar til bedre forståelse. Informasjonsoverfloden vanskeliggjorde innvandreres vurdering av Covid-19 informasjon. Derfor har noen av deltakerne tatt i bruk metoder som ikke var kvalitetssikret. Vurderinger var også påvirket av deres tidligere erfaring. Deltakerne var usikre på norske myndigheters begrunnelse for innføring av enkelte tiltak, og nærstående personer har bidratt med forklaring av bakgrunn for myndighetenes beslutninger. Deres forståelse av bakgrunn for myndighetenes smitteverntiltak kan gjøre at de stoler mer på informasjon om tiltakene. Støtte fra sosialt nettverk muliggjorde oppklaring av informasjon, og hjalp intervjudeltakerne med å håndtere pandemien. Enkelte deltakere fortalte om mangelfull organisering av helsehjelp i løpet av oppholdet på karantenehotell. Praktisering av gjeldende smittevernregler medførte innskrenket tilgang til helsetjenesten. Deltakerne peker på at deres språkferdigheter, bakgrunnsforståelse for innføring av tiltak og tilgang til beskyttelsesutstyr som viktige forutsetninger for anvendelse av smitteverntiltakene.

## 6. Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke innvandreres opplevelse av informasjon relatert til Covid-19-pandemien, samt hvordan de anvendte sin helsekompetanse for å ivareta godt smittevern. Først vil studiens hovedfunn bli presentert. Deretter vil disse funnene bli diskutert i lys av tidligere forskning, og teoretisk rammeverk i salutogenese og helsekompetanse. Videre vil studiens styrker og begrensninger bli beskrevet, og avslutningsvis vil jeg forklare studiens betydning for det helsefremmende arbeidet.

### 6.1 Hovedfunn fra studien

Funnene fra min studie viste at intervjudeltakerne benyttet ulike kanaler, for å holde seg oppdatert på informasjon relatert til Covid-19. Intervjudeltakere fikk informasjon gjennom lokale og nasjonale nyheter, nettverk, sosiale medier, jobb og skole. Informasjon om Covid-19 ble etter hvert formidlet på flere språk, men oversatt informasjon opplevdes imidlertid som enten forenklet eller ikke oppdatert. Manglende presisering og tydeliggjøring av informasjonsflyt gjorde det utfordrende for deltakerne å skille mellom smittevernregler og - anbefalinger.

Deltakerne var i utgangspunktet innstilt på å følge gjeldende smittevernregler. Enkelte av deltakerne var imidlertid ekstra påpasselig med smittevern grunnet egen eller andres helsetilstand. Samtidig har fravær av enkelte kulturelle og økonomiske tilpasninger av smitteverntiltak vanskeliggjort etterlevelse av informasjonen. Deltakerne mente at ytterligere tilpasninger i form av språk og kulturell kontekst kunne ha resultert i bedre forståelse for iverksetting av tiltak og økt tillit til myndighetene. Deltakernes vurderinger av smittevern har vært relatert til deres evne til å trekke essensen av helseinformasjon med henblikk på smittevern. Vurderingen var preget av informasjonsoverflod og deres erfaring med tidligere helsekrise. Oppklaring og støtte fra sosialt nettverk bidro til bedre håndtering av pandemien.

### 6.2 Ulike informasjonskilder påvirker etterlevelse av tiltak

I en krisesituasjon vil informasjonen raskt kunne endres ut ifra tilgjengelig kunnskap på gjeldende tidspunkt (NOU 2021: 6, s. 85). Under en helsekrise er media en viktig aktør i formidling av informasjon. Gjennom media kan man få informasjon om faktorer som fremmer helse og forebygger sykdom (Araújo et al., 2021). I løpet av pandemien har informasjon om Covid-19 blitt formidlet via ulike informasjonskanaler. Studien til Ahmad og Hillman (2021)

fremhevet at både avsender av Covid-19 informasjonen og informasjonskanal påvirket målgruppens tillit til informasjonen. Intervjudeltakerne i min studie tilegnet seg kunnskap om Covid-19 blant annet gjennom nyheter, sosialt nettverk, jobb og sosiale medier. I studien til Hamadneh et al. (2021) brukte imidlertid 87 % av kvinnene Facebook og 69 % foretrakk WhatsApp som sin førstehåndskilde for innhenting av Covid-19 informasjon. Målgruppa til studien var syriske kvinner, og det kan derfor diskuteres om menn har andre foretrukne informasjonskilder (Hamadneh et al., 2021). Mine deltakere fikk også tilsendt informasjon om Covid-19 direkte til dem på SMS fra norske myndigheter. Noen av dem opplevde dette som en enkel måte for informasjonsinnhenting.

Selv om informasjon om Covid-19 ble formidlet på plattformer som mine deltakere bruker i hverdagen, opplevde noen periodevis å bli henvist videre til en lenke med ytterligere informasjon. I rapporten til Ragnhild Skogheim et al. (2020, s. 31) påpekes det at den enkeltes navigeringsevne på ulike nettsted har betydning for deres tilgang til informasjonskilde. Pandemisituasjonen kunne endre seg raskt (NOU 2021: 6, s. 16). Derfor kan det sannsynligvis ha vært vanskelig for mine deltakere å få med seg helheten av Covid-19 informasjonen via SMS. Dette kan ha vært en grunn til hvorfor myndighetene valgte å sende lenke til nettsiden tilknyttet mine deltakeres oppholdskommune. Det er nærliggende å tenke at tilsendt lenke til nettsted vil innebære at man bruker mye tid på å bla gjennom all informasjonen. Dette kan være en grunn til at deltakerne mine mistet tålmodigheten og muligens ikke fikk med seg den fullverdige Covid-19 informasjonen.

Norske myndigheter arbeidet for å formidle gyldig Covid-19 informasjon til befolkningen der intensjonen var at dette skulle bidra til økt forutsigbarhet og trygghet under pandemien (NOU 2021: 6, s. 177). Rapporten til R. Skogheim et al. (2020, s. 6) anbefaler at informasjon formidles gjennom brukervennlige nettsider. Utålmodighet til å sjekke utfyllende informasjon om Covid-19 på kommunens hjemmeside er sannsynligvis et resultat av en u håndterbar informasjonsmengde heller enn hvorvidt nettstedet er brukervennlig. En annen måte mine deltakere innhentet Covid-19 informasjon på, var gjennom familie og venner. Mine deltakere anså det som viktig å beskytte seg mot Covid-19 sykdom, og deres nettverk gav dem nærmere forklaring av norske myndigheters pandemihåndtering. Denne informasjonskilden bidro med økt forståelse og gav dem dypere innsikt i myndighetenes handling ved varierende forhold mellom smittetall og inngripende tiltak på daværende tidspunkt.



### 6.2.1 Anvendelse av helsekompetanse under pandemien

Endringer i smittesituasjonen medførte stadig utskiftninger av smitteverntiltak, og resulterte i usikkerhet for hvordan tiltakene skulle anvendes (NOU 2022: 5, s. 186). Det kan tenkes at en anvendelse som oppnår myndighetenes målsetting med smitteverntiltak forutsetter en riktig forståelse av tiltakene. Forståelse og vurdering av kunnskap er viktige grunnleggende motstandsressurser (Antonovsky, 1979, s. 107-108). Disse ressursene er blant forutsetningene for å oppfatte helseinformasjon (Nutbeam, 2000). Studien til Kostareva et al. (2021) satte søkelys på helsekompetansen til innvandrere fra tidligere Sovjetunionen. Resultatene fra studien fremhevet at forståelse av helseinformasjon er avhengig av kvalitetssikker informasjon som er tilgjengelig, formidlet på et språk som innvandrere kan og kontekstspesifikk (Kostareva et al., 2021). Deltakerne i min studie opplevde tidvis mangelfull tydeliggjøring av Covid-19 informasjon tilpasset deres kulturelle kontekst. Fødelandene til de fleste av mine intervjudeltakere har høyere innbyggertetthet enn i Norge, og mine intervjudeltakere var derfor vant med å ferdes blant mange mennesker. Lavere innbyggertall i Norge sammenlignet med i mine deltakers fødeland gjorde at de opplevde det som håndterbart å opprettholde avstand til andre i Norge under pandemien. Mine deltakere gav uttrykk for at en ikke-eksisterende presisering av hva som kjennetegner folksomme møteplasser i Norge medførte en del uklarheter da deltakerne mine opplevde få steder i Norge som folksomme (se 5.2.1.3). Det kan tenkes at informasjon om å unngå folksomme møtesteder i Norge opplevdes som lite hensiktsmessig da folksomhet kan oppfattes ulikt ut ifra egen forståelse og kulturell kontekst. Det er nærliggende å tenke at ytterligere presisering og tydeliggjøring av hva norske myndigheter definerer som folksomme møtesteder ville bidratt til økt forståelse av hvordan man praktiserer sosial distansering i Norge. Behovet for tydelig informasjon ble også understreket i studien til Van Scoy et al. (2021). Studien forsøkte å finne svar på hva slags kunnskap, holdning og tillit voksne kvinner i Pennsylvania uten medisinsk faglig bakgrunn, hadde relatert til Covid-19 og informasjonskilder om Covid-19. Studien Van Scoy et al. (2021) viste at deltakerne hadde manglende tillitt til både myndighetene og til informasjonen som de formidlet. Økt behov for tilpasset informasjon kom også fram i studien til Tagliacozzo et al. (2021), som omhandlet hvordan myndighetene i USA, Italia og Sverige hadde gitt Covid-19 informasjon til sine innbyggere. Studien pekte på manglende tilpasning av informasjon til sårbare grupper, inklusiv innvandrere (Tagliacozzo et al., 2021).

Sosioøkonomisk ulikhet kan påvirke anvendelse av smitteverntiltak (NOU 2021: 6, s. 411). I tillegg til forståelse og kunnskap er også materielle ressurser, slik som penger, viktige generelle motstandsressurser (Idan et al., 2017, s. 57). Intervjudeltakerne mine fulgte norske myndighetenes regler og anbefalinger for smittevern der de oppholdt seg. Mine funn viste også at deltakerne opplevde at medisinske munnbind periodevis enten var fysisk utilgjengelig i butikken eller svært kostbart. Dette resulterte i at noen av deltakerne mine bestilte medisinske munnbind fra deres fødeland eller benytte seg av tøy-munnbind da de vurderte disse alternativer som rimeligere måter å anvende smittevernreglene på. Dette funnet bekrefter at økonomiske ressurser har betydning for anvendelse av smittevernregler. Sosioøkonomiske forhold er en av flere potensielle faktorer som nevnes ved forklaring av økt smitte blant enkelte med innvandrerbakgrunn (Arnesen et al., 2021, s. 24). Kommisjonen for sosiale helsedeterminanter (CSDH, 2008, s. 43) foreslår tre hovedprinsipper for hvordan man kan redusere sosiale helseforskjeller. Disse er følgende: 1. bedre forholdene der folk bor og der de lever sine liv, 2. utjevne forskjellene blant mennesker som har kommet fram som et resultat av ulik tilgang til ressurser, makt og penger, og 3. jevnlig evaluere eksisterende utfordringer tilknyttet til sosiale helseforskjeller, samt stadig tilegne ny kunnskap på fagfeltet (CSDH, 2008, s. 43). Ut ifra dette kan det tenkes at dersom beskyttelsesutstyr mot Covid-19 var rimeligere, ville redusert prissetting gjort beskyttelsesutstyret mer tilgjengelig for mine deltakere. Videre kan det antas at økt tilgjengelighet ville kunne minske forskjeller blant dem som hadde økonomi til å kjøpe store kvanta med medisinske munnbind og de som ikke hadde like god mulighet til dette. En av mine deltakere bemerket seg at tilgangen til antibac på offentlig sted, og det kan antas at økt tilgang til antibac muliggjorde anvendelse av smitteverntiltak om hyppig håndhygiene. Dette funnet i min studie bekrefter tidligere forskning til (Le et al., 2021b, s. 87), som pekte på at sosioøkonomisk status har innvirkning på praktisk anvendelse av tilført helsekompetanse.

Tilpasning av informasjon til mottakere er lovregulert i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5). Loven slår fast at mottakere skal bli gjort oppmerksom på hva informasjonen innebærer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999§ 3-5). Enkelte av intervjudeltakerne hadde høyere risiko for et alvorlig sykdomsforløp dersom vedkommende skulle bli syk av Covid-19. Det kan tenkes at tilpasset informasjon om hvordan man kan beskytte seg mot Covid-19 er særlig relevant blant mottakere som kan bli alvorlig syke. Overflod av informasjon og manglende evne til kildekritikk kan ha vært mulig årsak til at enkelte deltakere feilkoblet alminnelig hygienetiltak, slik som daglig vasking av klær på 60°, med

spesifikke tiltak mot Covid-19. Det kan tenkes at dette skyldes villedende informasjon om viruset og dets spredningsmåter fra usikker informasjonskilde. Covid-19 smitter via dråpesmitte (Folkehelseinstituttet, 2022a). Derfor vil det være nærliggende å tenke at hyppig vask av tøy på 60° ikke beskytter mot Covid-19. Det kan også antas at deltakeren var ekstra påpasselig med hygiene grunnet erfaring med tidligere epidemi, som kan ha påvirket etterlevelse av Covid-19 tiltak. Anvendelse av hygienetiltak som ikke er kunnskapsbasert kan tyde på fravær av kritisk helsekompetanse. Dette nivået av helsekompetanse innebærer å ha foretatt en nøye vurdering av tilgjengelig informasjon fra ulike informasjonskilder, og deretter anvende disse i praksis (Olander et al., 2020, s. 65). Det kan imidlertid tenkes at et overdrevent fokus på alminnelige hygienetiltak var styrt av frykt for dersom en selv eller nær familie skulle få påvist Covid-19. En annen deltaker nevnte at vedkommende hadde foretrukket å få informasjon om Covid-19 fra forskere, samtidig påpeker deltakeren at forskere naturligvis har ulike meninger seg imellom. Dersom fagkyndige personer ikke er samstemte om hvordan man best kan beskytte seg mot Covid-19 vil dette kunne tenkes å by på utfordringer for hvordan informasjonen skal anvendes i praksis. Kombinasjonen av informasjonsmengden og forskjellige oppfatninger om hvordan man kan forhindre Covid-19 vil kunne tenkes å ha skapt forvirring om hva som er kunnskapsbaserte avgjørelser, og dermed hatt innvirkning på deltakernes dømmekraft til å ta kritiske valg relatert til smittevern. Det kan tenkes at innvandrere tar kunnskapsbaserte valg dersom de får tilført helsekompetanse. Tidligere forskning til Zlotnick et al. (2021) undersøkte relasjon mellom innvandreres helsekompetanse og selvopplevd stress. Forskningen konkluderte med at styrking av innvandreres helsekompetanse og motstandsdyktighet, hjelper dem til å ta helsefremmende avgjørelser (Zlotnick et al., 2021). Min studie har løftet fram vanskeligheter i helseinformasjon til innvandrere. Enkelte av mine deltakere har etterlyst enklere og mer forståelig informasjon, mens andre har betraktet den forenklingen som unødvendig.

Utredning av norske myndigheters håndtering av koronapandemien viste at informasjonen relatert til Covid-19 ikke nådde helt fram til enkelte innvandrere (NOU 2021: 6, s. 175). Dette kan skyldes manglende plan for informasjonsformidling blant denne målgruppa (NOU 2021: 6, s. 186). Informasjon som er formidlet på en tydelig måte vil lettere kunne anvendes i praksis (Arnesen et al., 2021, s. 8). I den nyeste rapporten fra Koronakommisjonen med navn *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2* påstås det at en mulig årsak til mangelfullt planarbeid kan skyldes antagelser om at innvandrere i stor grad innretter seg etter majoritetsbefolkningen og anvender samme måte for innhenting av informasjon (NOU 2022:

5, s. 405). Deltakerne i min studie anvendte ulike informasjonskilder og -kanaler for innhenting av Covid-19 informasjon, som kunne hjelpe dem med å praktisere smitteverntiltakene. Funn i min studie er i samsvar med Koronakommisjonens antagelse om at noen innvandrere henter informasjon fra ulike kilder.

Likestillings- og diskrimineringsloven (2017, § 1) har til hensikt å bidra til likestilling, derav tilgjengelighet og tilrettelegging, samt hindre diskriminering. En av intervjudeltakerne i min studie ønsket å vaksinere sitt barn mot Covid-19. Vedkommende etterlyste mer informasjon, men opplevde å bli møtt med en forutinntatt holdning til innvandrere fra personen som besvarte anropet i koronatelefonen. Deltakeren fikk informasjon om Covid-19 vaksinerings fra skolen til sitt barn, men dette samsvarte ikke med informasjonen gitt via koronatelefonen (se 5.2.1). Meningsutveksling i samtalen intervjudeltakeren hadde med den ansatte som betjente koronatelefonen kan tyde på at det foreligger manglende tilrettelegging av Covid-19-informasjon for innvandrere. Det er nærliggende å tenke at motstridende Covid-19-informasjon skapte frustrasjon hos deltakeren, og vanskeliggjorde vedkommende sin anvendelse av informasjonen i praksis. Dette samsvarer med tidligere forskning som har antydnet at dårlig tilpasning av smitteverntiltak til innvandrere kan svekke anvendelse av tiltak (Arnesen et al., 2021, s. 73).

Sammenhengen mellom salutogenese og helsekompetanse har blitt illustrert gjennom en utviklet modell (se kapittel: 2.2.3, figur 1). Modellen viser de tre komponentene i opplevelse av sammenheng, forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, sett opp mot helsekompetanse (Saboga-Nunes, 2017, s. 415-421). Begrepet forståelighet er koblet opp mot kunnskap (Saboga-Nunes, 2017, s. 415-421). Deltakerne i min studie innhentet kunnskap om Covid-19 fra ulike informasjonskilder. Denne informasjonen har deltakerne bearbeidet ved hjelp av sosialt nettverk, og på denne måten fikk deltakerne i min studie bedre forståelighet for myndighetenes valg av smitteverntiltak. Begrepet håndterbarhet ses sammen med vurdering og kompetanse (Saboga-Nunes, 2017, s. 415-421). Deltakerne mine gjorde en vurdering av informasjonen om Covid-19. Oppklaring og støtte fra deltakernes sosiale nettverk har bidratt til at deltakere vurderte tiltakene som både mer forståelig og mer meningsfulle. Begrepet meningsfullhet er forbundet med motivasjon (Saboga-Nunes, 2017, s. 415-421). Deltakere mine som oppfattet at tiltakene gav mening for dem, er trolig mer motivert til å gjennomføre tiltak i praksis. Dersom deltakerne har forstått og vurdert innhentet informasjon, vil denne informasjonen kunne oppleves mer meningsfull og dermed øke motivasjon til å anvende smitteverntiltakene. På den måten vil det kunne antas at håndtering

av koronasituasjonen ble mer håndterbar for mine deltakere. Opplevelsen av sammenheng bidrar til å forme utfallet av den enkeltes hverdag (Antonovsky, 1979, s. 128). Det kan tenkes at tilført helsekompetanse kan forbedre innvandreres håndtering av pandemien.

### 6.3 Behov for tilpasset Covid-19 informasjon og støtte

I løpet av pandemien har man sett viktigheten av å nå ut med informasjon til alle samfunnsborgere (Brekke, 2021). Forskning har vist at enkelte med innvandrerbakgrunn var særlig utsatt for Covid-19 (Finell et al., 2021). Grunner til økt forekomst av smitte blant noen mennesker med innvandrerbakgrunn kunne til dels forklares med eksempelvis mangler i språk- og digitale ferdigheter, trangboddhet, lavtlønnede arbeidsstillinger, og utilstrekkelig helsekompetanse (Finell et al., 2021; Indseth, Fretheim, et al., 2021, s. 24; Priebe Rocha et al., 2021).

#### 6.3.1 Covid-19 informasjon på flere språk

Helseinformasjon og myndighetenes tiltak som virker forståelig og logisk for målgruppa, blir med stor sannsynlighet gjennomført etter myndighetenes intensjon og bidrar til bedre håndtering av helsekrise (Brekke, 2021). En viktig forutsetning ved informasjonsoverføring er at informasjonen er relevant i forhold til ønsket måloppnåelse og at målgruppa kan overføre informasjonen til konkrete handlingsintervensjoner (Arnesen et al., 2021, s. 5-6).

Hvis helseinformasjon skal være egnet til bruk for målgruppa, må den tilpasses til gruppas språkferdigheter (Arnesen et al., 2021, s. 5-6). Egne funn viste at det i starten av pandemien var mangel på Covid-19 informasjon formidlet på flere språk. Dette kom også frem i tverrsnittsundersøkelsen til Khan et al. (2020), undersøkte tilgjengeligheten av digital informasjon om Covid-19 i oversatt form til personer som identifiserer seg som BAME (Black and minority ethnicities) i Storbritannia. Funnene fra denne studien viste at kun et lite antall nettsider hadde tilgjengelig oversatt informasjon til den ikke-engelsktalende befolkningen (Khan et al., 2020). Manglende tilgang til oversatt Covid-19 informasjon ble også funnet i litteraturgjennomgangen til Nezafat Maldonado et al. (2020) der artikkelforfatterne undersøkte tilgangen til oversatt informasjon blant migranter som oppholdt seg i Europa (Nezafat Maldonado et al., 2020). Deltakerne i min studie fortalte at deres norske språkferdigheter er av varierende grad, og dermed kan det tenkes at fravær av oversatt Covid-19 informasjon hadde innvirkning på deres forståelse av informasjonen. Dette kan relateres til funksjonell helsekompetanse, som innebærer å ha lese- og skriveferdigheter hvilket gjør det

mulig å forstå gitt informasjon (Sletteland, 2014, s. 70). I min studie kan det tenkes at funksjonell helsekompetanse kommer til uttrykk ved at deltakerne mine kan lese og skrive. Anvendelse av deres lese- og skriveferdigheter muliggjør innhenting av Covid-19-informasjon. Nutbeam (1998) påpeker imidlertid at funksjonell helsekompetanse innebærer mer enn kun å lese brosjyrer med helseinformasjon. Informasjon formidlet på et språk som mottakerne ikke forstår, vil imidlertid medføre at denne informasjonen ikke er tilgjengelig for mottakerne (Sletteland, 2014, s. 70-71). R. Skogheim et al. (2020, s. 41) har poengtert viktigheten av tydelig språk ved informasjonsformidling. Bruk av ord, som «anbefalinger» og «bør» kan tolkes forskjellig, og kan derfor tenkes å skape usikkerhet relatert til hvordan smitteverntiltakene skal praktiseres (R. Skogheim et al., 2020, s. 41). Studien til Tagliacozzo et al. (2021) omhandlet hvordan myndighetene i USA, Italia og Sverige hadde gitt Covid-19-informasjon til sine innbyggere. Studien pekte på manglende tilpasning av informasjon til sårbare grupper, inklusiv innvandrere (Tagliacozzo et al., 2021). Tilgjengeliggjøring av tilpasset informasjon vil kunne tenkes å bidra til økt forståelse for smittevernregler- og anbefalinger. Funksjonell helsekompetanse er forbeholdt enveiskommunikasjon, og muliggjør på den måten ikke oppklaring av informasjonen tilpasset til den enkeltes situasjon (Olander et al., 2020, s. 64-65). Ut ifra dette kan det antas at fravær av tilpasset Covid-19-informasjon medførte både svekket forståelse for informasjonen og redusert helsekompetanse blant mine deltakere. Lav helsekompetanse vil kunne være til hindring i hvordan mennesker lever sine liv og påvirke derav deres helse (Nutbeam, 1998). Det vil være nærliggende å tenke at manglende forståelse for Covid-19-informasjon vil vanskeliggjøre anvendelse av informasjonen i praksis. Studien til Gele et al. (2016), som handlet om helsekompetansen til somaliske kvinner i Norge, bekrefter at fravær av helsekompetanse vanskeliggjør muligheten til å foreta helsevalg (Gele et al., 2016).

Mine deltakere har ulike oppfatninger av Covid-19 informasjon, og disse oppfatningene kan forklares ved å bruke Antonovsky (1979) sitt konsept om opplevelse av sammenheng, som innebærer begrepene forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 1996). Dersom man ikke behersker det offisielle språket i vertslandet vil informasjon formidlet på dette språket oppleves som uforståelig (Antonovsky, 1979, s. 125-126). Det er nærliggende å tenke at informasjon formidlet på et språk som man ikke behersker vil oppleves som uhensiktsmessig og derfor meningsløst for den enkelte mottaker. Deltakerne i egen studie fortalte at da informasjon relatert til Covid-19 ble tilgjengelig på flere språk, var informasjonen lite tilpasset deltakernes språkferdigheter som følge av at Covid-19

informasjon tidvis ble formidlet ved bruk av norske dialekter og fagspesifikke termer. Når deltakerne mine ikke gjenkjente begreper, som ble brukt i formidling av Covid-19 informasjon, valgte noen deltakere å benytte oversettelsesprogrammet Google Translate, for å forstå gitt informasjon. Informasjon om Covid-19, som er oversatt ved bruk av Google Translate, kan potensielt ha ført til misforståelser ved at oversettelse trolig kan være av varierende kvalitet. Derfor kan det tenkes at oversatt informasjon fra myndighetene, som er kvalitetssikker, kunne ha bidratt til bedre forståelse av smittevernreglene, og samtidig blitt opplevd som mer meningsfylt for den enkelte deltaker. Viktigheten av informasjon formidlet på et språk som mottakerne behersker bekreftes i studien til Ahmad og Hillman (2021) der artikkelforfatterne undersøkte hvordan myndighetene i Qatar formidlet informasjon om Covid-19 til arbeidsinnvandrere på deres morsmål (Ahmad & Hillman, 2021). Artikkelforfatterne poengterte at myndighetene tidligere har nedprioritert formidling av helseinformasjon tilpasset manuell arbeidere som hadde sør- og sør-øst asiatiske morsmål, selv om flertallet i Qatar behersker disse språkene. Til tross for dette, ble formidling på disse språkene ikke prioritert, sammenlignet med andre språk i Qatar (Ahmad & Hillman, 2021). Fravær av informasjon kan imidlertid tenkes å vanskeliggjøre anvendelse. I studien til Finell et al. (2021) blir det påpekt at enkelte opplevde informasjonsinnhenting fra myndighetene som utfordrende grunnet manglende språkferdigheter. Funn i min studie kom til samme konklusjon.

Det er behov for ytterligere kvalitetssikring av helseinformasjon formidlet til innvandrere. Ifølge Indseth, Fretheim, et al. (2021, s. 6) skal informasjon formidlet fra myndighetene være enkel. Deltakerne i min studie opplevde at oversatt Covid-19 informasjon var både forenklet og forsinket sammenlignet med informasjon gitt på norsk. Behovet for kvalitetssikring av oversatt informasjon samsvarer med anbefalinger gitt av Indseth, Fretheim, et al. (2021, s. 7), som tilsier at oversatt informasjon skal være av god kvalitet. Fravær av en slik kvalitetssikker oversettelse kan potensielt tenkes å svekke tilliten mottakerne har til denne informasjonen. Mine deltakere bemerket seg dette, og fortalte at informasjon som er formulert på en «barnslig» måte gjør at man ikke stoler på gitt informasjon. Det kan tenkes at forenklet informasjon vil kunne oppfattes ekskluderende ved at en ikke får en fullverdig innføring i gjeldende smitteverntiltak. Videre kan det antas at forenklet informasjon vil kunne oppleves som nedlatende. Lavere utdanningsnivå er en av flere mulige årsaker som trekkes fram for økt smitte blant noen innvandrere (Bergsaker et al., 2021, s. 25). Flere av mine deltakere har imidlertid høyere utdanning, og det kan derfor antas at de hadde gode forutsetninger til å

forstå informasjon om Covid-19. Formidling av fullverdig oversatt informasjon som var kvalitetssikker kunne potensielt medført økt tillit til informasjonen. Vurdering av gitt informasjon kan betraktes som et eksempel på kritisk helsekompetanse da kritisk helsekompetanse innbefatter deriblant ferdigheter til å bedømme gitt informasjon (Sletteland, 2014, s. 73). Deltakerene har innhentet og forstått informasjon om Covid-19, men anser denne informasjonen som mindre troverdig grunnet hvordan den er formidlet. I rapporten til R. Skogheim et al. (2020, s. 58) nevnes elementer som kan bidra til å sikre god informasjonsformidling. Elementene innebærer både tillitt til avsender av informasjonen og tillitt til budskapetets formidlingsmåte. I tillegg ble språklige og kulturelle tilpasninger av informasjonen også ansett som viktig ved informasjonsformidling (R. Skogheim et al., 2020, s. 58). Mistillit til informasjon om Covid-19 kan tenkes å vanskeliggjøre anvendelse av denne informasjonen. En betingelse for anvendelse av smittevernregler er at befolkningen har tillit til myndigheten (NOU 2021: 6, s. 185). Koronakommisjonen vurderte at majoriteten av befolkningen i Norge har hatt tillitt til informasjon gitt fra helsemyndighetene (NOU 2021: 6, s. 27).

Norske myndigheter har under pandemien samarbeidet med flere frivillige organisasjoner og trossamfunn for å nå ut med informasjon til befolkningen (Arnesen et al., 2021, s. 40; NOU 2021: 6, s. 206). I studien til Ahmad og Hillman (2021) ble informasjon formidlet via personer som har kulturell kjennskap til mottakergruppa, slik som ledere for trossamfunn, for å øke deltakernes tillit til informasjonen (Ahmad & Hillman, 2021). Samarbeid mellom lokale myndigheter, trossamfunn og frivillig organisasjon på Vestlandet har eksempelvis laget ulike korte informasjonsvideoer om Covid-19 formidlet på ulike språk (Papillon, u.å.). Et slikt tilskudd vil kunne bidra til rask og visuell informasjonsformidling tilgjengelig på flere språk, og dette kan tenkes å gjøre det lettere å anvende informasjonen.

Pandemien har understreket behovet for godt samarbeid også mellom myndigheter og migranter for å skape tillit ved informasjonsformidling og pandemihåndtering (Finell et al., 2021). I Norge har myndighetene generelt høy tillit til befolkningen (Arnesen et al., 2021, s. 71). Gjennom pandemien har norske myndigheter vært åpne om usikkerhetsmomenter som påvirket håndtering av pandemien. Politiske føringer har vært basert på beslutninger av gyldig fagkunnskap som forelå på daværende tidspunkt (NOU 2021: 6, s. 27). Dette kan ha styrket troverdighet den norsk befolkning har til myndighetene. Likevel uttrykket en av mine deltakere skepsis til en del av myndighetenes antagelser, eksempelvis om forventet tidspunkt for gjenåpning, og mente at de antagelsene var urealistiske, uten en fullgjennomført



massevaksinering. I studien til Paul et al. (2021) undersøkte artikkelforfatterne negative holdninger voksne i Storbritannia hadde til Covid-19 vaksine. Et av funnene i studien var at innvandrere var blant de som var kritiske til vaksinering. Konklusjonen til studien var at behovet for tilpasset informasjon er viktig for tillit til vaksine (Paul et al., 2021). Deltakerne i min studie anså vaksinering som viktig for å beskytte seg mot Covid-19, og motsier dermed at mennesker med innvandrerbakgrunn er skeptiske til å ta vaksine mot Covid-19. Samtidig bekrefter funn fra min studie tidligere forskning om at det er viktig å tilpasse helseinformasjon til hele befolkning når landet rammes av helsekrise (R. Skogheim et al., 2020, s. 72).

### 6.3.2 Støtte fra nettverk

Ifølge Antonovsky (1979) kan generelle motstandsressurser anvendes for å håndtere ulike utfordringer. Et eksempel på en slik ressurs er sosial støtte (Idan et al., 2017, s. 57).

Viktigheten av å skape støttende miljøer blir fremhevet som en av grunnpilarene i det helsefremmende arbeidet. Ivaretagelse av hverandre bidrar til god helse (WHO, 1986, s. 2-3). Betydningen av sosial støtte viste seg å kunne være fordelaktig for deltakerne i studien til Sianturi et al. (2021). Tverrsnittstudien til Sianturi et al. (2021) omhandlet helsekompetansen til HIV-smittede i Indonesia. Studiens funn sannsynliggjorde at sosial støtte var viktig ved medisinerings av HIV-smittede med lav helsekompetanse (Sianturi et al., 2021). Funn fra min studie støtter dette ved at deltakerne uttrykte at god informasjon om Covid-19 vaksine og støtte til å ta den, kunne bidra til å øke vaksinasjonsdekningen. Det kan imidlertid diskuteres hva som kjennetegner «god informasjon», og når man har tilstrekkelig med informasjon. Likevel viste funn fra egen studie at deltakernes sosiale nettverk har gitt nærmere forklaring av norske myndigheters pandemihåndtering. Denne forklaringen bidro med økt forståelse og dypere innsikt i myndighetenes valg av færre inngripende tiltak til tross for høye smittetall i Norge på daværende tidspunkt. Dette samsvarer med funnene til Finell et al. (2021) da støtte fra venner og familie bidro med informasjonsinnhenting, oversettelse av gitt informasjon og utføring av ærend. Dette er i overensstemmelse med studien til Priebe Rocha et al. (2021) ved at brasilianske innvandrere i USA fikk emosjonell støtte fra trossamfunn formidlet via digitale samlinger.

I tråd med smittevernregler og -anbefalinger er det forståelig at gjennomføring av samlingene ble overført til digitale plattformer. Anvendelse av digitale plattformer stiller krav til generelle digitale ferdigheter, som innebærer eksempelvis å ta avgjørelser om nødvendigheten av ulike digitale verktøy, laste ned disse verktøyene, samt vite hvordan verktøyene brukes (Le et

al., 2021b, s. 70). Brasilianske innvandrere i USA brukte allerede digitale plattformer for opprettholdelse av kontakt med nære relasjoner (Priebe Rocha et al., 2021). Derfor kan det antas at deres digitale ferdigheter muliggjorde deltakelse på samlingene i regi av trossamfunnene, slik at de kunne motta støtte fra trossamfunn under pandemien. En av mine deltakere poengterte at vedkommende fikk hjelp med tilpassing og oversettelse av informasjon fra sitt nettverk, men undret seg samtidig over hvordan andre, som ikke har samme mulighet, håndterer pandemien. Ifølge studien til Priebe Rocha et al. (2021) var flere brasilianske innvandrere i USA papirløse. Dersom de oppsøkte offentlige tjenester fryktet de at de skulle bli forvist fra landet, og dette resulterte i at de forsøkte å unngå offentlige tjenester. Manglende støtte fra myndighetene var en medfølgende årsak til at brasilianske innvandrere ønsket støtte fra trossamfunn da enkelte ikke tilfredsstilte kriterier for å motta hjelp fra myndighetene (Priebe Rocha et al., 2021). Det kan imidlertid diskuteres i hvilken grad deltakernes tilknytning til trossamfunn og høy grad av empati, kunne påvirket forskningsresultater. Funn i min studie tyder på at støtte fra deltakernes nettverk forbedrer deres håndtering av pandemien. Viktigheten av sosialt nettverk kom også fram i studien til Gonzalez et al. (2020), som omhandlet hvordan Latinamerikanske foreldre i USA innhentet digital helseinformasjon, og hvordan deres barn bidro med oversettelse og navigering av denne informasjonen (Gonzalez et al., 2020). Funnene til studien var at støtte latinamerikanske foreldre mottok fra sine barn muliggjorde innhenting av og økt forståelse av digital helseinformasjon, og på den måten styrket foreldrenes helsekompetanse (Gonzalez et al., 2020). Selv om samarbeidet mellom barn og forelder var svært nyttig ved informasjonsinnhenting i studien til Gonzalez et al. (2020), kan man imidlertid stille spørsmål ved barnas evne til å formidle helseinformasjon til foreldrene på en god måte. Før informasjon videreformidles bør man selv ha forstått informasjonen som skal bringes videre. Det kan tenkes at det kan være vanskelig for barn å sette seg inn i foreldrenes helsehistorikk og fagterminologi tilknyttet helsetilstanden, for deretter å forklare dette på en måte som er tilpasset deres foreldre (Gonzalez et al., 2020).

Støtte fra nettverk kan anses å være relatert til interaktiv helsekompetanse, som bygger videre på foregående nivå om funksjonell helsekompetanse (Sletteland, 2014, s. 72). Interaktiv helsekompetanse innebærer å benytte sine kommunikasjonsferdigheter for å få økt innsikt og kunnskap vedrørende gitt helseinformasjon (Olander et al., 2020, s. 65). Deltakernes nettverk bidro deriblant med oppklarende informasjon om Covid-19 gitt av norsk myndigheter. Det faktum at det var deres nettverk som gav dem denne oppklaringen kan tenkes å ha muliggjort

dialog og diskusjon rundt hva smitteverntiltakene betyr, samt hvordan disse skal anvendes for å beskytte seg mot Covid-19. Støtte fra deltakernes nettverk kan tenkes å ha bidratt til en forenklet navigering og oppklaring av gjeldende informasjon.

### 6.3.3 Bruk av og tilgang til helsetjeneste under pandemien

Under en krisesituasjon er helsetjenesten en viktig støttespiller (Finell et al., 2021). I studien til Priebe Rocha et al. (2021) har tilgangen til helsehjelp vært begrenset som følge av deriblant manglende språkferdigheter. Tilgangen til helsepersonell med kulturell kjennskap til målgruppa var imidlertid beholdt flyktninger med gyldig dokumentasjon (Priebe Rocha et al., 2021). I artikkelen til Finell et al. (2021) var mangelfulle språkkunnskaper en medfølgende årsak til at enkelte av studiedeltakerne var usikre på hvor man kan oppsøke helsehjelp. Studien til Harris og Sandal (2021) undersøkte personer med økt risiko for psykologisk ubalanse relater til pandemien, og deres tillitt til helsetjenesten. Funn fra studien viste deriblant at det er høy grad av tillit i den norske befolkningen (Harris & Sandal, 2021). Studien til Harris og Sandal (2021) kan overføres til andre kontekster. Hvis befolkningen har tillit til myndighetenes informasjon, vil befolkningen antakeligvis klare seg bedre i en helsekrise.

Smittesituasjonen i Norge forårsaket omorganiseringer av helsetjenestene under pandemien, slik at befolkningen fikk tilbud om flere digitale konsultasjoner (NOU 2021: 6, s. 337). Omlegging av digitale tjenester bør nøye vurderes om hvorvidt kvalitet og likeverdige tjenester kan opprettholdes. I enkelte tjenester der arbeidet sentrerer seg rundt relasjonsskaping og trygging, vil det kunne være utfordrende å tilby digitale tjenester, deriblant for innvandrere (Helsedirektoratet, 2020, s. 65). En av mine deltakere fortalte at vedkommende hadde hatt digital konsultasjon med online psykiater under pandemien, og mottatt råd om hvordan ivareta egen helsetilstand. Som følge av smittesituasjonen var det trolig ikke forsvarlig å tilby ordinære fysisk konsultasjoner. Deltakeren hadde behov for helsehjelp for hvordan takle pandemien, og mottok ønsket hjelp via online psykiater. Deltakeren gav uttrykk for at denne tilgangen til helsehjelp var tilfredsstillende, sett ut ifra omstendighetene under pandemien. Det er rimelig å anta at deltakeren brukte sin kunnskap og kompetanse for å navigere seg i helsetjenesten. Kunnskapen til deltakeren kan være et eksempel på en generell motstandsressurs (Idan et al., 2017, s. 57). Tilgangen til online psykiater kan imidlertid tenkes å være et eksempel på en spesifikk motstandsressurs. Sistnevnte form for motstandsressurser blir benyttet i konkrete tilfeller (Antonovsky, 1979, s. 98-100). Det er nærliggende å tenke at en nyoppstått pandemi ville medføre økt selvpålevd

stress. Digital konsultasjon med psykiater var et spesifikt tiltak tilgjengelig for deltakeren under pandemien, som deltakeren opplevde som meningsfullt for å håndtere pandemien. Funn fra min studie skiller seg dermed fra studien til Knights et al. (2021), som undersøkte tilgangen til helsetjenesten blant nylig ankomne migranter i England. Funnene fra studien viste at digitalisering av helsetjenesten bidro til økte forskjeller i tilgangen til helsehjelp for migranter (Knights et al., 2021). Det kan tenkes at mine deltakere hadde bedre kjennskap til og var mer fortrolig ved bruk av digitale hjelpemidler sammenlignet med deltakerne i studien til Knights et al. (2021).

Helsetjenesten forsøkte å bistå med informasjon om og hjelp til håndtering av koronasituasjonen for mine intervjudeltakere. I studien til Lupieri (2021), som tok for seg flyktingers helsebehov under pandemien, var derimot tilgangen til helseinformasjon og hjelp fra helsetjenesten svekket sammenlignet med majoritetsbefolkningen (Lupieri, 2021). En av mine intervjudeltakere opplevde at lokal helsetjeneste var usikre hvordan nye regler om tilgjengelighet av helsetjeneste under pandemi, skulle anvendes i deres lokale kontekst. Denne usikkerheten førte til en innskrenkning av innvandrernes tilgang til helsetjeneste.

Intervjudeltakeren fortalte om misforståelse i forbindelse med utdeling av febernedsettende medikament mot sterke symptomer på Covid-19. I rapporten til Le et al. (2021b, s. 9-10), som omhandlet helsekompetansen til fem innvandrerpulasjoner i Norge, viste funnene deriblant at studiens deltakere hadde gode ferdigheter til å orientere seg i det norske helsesystemet.

Deltakerne hadde imidlertid noe varierende kommunikasjonsferdigheter, som medførte at dialog med helsepersonell kunne være utfordrende (Le et al., 2021b, s. 9-10). Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2019) skal helsepersonell tilpasse informasjon ut ifra mottakerens evne til å anvende denne informasjonen, samt deres mulighet til å oppsøke helsetjenester. Intervjudeltakeren praktiserte gjeldende smittevernregler på daværende tidspunkt, og kunne derfor ikke forlate oppholdssted for å selv hente febernedsettende medikament.

Oppholdsstedet hadde heller ikke dette medikamentet tilgjengelig. Deltakerens uttalelse kan illustrere utfordringer knyttet til tilgjengelighet av helsetjeneste i en krisesituasjon (se 5.2.3). Tilgjengelig helsehjelp bør derfor tilpasses innvandreres helsebehov, samt deres digitale og språklige ferdigheter.

## 6.4 Studiens begrensninger

Denne studien ville få fram innvandreres mening om informasjon knyttet til Covid-19. Studien vil belyse innvandreres opplevelse av denne informasjonen under pandemien forårsaket av Covid-19.

Svakheter ved min studie kan imidlertid være knyttet til manglende bruk av tolketjeneste. Det kan tenkes at enkelte deltakere ville foretrukket å bli intervjuet på sitt morsmål. Deltakere ville formodentlig kunne utdype egne meninger og opplevelser på en bedre måte hvis intervju hadde blitt utført på deres morsmål istedenfor på et språk som de ikke behersker like godt. Derfor var det naturlig å vurdere bruk av tolk. Ved eventuell bruk av tolk ville det være rimelig å forsikre seg om tolkens kompetanse og kvalitet. I henhold til Tolkeloven (2021, §14) skal tolking utføres av person med tolkefaglig kompetanse. I tillegg ville bruk av tolking generer økonomiske utgifter. Denne oppgaven er selvfinansiert, og det er ikke søkt om økonomiske utgifter til tolketjeneste. Jeg har valgt å selvfinansiere studien for å unngå potensielle interessekonflikt. Det kan også tenkes at involvering av en tredjeperson kunne påvirket kvalitet av innsamlet data. Samtidig ville bruk av tolk kunne potensielt øke faren for å miste vesentlig meningsinnhold ved fortolkning av utsagn gjennom flere ledd, som er oversatt til ulike språk. Avgjørelsen om å utelate tolk er også basert på egne tidligere erfaringer der tolk utenfor offentlig tolketjeneste ble benyttet. Tidligere var det samarbeidsorganisasjonen som kontaktet aktuell tolk, men tolken var periodevis ikke godt forberedt for intervjugjennomføring. I denne studien forsøkte jeg å unngå enhver interessekonflikt samtidig som jeg overholdt høy etisk standard ved gjennomføring av studien, og derfor har jeg ikke involvert tolketjeneste.

Studien er utført gjennom intervju med åtte deltakere. Det kunne tenkes å være en begrensning når data samles fra et fåtall personer. Denne begrensningen har jeg forsøkt å kompensere ved å tilpasse spørsmålene og tolke kroppsspråk til hver enkelt deltaker. På denne måten har jeg samlet inn tilstrekkelig datamaterialet, som gjorde det mulig å skrive denne oppgaven. Til tross for at antall deltakere kan representere en reell begrensning.

Deltakerne i denne studien har tilknytting til ulike fødeland. Ut ifra dette er det naturlig å anta at de har forskjellig kulturell bakgrunn og at deres helsekompetanse kan være varierende. Innsamling av datamateriale fra deltakere med ulik bakgrunn og forkunnskaper kan tenkes å være en begrensning i denne studien. Det kan antas at denne diversiteten har betydning for kvaliteten av studiens funn. Datainnsamling med et fåtall personer som har forskjellige

bakgrunn vil kunne skape usikkerhet for hvorvidt funnene er gjeldende for andre innvandrere i Norge.

Denne oppgaven er min første masteroppgave, og jeg er derfor å betrakte som en uerfaren forsker. I tidligere oppgaveskriving har jeg ikke brukt teorier og analysemetode, som er anvendt i denne oppgaven. Det kan tenkes at ytterligere erfaring med anvendt metode og rutiner med intervjugjennomføring ville muliggjort bedre spørsmålsformuleringer, som kunne gitt et rikere datamaterialet. Selv om jeg har utført noen intervjuer tidligere, har de ikke vært like omfattende som i denne oppgaven. Alle ovenfornevnte begrensninger er rimelig å ta i betraktning når man vurderer studiens kvalitet og overføringsverdi.

### 6.5 Implikasjoner for det helsefremmende arbeidet

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helsefremmende arbeid på følgende måte:

«Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health» (WHO, 1986, s. 1). Mine deltakeres ulike opplevelser tilknyttet informasjon om Covid-19 kan forklares ut ifra en salutogen tilnærming. Deltakernes sosiale nettverket forklarte myndighetenes begrunnelse for å iverksette smittevernstiltakene. Denne forklaringen gjorde myndighetenes intensjoner meningsfulle for deltakerne, og bidro til å gi deltakerne økt forståelse for hva smittevernregler og -anbefalinger betyr i praksis. Økt kjennskap til relevant informasjon om Covid-19, og en dypere forståelse av denne, førte til at informasjonen opplevdes som mer meningsfull for dem. Nettverkets bistand bidro til deltakernes bedre forståelse av hvordan man skulle anvende smitteverntiltakene for å beskytte seg mot Covid-19. På denne måten ble koronasituasjonen mer håndterbar for mine deltakere. Summen av komponentene forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, kan ha bidratt til en sterkere opplevelse av sammenheng blant deltakerne mine. Tidligere forskning har påvist en sterk relasjon mellom opplevelsen av sammenheng og håndteringsevne hos stressutsatte personer. En sterk opplevelse av sammenheng anses som en ressurs som hjelper mennesker i alle stressituasjoner og styrker personens håndteringsevne (von Lindern et al., 2017, s. 182).

Pandemien har vært en stor påkjenning for både individer og samfunn, og peker på fremtidige helseutfordringer. Sett i et helsefremmende perspektiv, er det viktig å ta i bruk kvalitetssikret kunnskap fra salutogenese-forskning som peker ut opplevelse av sammenheng som en viktig ressurs og styrke i håndtering av livets utfordringer uansett årsak (von Lindern et al., 2017, s. 182). Forskning har vist et flertall av Covid-19 innleggelser på sykehus blant personer født i utlandet sammenlignet med norskfødte (Indseth, Godøy, et al., 2021, s. 5). Årsakene til smitte

er flere, og noen av disse kan til en viss grad forklares ved forskjeller i språkferdigheter og sosioøkonomiske forhold (Folkehelseinstituttet, 2021, s. 25). Dette tyder på at tilpasning av informasjon, som er lovregulert i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5), vil være en av flere viktige elementer for hvordan smitte blant enkelte innvandrere kan reduseres. Etter min mening, er forståelse av helseinformasjon viktig for folkets helsekompetanse. Funnene mine har vist at helseinformasjon, som er tilpasset til bredden av befolkningen, har hatt innvirkning på menneskers evne til å anvende smitteverntiltak. Smitteverntiltakene, som av hele befolkning oppleves som hensiktsmessige og håndterbare, blir antakeligvis gjennomført. Mine funn vil kunne tenkes å bidra til helsefremmende arbeid ved fremtidige helseutfordringer. Funnene peker på at styrket opplevelse av sammenheng hos mine deltakere vil kunne fremme deres helse.

Hensikten med Folkehelseloven (2011, § 1) er å bedre helse ved å deriblant redusere sosiale forskjeller i samfunnet. CSDH (2008, s. 43) har forslått prinsipper for hvordan denne utjevningen kan foregå i praksis. Et av disse prinsippene omhandler en likere fordeling av ressurser og penger (CSDH, 2008, s. 43). Funn fra min studie viste at enkelte deltakere opplevde at medisinske munnbind var svært kostbare og derfor tidvis økonomisk utilgjengelig for dem. Det kan derfor tenkes at en regulering i prissetting ville ha redusert forskjeller mellom dem som hadde mulighet til å kjøpe et større antall masker og dem som ikke hadde det. I tillegg til sosioøkonomiske forhold har min studie vist at helseinformasjon har implikasjon for helsefremmende arbeid. Informasjon som er tilpasset slik at innvandrere oppfatter den som forståelig, meningsfull og håndterbar kan tenkes bedre deres helse.

## 7. Konklusjon

Studien viser at det er viktig at informasjon som myndighetene formidler til innvandrere er forståelig for dem. Kvalitetssikker og oppdatert informasjonen om Covid-19 bør være formidlet på en måte som gir mening for innvandrere og via informasjonskanaler som de bruker da dette vil kunne forenkle deres etterlevelse av informasjonen. Befolkning med innvandrerbakgrunn henter kunnskap fra forskjellige kilder. Disse kildene er av varierende kvalitet og enkelte kilder kan være direkte misvisende. Innvandrere former sine holdninger ut ifra informasjon de finner og fra egen livserfaring. Derfor er det viktig at myndighetenes informasjon og tiltak er kunnskapsbasert, forankret i den aktuelle samfunnskonteksten og tilpasset til målgruppens sosiokulturelle miljø. Studien viser at en lettforståelig befolkningsinformasjon og et tiltak som er tilrettelagt til målgruppa øker mulighet til vellykket realisering.

### 7.1. Veien videre

Denne studien kan ha bidratt til økt innsikt i hvordan enkelte innvandrere har opplevd informasjon relatert til Covid-19. Enkelte av mine deltakere opplevde at informasjon om Covid-19, som var formidlet fra norske myndigheter, tilvis ikke var tilpasset deres situasjon. Derfor opplevdes informasjon om Covid-19 periodevis som meningsløst for deltakerne mine. Deltakernes nære relasjoner var en viktig bidragsyter i oppklaring av informasjon. Funnene av denne studien viser hvordan mine deltakere har anvendt Covid-19 informasjon under pandemien. Mine funn gir kun et innblikk i hvordan deltakerne har opplevd informasjon relatert til Covid-19, og studiens overførbarhetsverdi til andre studier må derfor tolkes med forsiktighet. Likevel kan det tenkes at kunnskap, som kommer fram i min studie, vil kunne være verdifull å ha ved kommende krisesituasjon. Det kan tenkes at kunnskap om tilpasset informasjon til innvandrere også kan benyttes i andre krisesituasjoner, slik som når man skal ivareta helsebehovene til ukrainske flyktninger. Denne informasjonen må gis på et språk som ukrainere behersker i tillegg til å være tilpasset deres kulturelle forståelse. I startfasen av krigen bestod krigsflyktningene i hovedsak av kvinner og barn, og informasjon må da være tilpasset denne målgruppa (Folkehelseinstituttet, 2022b). Gjennom Covid-19 pandemien har norske myndigheter tilegnet seg kunnskap og kompetanse om hvordan



informasjonsformidlingen kunne vært forbedret. Erfaringer fra pandemien kan tenkes å være overførbare for å ivareta en generell god helsetilstand blant ukrainske flyktninger. Mer forskning på informasjon ved globale helsekriser og deres overføringsverdi vil kunne tenkes å bidra til bedre håndtering av slike situasjoner i fremtiden.

Da jeg utførte litteratursøk opplevde jeg det som utfordrende å finne forskningsartikler på informasjon om Covid-19 til innvandrere og deres helsekompetanse i en norsk kontekst. Det er imidlertid utarbeidet et flertall av rapporter som omhandler Covid-19 og innvandrere i Norge, men disse rapportene nevner i liten grad innvandreres helsekompetanse. I en fremtidig studie kunne det vært interessant å undersøke helsekompetansen blant innvandrere ved gjennomføring av individuelle intervju med bruk av tolk. Som tidligere beskrevet, medfører imidlertid bruk av tolk flere utfordringer tilknyttet tolkens kvalitet og faren for å muligens miste meningsinnhold ved oversettelse og fortolkning av budskap mellom flere parter og på ulike språk. Til tross for økonomiske utgifter ville bruk av kvalitetssikret tolketjeneste i en større studie sannsynligvis bidra til økt innsikt i innvandreres helsekompetanse. Bruk av tolk ville antakeligvis muliggjort at deltakerne kunne ha uttrykket seg mer detaljert på eget morsmål.

Fremtidig forskning kunne blitt utført ved bruk av fokusgruppeintervju da dette kunne muliggjort diskusjon om helsekompetanse i plenum. Det kan tenkes at ved å benytte fokusgruppeintervju ville denne intervjuformen bidratt til å få fram individuelle opplevelser tilknyttet helsekompetanse og deltakernes kollektive helsekompetanse, som muligens ikke ville ha blitt like tydelig belyst dersom man hadde gjennomført individuelle intervju. Fremtidig forskning kan også utføres ved å ha en kvantitativ forskningstilnærming. Kvantitativ forskning om innvandreres helsekompetanse kan inkludere utsendelse av spørreskjema til innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre for å kartlegge eventuelle forskjeller i innhenting, forståelse, vurdering og anvendelse av helseinformasjon. Potensielle deltakere bør i så tilfelle rekrutteres på tvers av alder, kjønn, yrke, utdanningsnivå og fødeland for å kunne sammenligne hvordan mennesker med forskjellig bakgrunn og forutsetninger har erfart helseinformasjon.

Hvis en helseutfordring skal løses på en bærekraftig måte, er det nærliggende å tenke at politiske føringer og befolkning burde ha en felles forståelse av utfordringen i en lokal sammenheng. Denne studien belyser utfordringer knyttet til innvandrerens forståelse av helseinformasjon. Studiens funn peker på hva som kan hemme eller fremme deres forståelse og dermed kan utfylle kunnskapsgrunnlag til politiske føringer, når de skal fatte vedtak som

har betydning for håndtering av folkehelseutfordringer, særlig når det oppstår uforutsatte situasjoner.

## Referanseliste

- Ahmad, R. & Hillman, S. (2021). Laboring to communicate: Use of migrant languages in COVID-19 awareness campaign in Qatar. *Multilingua*, 40(3), 303-337.  
<https://doi.org/10.1515/multi-2020-0119>
- Andreassen, K. K. (2008). *Nye betegnelser om innvandrere* SSB.  
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/nye-betegnelser-om-innvandrere>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen* (A. Sjøbu, Overs.). Gyldendal akademisk. (Opprinnelig utgitt i 1987).
- Araújo, R., Lopes, F., Magalhães, O., Sã, A. & Aguiar, A. (2021). Behavior Guidance during the Covid-19 Pandemic: Health Literacy as a Weapon against the Virus. *Health communication*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/10410236.2021.1956070>
- Arnesen, T. M., Bjørnbæk, M., Brekke, J.-P., Duahle, H., Elgersma, I. H., Eide, H. N., Ezzati, R. T., Fevåg, J., Flatø, M., Fretheim, A., Gawad, M., Gele, A. A., Godøy, A. A., Grøtting, M. W., Hernæs, K. H., Hussaini, L., Kristoffersen, A. B., Labberton, A. S., Lindman, A. E. S., Mohammed, N. S. S., Nordstrøm, C. E. G., Qureshi, S. A., Spilker, R. A. C. S., Strand, B. H., Telle, K. E., Tsige, S. A., Vinjerui, K. H. & Indseth, T. (2021). *Covid-19 blant innvandrere i Norge, vurdering av tiltak og erfaringer fra felt*,

- delrapport 1*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/contentassets/087a4ff0980d41fa9eaa318291e48637/2021-07-05-innvandrere-vurdering-av-tiltak-og-erfaringer-fra-felt.pdf>
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385-405. <https://doi.org/10.1177/146879410100100307>
- Aubert, V. (1972). *Det skjulte samfunn* (B. Alstad, Overs.; 2. utg. revidert av forfatteren. utg.). Pax.
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4th. utg.). Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Bergsaker, M. A. R., Bratsberg, B., Daae, A., Flottorp, S., Forland, F., Furuseth, E., Godøy, A. A., Hart, R. K., Høstmælingen, N., Indseth, T., Knapstad, M., Knudsen, A. K. S., Labberton, A., Nes, R. B., Nilsen, T., Nøkleby, H., Ottersen, T., Reme, B.-A., Rolfheim-Bye, C., Røttingen, J.-A., Raaum, O., Skogen, J. C., Surén, P., Telle, K., Vedaa, Ø., Wörn, J. & Aarø, L. E. (2021). *Folkehelsen etter covid-19. Pandemiens konsekvenser for ulike grupper i befolkningen*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/contentassets/b669d0bbb94943efae9793b33526d415/folkehelserapportens-temautgave-2021---folkehelsen-etter-covid-19.pdf>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: a practical guide for beginners*. Sage.
- Brekke, J.-P. (2021). Informing Hard-to-Reach Immigrant Groups about COVID-19—Reaching the Somali Population in Oslo. *Journal of Refugee Studies*, 35(1), 641-661.  
<https://doi.org/10.1093/jrs/feab053>

- Bryman, A., Becker, S. & Sempik, J. (2008). Quality Criteria for Quantitative, Qualitative and Mixed Methods Research: A View from Social Policy. *International journal of social research methodology*, 11(4), 261-276. <https://doi.org/10.1080/13645570701401644>
- Cairney, P., St Denny, E. & Mitchell, H. (2021). The future of public health policymaking after COVID-19: a qualitative systematic review of lessons from Health in All Policies. *Open Research Europe*, 1(23). <https://doi.org/10.12688/openreseurope.13178.2>
- Carter, S. M. & Little, M. (2007). Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1316-1328. <https://doi.org/10.1177/1049732307306927>
- Castro-Sánchez, E., Chang, P. W. S., Vila-Candel, R., Escobedo, A. A. & Holmes, A. H. (2016). Health literacy and infectious diseases: why does it matter? *International Journal of Infectious Diseases*, 43, 103-110. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2015.12.019>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.; International student. utg.). SAGE.
- Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Research design: qualitative, quantitative & mixed methods approaches* (5th. utg.). Sage.
- CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. WHO. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf)
- Diaz, E. (2021). Covid-19, vaksiner og innvandrere. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 141(2). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0879>
- Diaz, E., Norredam, M., Aradhya, S., Benfield, T., Krasnik, A., Madar, A. A., Juárez, S. & Rostila, M. (2020, 18.desember). *Situational Brief: Migration and Covid-19 in*

- Scandinavian countries*. Lancet Migration. <https://migrationhealth.org/wp-content/uploads/2021/05/lancet-migration-situational-brief-skandinavia-01-en.pdf>
- Eriksson, M. & Mittelmark, M. B. (2017). The Sense of Coherence and Its Measurement. I M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström & G. A. Espnes (Red.), *The Handbook of Salutogenesis* (s. 97-106). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_12)
- Finell, E., Tiilikainen, M., Jasinskaja-Lahti, I., Hasan, N. & Muthana, F. (2021). Lived Experience Related to the COVID-19 Pandemic among Arabic-, Russian- and Somali-Speaking Migrants in Finland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052601>
- Folkehelseinstituttet. (2019, 07.juli). *Sars (Severe Acute Respiratory Syndrome) - veileder for helsepersonell*. <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/sars-og-mers-alvorlige-coronavirusi/>
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Folkehelsen etter covid-19: Pandemiens konsekvenser i ulike grupper i befolkningen*. <https://www.fhi.no/contentassets/b669d0bbb94943efae9793b33526d415/folkehelseportens-temautgave-2021---folkehelsen-etter-covid-19.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2022a, 07.februar). *Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19*. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/?term=&h=1>
- Folkehelseinstituttet. (2022b, 06.april). *Flyktninger fra Ukraina: Informasjon om helse- og smittevern*. <https://www.fhi.no/sv/asylsokeres-helse/flyktninger-fra-ukraina/>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

- Gele, A. A., Pettersen, K. S., Torheim, L. E. & Kumar, B. (2016). Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. *BMC Public Health*, 16(1), Artikkel e 1134. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3790-6>
- Gonzalez, C., Bollinger, B., Yip, J., Pina, L., Roldan, W. & Ruiz, C. N. (2020). Intergenerational Online Health Information Searching and Brokering: Framing Health Literacy as a Family Asset. *Health communication*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1847445>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Green, J. & Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research* (4th. utg.). SAGE.
- Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J. (2019). *Health promotion: planning and strategies* (4th. utg.). Sage.
- Hamadneh, S., Hamadneh, J., Amarin, Z., Kassab, M., Obeidat, R. & Rawashdeh, H. (2021). Knowledge and attitudes regarding Covid-19 among syrian refugee women in Jordan. *International Journal of Clinical Practice*, 75(5), e14021. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ijcp.14021>
- Harris, S. M. & Sandal, G. M. (2021). COVID-19 and psychological distress in Norway: The role of trust in the healthcare system. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(1), 96-103. <https://doi.org/10.1177/1403494820971512>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>
- Helsedirektoratet. (2020). *Covid-19 - samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak - andre rapport*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsokonomisk->

vurdering-av-smitteverntiltak-covid-

19/Samfunns%C3%B8konomisk%20vurdering%20av%20smitteverntiltak%20-%20covid-19%20-%20andre%20rapport.pdf/\_/attachment/inline/7de049fe-b01e-4d5e-986a-4bd5e10408d5:c700b0e98efcd04bb20085e446fb3ab56ef4dbee/Samfunns%C3%B8konomiske%20vurdering%20av%20smitteverntiltak%20-%20covid-19%20-%20andre%20rapport.pdf

Idan, O., Eriksson, M. & Al-Yagon, M. (2017). The Salutogenic Model: The Role of Generalized Resistance Resources. I M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström & G. A. Espnes (Red.), *The Handbook of Salutogenesis* (s. 57-69). Springer International Publishing.

[https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_7)

Indseth, T., Fretheim, A., Ezzati, R. T., Gele, A., Brekke, J.-P., Elgersma, I. H., Godøy, A., Hussaini, L., Sheikh, N. S., Rø, G., Arnesen, T., Bjørbæk, M., Duahle, H., Engebretsen, S., Eide, H., Fevåg, J., Flatø, M., Gawad, M., Grøtting, M. W., Hernæs, K., Kjøllesdal, M., Kour, P., Kristoffersen, A. B., Labberton, A., Lindman, A. S., Methi, F., Nordström, C., Qureshi, S., Spilker, R. S., Strand, B. H., Tsige, S. A., Vinjerui, K. H., Vold, L. & Telle, K. (2021). *Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/koronapandemien-og-innvandrerbefolkningene-vurderinger-og-erfaringer-rapport-2021.pdf>

Indseth, T., Godøy, A. A., Kjøllesdal, M. K. R., Arnesen, T. M., Jacobsen, C. C., Vinjerui, K. H. & Telle, K. E. (2021). *Covid-19 etter fødeland fra mars 2020 til februar 2021*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/covid-19-etter-fodeland-fra-mars-2020-til-februar-2021-rapport-2021.pdf>

- Joffe, H. & Yardley, L. (2004). Content and thematic analysis. I D. F. Marks & L. Yardley (Red.), *Research methods for clinical and health psychology* (s. 56-68). Sage.
- Kaplan, A. (1964). *The conduct of inquiry: methodology for behavioral science*. Chandler.
- Khan, S., Asif, A. & Jaffery, A. E. (2020). Language in a Time of COVID-19: Literacy Bias Ethnic Minorities Face During COVID-19 from Online Information in the UK. *Journal of racial and ethnic health disparities*. <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00883-8>
- Knights, F., Carter, J., Deal, A., Crawshaw, A. F., Hayward, S. E., Jones, L. & Hargreaves, S. (2021). Impact of COVID-19 on migrants' access to primary care and implications for vaccine roll-out: a national qualitative study. *British Journal of General Practice*, 71(709), E583-E595. <https://doi.org/10.3399/bjgp.2021.0028>
- Korstjens, I. & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*, 24(1), 120-124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
- Kostareva, U., Albright, C. L., Berens, E.-M., Polansky, P., Kadish, D. E., Ivanov, L. L. & Sentell, T. L. (2021). A Multilingual Integrative Review of Health Literacy in Former Soviet Union, Russian-Speaking Immigrants. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 657. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020657>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S. & Guttersrud, Ø. (2021a). *Befolkningens helsekompetanse, del I: The International health literacy population survey 2019-2021 (HSL19) - et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHII (IS-*



2959). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/\\_/attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-24e57de16f2d:646b6f5ddafac96eef5f5ad602aeb1bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/_/attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-24e57de16f2d:646b6f5ddafac96eef5f5ad602aeb1bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf)

Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S. & Guttersrud, Ø. (2021b). *Befolkningens helsekompetanse, del II: Helsekompetansen i fem utvalgte innvandrerepopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam*. (IS-2988). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20del%20II%20-%20Helsekompetansen%20i%20fem%20utvalgte%20innvandrerepopulasjoner%20i%20Norge.pdf/\\_/attachment/inline/10dec1b9-0d63-4746-ac27-041ed77238d0:372387142688ef9e57d78ba0f9b4a2f708f40746/Befolkningens%20helsekompetanse%20del%20II%20-%20Helsekompetansen%20i%20fem%20utvalgte%20innvandrerepopulasjoner%20i%20Norge.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20del%20II%20-%20Helsekompetansen%20i%20fem%20utvalgte%20innvandrerepopulasjoner%20i%20Norge.pdf/_/attachment/inline/10dec1b9-0d63-4746-ac27-041ed77238d0:372387142688ef9e57d78ba0f9b4a2f708f40746/Befolkningens%20helsekompetanse%20del%20II%20-%20Helsekompetansen%20i%20fem%20utvalgte%20innvandrerepopulasjoner%20i%20Norge.pdf)

Likestillings- og diskrimineringsloven. (2017). *Lov om likestilling og forbud mot diskriminering* (LOV-2017-06-16-51). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51/>

Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.

Lindström, B. & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 440-442. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.034777>

Lupieri, S. (2021). Refugee Health During the Covid-19 Pandemic: A Review of Global Policy Responses. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 1373-1378.

<https://doi.org/10.2147/RMHP.S259680>

- Magnus, P. & Bakketeig, L. S. (2013). *Epidemiologi* (4. utg.). Gyldendal akademisk.
- Marks, D. F. & Yardley, L. (2004). Introduction to research methods in clinical and health psychology. I D. F. Marks & L. Yardley (Red.), *Research methods for clinical and health psychology* (s. 1-20). Sage.
- Mittelmark, M. B. & Bauer, G. F. (2017). The Meanings of Salutogenesis. I M. B. Mittelmark, G. F. Bauer, M. Eriksson, G. A. Espnes, B. Lindström, J. M. Pelikan & S. Sagy (Red.), *The Handbook of Salutogenesis* (s. 7-13). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Mittelmark, M. B., Bull, T., Daniel, M. & Urke, H. (2017). Specific Resistance Resources in the Salutogenic Model of Health. I M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström & G. A. Espnes (Red.), *The Handbook of Salutogenesis* (s. 71-76). Springer. [https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6\\_8](https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_8)
- Neuman, W. L. (2014). *Social research methods: qualitative and quantitative approaches* (7th ed.; Pearson new international edition. utg.). Pearson.
- Nezafat Maldonado, B. M., Collins, J., Blundell, H. J. & Singh, L. (2020). Engaging the vulnerable: A rapid review of public health communication aimed at migrants during the COVID-19 pandemic in Europe. *Journal of Migration and Health*, 1-2, Artikkel e100004. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2020.100004>
- NOU 2021: 6. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien: Rapport fra Koronakommisjonen*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/5d388acc92064389b2a4e1a449c5865e/nou/pdfs/nou202120210006000dddpdfs.pdf>

- NOU 2022: 5. (2022). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien - del 2*.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d0b61f6e1d1b40d1bb92ff9d9b60793d/no/pdfs/nou202220220005000dddpdfs.pdf>
- NSD. (u.å.). *Om NSD - Norsk senter for forskningsdata*. <https://www.nsd.no/om-nsd-norsk-senter-for-forskningsdata/>
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D., Harris, E. & Wise, M. (2010). *Theory in a nutshell: A practical guide to health promotion theories* (3. utg.). McGraw-Hill.
- Olander, E., Ringsberg, K. C. & Tillgren, P. (2020). Health literacy - ett dynamiskt begrepp. I K. C. Ringsberg, E. Olander & P. Tillgren (Red.), *Health literacy: teori och praktik i hälsofrämjande arbete* (2. utg., s. 51-76). Studentlitteratur.
- Papillon. (u.å.). *Flerspråklig informasjon om testing, isolasjon og nærkontakt*.  
<https://papillonbergen.no/flerspraklige-informasjon-om-testing-isolasjon-og-naerkontakter-2/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd. utg.). Sage.
- Paul, E., Steptoe, A. & Fancourt, D. (2021). Attitudes towards vaccines and intention to vaccinate against COVID-19: Implications for public health communications. *Lancet Regional Health Europe*, 1, 100012-100012.  
<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2020.100012>

- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (9th. utg.). Wolters Kluwer.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Priebe Rocha, L., Rose, R., Hoch, A., Soares, C., Fernandes, A., Galvão, H. & Allen, J. D. (2021). The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Brazilian Immigrant Community in the U.S: Results from a Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3355.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18073355>
- Punch, K. F. (2014). *Introduction to social research : quantitative & qualitative approaches* (3rd. utg.). Sage.
- Robson, C. (2002). *Real world research: a resource for social scientists and practitioner-researchers* (2nd. utg.). Blackwell Publishing.
- Saboga-Nunes, L. (2017). Perspectives on Salutogenesis of Scholars Writing in Portuguese. I M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström & G. A. Espnes (Red.), *The Handbook of Salutogenesis* (s. 415-421). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6\\_46](https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_46)
- Sianturi, E., Perwitasari, D. A., Soltief, S. N., Islam, M. A., Geboers, B. & Taxis, K. (2021). Health literacy of people living with HIV in a rural area in Indonesia: A cross-sectional study. *Health and Social Care in Community*, 29(1), 127-134.  
<https://doi.org/10.1111/hsc.13075>
- Sieber, J. E. (1992). Strategies for Assuring Confidentiality. I *Planning Ethically Responsible Research* (s. 52-63). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412985406>
- Silverman, D. (2017). *Doing qualitative research* (Fifth. utg.). SAGE.

- Skogheim, R., Orderud, G. & Ruud, M. E. (2020). *Informasjon og tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen i forbindelse med Covid-19 Delrapport 1* (NIBR-rapport 2020:28). By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet – storbyuniversitetet. <https://www.imdi.no/contentassets/7a6fbfad408a40e5866d05496c3f15f2/nibr-covid-19-delrapport-1.pdf>
- Skogheim, R., Orderud, G., Ruud, M. E. & Søholt, S. (2020). *Informasjon og tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen i forbindelse med Covid-19. Delrapport 2* (NIBR-rapport 2020:27). NIBR & OsloMet. <https://www.imdi.no/contentassets/8b229081565a4a53be2b428726d9fb77/nibr-delrapport-2-covid-19.pdf>
- Skovdal, M. & Cornish, F. (2015). *Qualitative research for development: a guide for practitioners*. Practical Action Publishing.
- Sletteland, N. (2014). *Helsekommunikasjon og digitale medier*. Gyldendal akademisk.
- SSB. (2022). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre* <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrer/statistikk/innvandrer-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>
- Sørensen, K. & Brand, H. (2014). Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary. *Health Promotion International*, 29(4), 634-644. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat013>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Broucke, S. v. d. & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

- Sørensen, K. & Wångdahl, J. (2019). International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan. I O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Red.), *International Handbook of Health Literacy : Research, practice and policy across the lifespan* (s. 199-214). Policy Press.  
<http://library.oapen.org/handle/20.500.12657/24879>
- Tagliacozzo, S., Albrecht, F. & Ganapati, N. E. (2021). International Perspectives on COVID-19 Communication Ecologies: Public Health Agencies' Online Communication in Italy, Sweden, and the United States. *American Behavioral Scientist*, 65(7), 934-955.  
<https://doi.org/10.1177/0002764221992832>
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2011). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Tolkeloven. (2021). *Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv* (LOV-2021-06-11-79). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-11-79>
- Tong, A., Flemming, K., McInnes, E., Oliver, S. & Craig, J. (2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology*, 12(1), Artikkel e181. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-181>
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative inquiry*, 16(10), 837-851.  
<https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- UiB. (2019, 01.oktober). *Krav om registrering av prosjektet ditt i RETTE*.  
<https://www.uib.no/personvern/128207/krav-om-registrering-av-prosjektet-ditt-i-rette#hvilke-prosjekter-kan-unntas-fra-rdf-ringsplikt->

UiB. (2022, 8.april). *SAFE (sikker adgang til forskningsdata og e-infrastruktur)*.

<https://www.uib.no/safe>

Van Scoy, L. J., Miller, E. L., Snyder, B., Wasserman, E., Chinchilli, V. M., Zgierska, A. E.,

Rabago, D., Lennon, C. L., Lipnick, D., Toyobo, O., Ruffin, M. T. & Lennon, R. P.

(2021). Knowledge, Perceptions, and Preferred Information Sources Related to

COVID-19 Among Central Pennsylvania Adults Early in the Pandemic: A Mixed

Methods Cross-Sectional Survey. *Annals of Family Medicine*, 19(4), 293-301.

<https://doi.org/10.1370/afm.2674>

von Lindern, E., Lymeus, F. & Hartig, T. (2017). A Complementary Concept for

Salutogenesis Studies. I M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M.

Pelikan, B. Lindström & G. A. Espnes (Red.), *The Handbook of Salutogenesis* (s. 181-

195). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6\\_19](https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_19)

WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*

[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)

WHO. (1988). *The Adelaide recommendations*.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59559/WHO\\_HPR\\_HEP\\_95.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59559/WHO_HPR_HEP_95.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

WHO. (2020, 11 March 2020). *WHO Director-General`s opening remarks at the media*

*briefing on COVID-19 - 11 March 2020*. [https://www.who.int/director-](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020)

[general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020)

[briefing-on-covid-19---11-march-2020](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020)

WHO. (2022). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/>

Zlotnick, C., Dryjanska, L. & Suckerman, S. (2021). Health literacy, resilience and perceived

stress of migrants in Israel during the COVID-19 pandemic. *Psychology & health*, 1-

17. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1921177>

Øverland, S. N., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V. F. & Tollånes, M.

C. (2018). *Sykdomsbyrden i Norge i 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016)*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016.pdf>

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Intervjuguide

## Intervjuguide

- Gi kortfattet informasjon om studien
- Dobbeltsjekke om informanten har underskrevet samtykkeskjema for deltakelse i intervju

### **Bakgrunn**

Først ønsker jeg å høre litt om deg. Kunne du fortalt meg litt om deg selv?

- Hvor gammel er du?
- I hvilket land ble du født?
- Har du en jobb, og i så fall, hva arbeider du med?
- Går du på skole, og hva er ditt høyeste utdanningsnivå?

### **Generell erfaring med informasjon om korona**

Kan du fortelle hvordan du har opplevd informasjon om korona?

- Hvordan har du fått informasjon om korona?



- Har informasjon om korona vært lett å forstå, hvis ikke, hva har vært utfordrende med å forstå denne informasjonen?
- Har dine meninger om koronainformasjon endret seg gjennom pandemien? Utdyp

### **Informasjonsformidling**

Har du opplevd at informasjon om korona var lett å finne? Utdyp

- Har informasjon om korona vært tilgjengelig på ditt morsmål? Hvis ikke, ville informasjon om korona på ditt morsmål vært enklere å forstå? Hvordan?
- Hva mener du er den beste måten å få koronainformasjon på?
- Hvordan har informasjon om koronavaksine blitt formidlet? Fortell
- Hvordan synes du informasjon om koronapass/koronasertifikat har blitt formidlet? Hva synes du om innføring av koronapass/koronasertifikat?

### **Ulike typer informasjonskilder**

Hvilke koronainformasjonskilder har du brukt, og hvorfor?

- Hvordan har du opplevd forskjeller mellom lokale og nasjonale koronaregler og - anbefalinger?
- Har du holdt deg oppdatert på gjeldende smittevernregler, og hvordan har du opplevd formidling av endrede smittevernstiltak?
- Har du vært kritisk til informasjon eller informasjonskilder i forbindelse med Covid-19? Fortell

### **Tilgang til beskyttelse**

Kan du si noe om din mulighet til å følge smittevernregler og anbefalinger?

- Hvordan har din tilgang til beskyttelse (f.eks. munnbind og antibac) vært under pandemien? Begrunn
- Har det vært mulig for deg å overholde avstand til andre i hverdagen? Fortell

### **Avslutning**

- Har du noe mer du ønsker å tilføye?

Vedlegg 2: Intervjuguide (engelsk versjon)

## **Interview Guide**

- Provide brief information about the study
- Check whether the informant has given her/his informed consent to participate in the interview

### **Background**

Before we get started, I would like to know a few things about you. Would you please tell me a little bit about yourself?

- How old are you?
- In which country were you born?
- Do you have a job, and if so, what do you do?
- Are you currently a student, and what is your highest level of education?

### **General experience of information regarding corona**

Can you tell me about your experience regarding Covid-19 information?

- How have you obtained information regarding corona?

- Has information regarding corona been easy to understand? If not, what has been challenging to understand?
- Has your opinion towards information regarding corona changed during the pandemic? Please elaborate

### **Information Sharing**

Has information regarding corona been easy to find? Please elaborate

- Has information regarding corona been available in your native tongue? Would it have made a difference, for you, if corona information was available in your native tongue? Why?
- In your opinion, what is the best way to get information regarding corona?
- How has information regarding Covid-19 vaccination been communicated? Please elaborate
- How has information regarding Covid-19 certificate been communicated? What are your thoughts about the use of Covid-19 certificate?

### **Different types of information sources**

Which type of information sources regarding corona have you been using? Why?

- Is there, in your opinion, differences between rules and recommendations given at a local level in relation to those given at a national level?
- Have you kept yourself updated on infection control rules? How have changes in infection control rules and recommendations been communicated?
- Have you been critical to any information or information source given regarding corona? Please elaborate

### **Access to protection**

What are your thoughts about the infection control measures? Have they been effective? Please elaborate

- How has your access to protection against corona, for instance face masks and hand sanitizers, been during the pandemic? Please elaborate
- Has it been possible to maintain social distance to others in your daily life? Please elaborate

## **The end**

- Do you have anything more you would like to add?

## Vedlegg 3: Informasjonsskriv

### **Invitasjon til deltakelse i forskningsprosjekt**

Jeg heter Ida Kudra, og skal skrive masteroppgave om informasjon relatert til Covid-19 blant innvandrere (tidligere kalt førstegenerasjonsinnvandrere) i en by på Vestlandet. Derfor vil jeg høre om din opplevelse og erfaring av hvordan informasjon om Covid-19 har blitt formidlet.

#### **Formål**

Denne studien handler om innvandrere (førstegenerasjonsinnvandrere) sine erfaringer og opplevelser knyttet til koronainformasjon. Dette forskningsprosjektet er min masteroppgave tilknyttet studie Helsefremmende arbeid og helsepsykologi ved Universitetet i Bergen.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL) ved det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får denne invitasjonen om å bli med i forskning fordi din bakgrunn kan gi økt og bedre forståelse av hvordan innvandrere (førstegenerasjonsinnvandrere) i en by på Vestlandet har forstått informasjon i en krisesituasjon. Du blir spurt om å delta fordi du oppholder deg i en kommune på Vestlandet og er innvandrer (førstegenerasjonsinnvandrer). Hvis du deltar i studien, hjelper du med å gi mer kunnskap om pandemien. Din mening vil også gi mer kunnskap som vil være nyttig i fremtidige krisesituasjoner. Norge er et flerkulturelt samfunn, og derfor er din opplevelse viktig for innhenting av ny kunnskap.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Dersom du ønsker å delta i dette forskningsprosjektet vil det bety at du blir intervjuet av meg. Intervjuets varer i ca. én time, og kan gjennomføres fysisk eller digitalt. Under intervjuet ønsker jeg, med din godkjenning, å bruke lydopptakere eller eventuelt videoopptak. Dersom du vil, kan du ha avslått kamera under eventuelt videoopptak. Opptakene oppbevares på en sikker server på universitetet, og det vil kun være meg og veileder som har tilgang til disse. Opptakene vil gjøre det enklere for meg å få fram meninger om koronainformasjon. Opplysninger om deg og din bakgrunn vil ikke kunne spores tilbake til deg, og ingen vil få vite hva akkurat du tenker eller mener om koronainformasjon. Opptakene slettes etter at de har blitt skrevet ned. Med unntak av tidsbruken, vil deltakelse i studien ikke ha noen risiko eller ulemper for deg. Det er ingen spesielle fordeler med å være med i studien, men din deltakelse er viktig for mer kunnskap om hvordan man skal takle fremtidig kriser, der dine erfaringer og synspunkter vil være av stor betydning.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke deg, uten å si hvorfor du eventuelt ønsker å trekke deg. Alle opplysninger du har delt vil bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Hvis du, når som helst, velger å trekke deg vil informasjon som du har delt bli

slettet, og ikke brukt i studien. Dersom du ønsker å delta, skriver du under på samtykkeerklæringen nedenfor.

## **Dine rettigheter**

Så lenge du kan gjenkjennes i datamaterialet, har du rett til å:

- Få vite hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- Få rettet personopplysninger om deg
- Få slettet personopplysninger om deg
- Få en kopi av dine personopplysninger

## **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Ved eventuelle spørsmål angående studien, ta kontakt med:

- Ida Kudra (masterstudent/prosjektmedarbeider) på telefon 48288296 eller på e-post: [iku007@uib.no](mailto:iku007@uib.no)
- Førsteamanuensis Fungisai Gwanzura Ottemöller (prosjektansvarlig/veileder) på e-post: [fungi.ottemoller@uib.no](mailto:fungi.ottemoller@uib.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på telefon: 55 58 21 17 eller på e-post: [personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)

Med vennlig hilsen

Ida Kudra

(Masterstudent)

Fungisai Gwanzura Ottemöller

(Førsteamanuensis/veileder)

## **Samtykkeerklæring**

Jeg bekrefter at jeg har fått og forstått informasjon om prosjektet «Informasjon om Covid-19 formidlet til innvandrere». Jeg har hatt mulighet til å stille eventuelle spørsmål jeg hadde som har med studien å gjøre, og vet hva min deltakelse i intervju går ut på.

-----  
Dato og sted

Informantens signatur

Vedlegg 4: Informasjonsskriv (engelsk versjon)

### **Invitation to research project**

My name is Ida Kudra, and I'm writing my master`s thesis about information regarding Covid-19 among immigrants (first-generation immigrants) in a municipality in Western Norway. That is why I want to know how you have experienced information regarding Covid-19.

### **Purpose of the study**

This study is about immigrants (first-generation immigrants) and their experiences related to Covid-19 information. This research project is my master`s thesis and is a part of my master program named "Health Promotion and Health Psychology" at the University of Bergen.

### **Who is responsible for the research project?**

Department of Health promotion and Development, Faculty of Psychology at University of Bergen

### **Why have you received a question to participate in the study?**

You have received this invitation to join the research because you live in a municipality in Western Norway and your knowledge and background can provide increased and better understanding of how immigrants (first-generation immigrants) in a municipality in Western Norway have perceived information during the Covid-19 pandemic. If you participate in the study, you will be helping to handle the pandemic in a better way. Norway is increasingly a multicultural society, and therefore your experience is important for acquiring new knowledge. Your opinion will also provide more knowledge that will be useful in future crisis situations.

### **What does it mean for you to participate?**

If you want to participate in the research project, it will mean that you will be interviewed by me. The interview lasts for about 1 hour, and the interview can be done physical or digital. If it is okay by you, I would like to do a recording of the interview. If you prefer to do the interview digital, you can have your camera turned off. The recording will be saved through a safe server connected to the University, and there is only me and my supervisor that will have access to the recordings. The entire process of data processing is done in accordance with privacy laws and is approved by Norwegian privacy authorities. The recordings would make it easier for me to capture your opinions regarding Covid-19 information. The recordings will be deleted after they are written down. Information you have shared with me will be anonymized. Information about you and your background will not be traceable back to you, and no one will know exactly what you think or feel about corona information. Participation in the interview would not have any negative consequences for you, except the time conception it takes to do the interview. Your experiences and opinions regarding Covid-19 information are valuable and would be useful for how to handle a future crisis but participating in the interview does not come with any particular benefits for you.

### **Participation is voluntarily**



Participations is voluntarily. If you decide to withdraw from the study you don't need to have a specific reason and can at all times decide to leave the study. Everything you say will be anonymized. Participating will not have any negative consequences for you if you do decide to leave the study at any point. If you withdraw from the study every information you have decided to share under the interview will be deleted and not used in the study. If you want to participate, I kindly ask you to sign this paper below.

### **Where can I find more information?**

If you have any questions, you can contact:

- Ida Kudra (master student) phone number 48288296 or e-mail: [iku007@uib.no](mailto:iku007@uib.no)
- Associate professor Fungisai Gwanzura Ottemöller (supervisor) e-mail: [fungi.ottemoller@uib.no](mailto:fungi.ottemoller@uib.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS (provided ethical clearance), phone number: 55 58 21 17 or e-mail: [personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)

Kind regards

Ida Kudra

(Master student)

Fungisai Gwanzura Ottemöller

(Supervisor)

---

### **Statement of consent**

I confirm that I have received and understood what the research project “information regarding Covid-19” is about. I have had the opportunity to ask questions about the study, and I know what the interview is about.

---

Date and place

Signature

Vedlegg 5: Etisk godkjenning fra NSD

## **NSD sin vurdering**

Skriv ut

### **Prosjekttittel**

Informasjon om Covid-19 formidlet til innvandrere

### **Referansenummer**

579710

### **Registrert**

18.08.2021 av Ida Kudra - Ida.Kudra@student.uib.no

### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Bergen / Det psykologiske fakultet / Hemil-senteret

### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Fungisai Gwanzura Ottemöller, fungi.ottemoller@uib.no, tlf: 55583134

### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

## **Kontaktinformasjon, student**

Ida Kudra, iku007@uib.no, tlf: 48288296

## **Prosjektperiode**

17.09.2021 - 01.06.2022

## **Status**

02.09.2021 - Vurdert

## **Vurdering (1)**

### **02.09.2021 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 02.09.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG. Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet. Om prosjektansvarlig ikke svarer på invitasjonen innen en uke må han/hun inviteres på nytt. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.06.2022. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). Vi minner om at hvis en

registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Zoom og Teams er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Kontaktperson hos NSD: Markus Celiussen Lykke til med prosjektet!