

UNIVERSITETET FOR MILJØ- OG BIOVITENSKAP





## FORORD

Jeg valgte denne oppgaven fordi jeg er interessert i minoritetskulturer, har erfaring med helsetiltak, og hadde ønske om å utvide min kunnskap om empowerment og helse hos personer med innvandrerbakgrunn.

Å jobbe med denne studien har vært givende og lærerikt. Jeg er takknemlig for å ha hatt mulighet til å møte nye og flotte mennesker og til å fordype meg i tema som er komplekse, men interessante.

Først vil jeg få takke samtlige av informantene for deres vennlighet og imøtekommelse. Og en stor takk til hovedveileder, førsteamanuensis Ruth Kjærsti Raanaas ved Institutt for Landskapsplanlegging (ILP) ved Universitetet for miljø- og biovitenskap (UMB) for god veiledning og til hjelp med å få alle brikker på plass.

Dernest vil jeg sende en stor takk til min faglige veileder, seniorforsker ved Norsk Institutt for Velferd, Oppvekst og Aldring (NOVA), Marianne Takle for hennes inspirasjon og faglige støtte. Til slutt vil jeg vil få takke samboeren min Bernt Magne for støtte og oppmuntring.

13. Mai 2013

Christine Heni

## SAMMENDRAG

**Formål:** Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan innvandrersorganisasjoner fungerer i arbeidet med å bedre helse i befolkningen med innvandrerbakgrunn i lys av teori for empowerment utviklet av Mann Hyung Hur (2006).

**Bakgrunn:** Den ikke-vestlige befolkningen med innvandrerbakgrunn i Norge er en heterogen gruppe og har store kulturelle forskjeller fra den etniske majoritetskulturen. På bakgrunn av dette har det norske helsetjenestetilbudet store utfordringer med å gi gruppen et effektivt og godt tilbud, og myndighetene ser på innvandrersorganisasjoner som viktige støttespillere i arbeid med å styrke helsen til innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn (St.meld. nr. 6 (2012-2013)). Myndighetene støtter innvandrersorganisasjoner med tilskudd for å stimulere til tiltak som bidrar til og utjevne sosiale forskjeller og bedre integrasjon. Det er imidlertid fremdeles for lite kunnskap om hvordan disse organisasjonene påvirker helse hos innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Hur (2006) har utviklet en empowermentteori som kan brukes til å forstå utvikling av empowerment i organisasjoner.

**Metode:** Ved dokumentanalyse og semistrukturerte intervju av organisasjonsledere undersøkte jeg 9 organisasjoner som fikk tilskudd til å gjennomføre egendefinerte helsetiltak i Oslo i 2011. Helsetiltak og organisasjonsarbeid er vurdert i forhold til personlig, kollektiv og overordnet empowermentprosess. Faktorene mening, kompetanse, selvbestemmelse, innflytelse, kollektiv tilhørighet, samfunnsdeltakelse, kontroll over organisasjoner i lokalsamfunnet og samfunnsbygging undersøkes.

**Funn:** Studien viser at det er stor variasjon i henholdt til hvor organisasjonene befinner seg i empowermentprosessen. Det er flere faktorer som kan ha påvirket til dette. Ledernes kompetanse og innflytelse syntes å ha hatt betydning for organisasjonsarbeidet. Organisasjonenes ressurser viste seg å ha betydning for organisasjonens samfunnsdeltakelse og kontroll over organisasjoner i lokalsamfunnet. Studien finner behov for å se nærmere på hvilke mekanismer som kan bedre ressurstilgang og kontroll i organisasjoner i lokalsamfunnet for å utjevne den store forskjellen mellom de. Å se nærmere på hvordan ledere ser for seg at samarbeid med myndigheter kan fungere, samt å se på betydning av organisasjonsskolering for organisasjonsutvikling anbefales for fremtidige studier.

## **ABSTRACT**

**Purpose:** The purpose of the study is to examine how immigrant organizations operate in efforts to improve public health with an immigrant background in the light of the theory of empowerment developed by Mann Hyung Hur (2006).

**Background:** The non-Western immigrant population in Norway is a heterogeneous group with major cultural differences from the ethnic majority culture. On this basis, the Norwegian health service provision challenges to give the group an effective service, and the government looks at immigrant organizations as supporters of efforts to strengthen the health of the population with immigrant background (White paper No. 6 (2012-2013) ). The government support immigrant organizations with grants to encourage initiatives that contribute to and reduce social inequalities and better integration. However, there is still too little knowledge about how these organizations operate. Hur (2006) have developed a theory on empowerment that can be used to understand the development of empowerment in organizations.

**Method:** By the analysis of documents and semi structured interviews of organizational leaders, I examined nine organizations that received grants to implement health measures in Oslo in 2011. Health measures and the organizational work are considered in terms of personal, group and overall empowerment process. The factors meaning, competence, self determination, impact, collective belonging, involvement in the community, control over organizations in the community, and building society are examined.

**Findings:** The study shows that there is considerable variation according to where organizations are in process of empowerment. There are several factors that may have influenced this.

Managers' competence and impact seemed to have affected the organizational work.

Organizations' resources proved to be important for the organization's involvement in the community and control over organizations in the community. The study finds a need to examine the mechanisms that can improve access to resources and increase control in organizations in the community. To examine the leaders view on how cooperation with authorities could work and to examine the meaning of organizational training on the way to develop effective organizations are recommended for future studies.

# INNHold

<b>1. INNLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>2. BAKGRUNN</b>	<b>3</b>
<b>2.1 Empowerment på politisk dagsorden</b>	<b>3</b>
2.1.1 Verdens helseorganisasjon (WHO)	3
2.1.2 Empowermentbegrepet og empowerment i norsk politikk	3
2.1.3 St. meld nr. 20 (2006-2007), Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller	3
2.1.4 St.meld. nr. 39 (2006-2007), Frivillighet for alle	4
2.1.5 St. meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen	4
2.1.6 St. meld. nr. 6 (2012-2013), En helhetlig integreringspolitikk: Mangfold og fellesskap	5
2.1.7 Kontaktutvalget mellom innvandrerbefolkningen og myndighetene (KIM)	5
<b>2.2 Personer med innvandrerbakgrunn i Norge og Oslo</b>	<b>5</b>
<b>2.3 Innvandrerorganisasjoner i Norge og Oslo</b>	<b>6</b>
<b>2.4 Frivillig arbeid og barrierer for deltakelse</b>	<b>7</b>
<b>2.5 Utdanning, arbeid og helsetjeneste</b>	<b>9</b>
<b>2.6 Helseutfordringer blant grupper med innvandrerbakgrunn i Norge</b>	<b>12</b>
2.6.1 Personer med innvandrerbakgrunn- en heterogen gruppe	12
2.6.2 Livsstil og kosthold	13
2.6.3 Mental Helse	15
2.6.4 Reproduktiv helse	15
2.6.5 Infeksjonssykdommer	16
<b>3. TEORI</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Bakgrunn for empowermentbegrepet</b>	<b>17</b>
<b>3.2 Overordnet empowermentprosess (veien til empowerment)</b>	<b>19</b>
<b>3.3 Empowerment i organisasjoner (kollektiv empowerment)</b>	<b>21</b>
<b>3.4 Empowerment hos leder (personlig empowerment)</b>	<b>21</b>
<b>4. FORMÅL OG FORSKNINGSSPØRSMÅL</b>	<b>23</b>
<b>5. METODE</b>	<b>25</b>
<b>5.1 Design</b>	<b>25</b>
<b>5.2 Utvalg av organisasjoner</b>	<b>25</b>
<b>5.3 Dokumentanalyse</b>	<b>26</b>
5.3.1 Bakgrunn for valg av dokumentanalyse	26
5.3.2 Liste over dokumenter jeg har brukt	26
5.3.3 Fremgangsmåte for dokumentanalysen	27
<b>5.4 Kvalitativt semistrukturert intervju</b>	<b>28</b>
5.4.1 Avgrensning av utvalg	28
5.4.2 Hvem er informantene	29
5.4.3 Begrunnelse for bruk av kvalitativt intervju	29
5.4.4 Intervjuguide og forberedelse til intervju	29
5.4.5 Intervjusituasjonen	32
5.4.6 Lydopptak	32
5.4.7 Transkripsjon	33
5.4.8 Etikk	33
5.4.9 Analyse i kvalitativ forskning	34
5.4.10 Analyse av intervju	35
<b>6. RESULTAT</b>	<b>36</b>
<b>6.1 Analyse av dokumenter</b>	<b>36</b>
6.1.1 Beskrivelse av dokumentene	36
6.1.2. Bruk av informasjon fra dokumentene i forberedelse og verifisering av intervju	37
6.1.3. Presentasjon av organisasjoner, medlemmer og ledere	38
<b>6.2 Analyse av helsetiltakene med empiri fra søknadsdokumentene</b>	<b>39</b>

<b>6.3 Personlig empowerment på bakgrunn av søknadene</b>	<b>40</b>
6.3.1 Mening	41
6.3.2 Kompetanse	41
6.3.3 Selvbestemmelse	41
6.3.4 Innflytelse	42
<b>6.4 Kollektiv empowerment på bakgrunn av søknadene</b>	<b>42</b>
6.4.1 Kollektiv tilhørighet	42
6.4.2 Samfunnsdeltakelse	43
6.4.3 Kontroll over organisasjoner i lokalsamfunnet	44
6.4.4 Samfunnsbyggingen	44
<b>6.5 Analyse av intervjuene</b>	<b>45</b>
6.5.1 Personlig empowerment på bakgrunn av intervju	45
6.5.1.1 Mening	45
6.5.1.2 Kompetanse	45
6.5.1.3 Selvbestemmelse	48
6.5.1.4 Innflytelse	49
6.5.2 Kollektiv empowerment på bakgrunn av intervju	51
6.5.2.1 Kollektiv tilhørighet (• Felles språk • Kjønnroller)	51
6.5.2.2 Samfunnsdeltakelse (• Ordinært arbeid • Helsetiltak • Fysisk, psykisk og sosial helse • Tilskudd • Strukturelle virkemidler • Lik kulturell bakgrunn)	55
6.5.2.3 Kontroll over organisasjoner i lokalsamfunnet (• Samarbeid • Politisk påvirkningsarbeid • Begrenset kapasitet)	65
6.5.2.4 Samfunnsbyggingen	68
<b>7. DRØFTING AV EMPIRISKE FUNN</b>	<b>70</b>
<b>7.1 Personlig empowerment</b>	<b>70</b>
7.1.1 Mening	70
7.1.2 Kompetanse	72
7.1.3 Selvbestemmelse	74
7.1.4 Innflytelse	75
<b>7.2 Kollektiv empowerment</b>	<b>77</b>
7.2.1 Kollektiv tilhørighet	77
7.2.2 Samfunnsdeltakelse	80
7.2.3 Kontroll over organisasjoner i lokalsamfunnet	82
7.2.4 Samfunnsbyggingen	83
<b>7.3 Metodekritikk</b>	<b>84</b>
7.3.1 Design	85
7.3.2 Deskriptiv validitet	86
7.3.3 Fortolkende validitet	88
7.3.4 Teoretisk validitet	90
7.3.5 Overførbarhet	91
7.3.6 Pragmatisk validitet	92
<b>8. KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE</b>	<b>94</b>
<b>KILDELISTE</b>	<b>95</b>
<b>VEDLEGG 1-3</b>	<b>102</b>

# 1. INNLEDNING

Selv om det siden den moderne innvandringens begynnelse i Norge på 70-tallet har vært forsøkt å tilrettelegge ulike helsetiltak for innvandre og norskfødte med innvandrerforeldre, har det vært vanskelig å skape gode og effektive tiltak (Abebe 2010). Med et økende antall innvandrere i Norge er situasjonen blitt en stor utfordring for det norske helsevesenet (Abebe 2010, Helsedirektoratet 2009). Dette har resultert i at helsevesenet anklages for at helseinvesteringer gir for liten avkastning eller at de ikke yter god nok jobb (Spilker et al. 2009, Abebe 2010). Et tiltak for å bedre helse og integrering til innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre de seinere årene har vært å satse på et mer fleksibelt samarbeid med frivillige innvandrerorganisasjoner (Hagelund & Loga 2009, St.meld. nr. 47 (2008-2009), St.meld. nr. 6 (2012-2013)).

I Oslo kommune brukes det virkemiddel i form av tilskuddsmidler fra regjeringen for å stimulere til betydningsfullt frivillig arbeid i lokale innvandrerorganisasjoner og nettverk. Av de 283 registrerte lokale innvandrerorganisasjonene i Oslo, mottok 209 organisasjoner finansiell støtte fra støtteordningene i 2011 (Takle 2012a). Støtten har gitt organisasjonene mulighet for tiltak innen arbeidskvalifisering, kvinnesaker, integrering innen friluftsliv og mye annet. Flere har også engasjert seg i arbeid om helse, og selv fått mulighet til å utforme og gjennomføre tiltak for helse som er utenom det offentlige, NAV, helsesentre, sykehus osv (EMI 2011b,c).

Mange innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre har ulik kultur, tro, forventninger og forbindelse til det offentlige helsevesenet enn nordmenn. I tilknytning til dette kan innvandrere ha annerledes helseproblemer og behov (Abebe 2010). Det rapporteres at innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre generelt har dårlig helse, og at risikofaktorer for nedsatt helse i mange tilfeller er relatert til pre- og postmigrasjons opplevelser, sosioøkonomiske forhold og individuelle bakgrunnsfaktorer som mental helse og infeksjonssykdommer (ibid.). For å tilrettelegge for gode politiske handlinger og forebyggende tiltak, er god forskningsbasert kunnskap viktig. Norsk akademi for migrasjonshelse (NAKMI) etterlyser kvalitative studier knyttet til minoritetsmiljøene som kan bidra med bedre forståelse av bakenforliggende faktorer for helse og betydning av dette (Abebe 2010).

Formålet med denne studien er at den skal fungere som kilde til fordypning og refleksjon rundt forståelsen av innvandrerorganisasjonene som aktører i arbeid med helse. Med utgangspunkt i samtlige organisasjoner som fikk finansiell støtte i 2011 i Oslo, vil jeg se nærmere på de totalt 12 organisasjonene som fikk støtte med formål om å iverksette tiltak for å fremme helse i



befolkningen med innvandrerbakgrunn. For å imøtekomme formålet med studien har jeg utledet følgende overordnet forskningsspørsmål:

*«Hvordan fungerer innvandrerorganisasjoner i deres arbeid med å fremme helse i befolkningen med innvandrerbakgrunn?».*

Til hjelp med å besvare det overordnede forskningsspørsmålet har jeg utledet 8 underordnede forskningsspørsmål. Da disse forskningsspørsmålene er knyttet til empowermentteori, vil de ble presentert på side 23 og 24, etter teorikapittelet. Jeg har besvart spørsmålene ved anvendelse av dokumentanalyse og kvalitative intervju med personer som hadde ansvar for å utføre helsetiltakene.

I første del vil jeg presentere bakgrunn for hvorfor jeg har kommet frem til denne problemstillingen. I den andre delen, teoridelen, presenteres empowermentteori og modellen som jeg benytter i oppgaven. I den tredje delen, metodedelen, med opphav til hermeneutisk design, beskriver jeg forberedelsene og gjennomføring av dokumentanalysen og de kvalitative intervjuene. Analysedelen, består av en resultatdel og en drøftingsdel der empirien fra dokumenter og intervju presenteres og diskuteres i en empowermentteoretisk ramme og i lys av relevant litteratur. Avslutningsvis i drøftingsdelen ser jeg på metodiske styrker og svakheter i studien. Helt til slutt, i konklusjonen, summerer jeg hovedfunnene i studien, samt kommer med anbefalinger til videre studier.

## **2. BAKGRUNN**

### **2.1 Empowerment på politisk dagsorden**

#### **2.1.1 Verdens Helseorganisasjon (WHO)**

I 1986 ved Ottawa-charteret i Canada, ble begrepet «empowerment» først lansert. Ottawa Charter for Health Promotion i regi av World Health Organisation (WHO), er den første internasjonale avtalen for forbyggende helse. På konferansen ble det lansert en serie tiltak blant internasjonale organisasjoner, nasjonale myndigheter og lokalsamfunn, for å oppnå målet «helse for alle» innen år 2000 (WHO 2011a). Arbeidet er blitt fulgt opp ved senere chartere i WHO-regi. I Bangkok Charteret i 2005 ble forebyggende globalt helsearbeid vektlagt, og det ble blant annet nedtegnet at helse skulle fremmes gjennom sterkere å promotere og følge opp FNs deklarasjon for menneskerettigheter (WHO 2011b). I det syvende og siste charteret i Nairobi i 2009 var det fokus på økt handling, å styrke lokalsamfunnet, partnerskap og «health literacy», å øke forståelsen og betydningen av helse (WHO 2013).

#### **2.1.2 Empowermentbegrepet og empowerment i norsk politikk**

Begrepet empowerment har ingen etablert norsk oversettelse, men ulike uttrykk som ”myndiggjøring” og ”mestring” har ofte blitt brukt. Til en viss grad handler empowerment om å styrke enkeltmennesket, men empowerment dreier seg like mye om at strukturelle forhold tilrettelegges på en god måte slik at mennesker gjennom deltakelse har kontroll over eget liv og helse. «Helse i alt vi gjør» er en ny strategi på samfunnsplan som bygger på forståelsen av empowerment. Teorien bak denne strategien er at ved å investere i folks helse reduseres kostnader knyttet til sykdom, og produksjonsevnen i befolkningen holdes oppe. For å få dette til kreves innsats fra individet, så vel som myndighetene med store sektorovergripende tiltak (St.meld. nr. 47 (2008-2009), Stortingsmelding nr. 20 (2006-2007)).

#### **2.1.3 Stortingsmelding nr. 20 (2006-2007), Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller**

Sosiale og økonomiske forskjeller er i følge St. meld. nr. 20 (2006-2007) en helsedeterminant til andre helseutfordringer. I denne stortingsmeldingen rettes det oppmerksomhet mot de sosiale helseforskjellene i Norge. Folkehelsepolitikkenes overordnede mål er flere leveår med god helse i befolkningen som helhet, og reduserte sosiale helseforskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper, etniske grupper og mellom kvinner og menn. For å redusere sosiale helseforskjeller pekes det på at det må gjøres grep rettet mot den brede samfunnsrettede folkehelsepolitikken.

Alle sektorer må bidra for å skape gode oppvekst- og levekår, og for å utvikle et samfunn som legger til rette for og fremmer sunne levevaner, fellesskap, trygghet og deltagelse.

#### **2.1.4 Stortingsmelding nr. 39 (2006-2007), Frivillighet for alle**

I følge St. meld. nr. 39 (2006-2007) er målsettingen med å gi tilskudd til landsdekkende og lokale innvandrersorganisasjoner begrunnet med at myndighetene ser det som viktig at innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre har et ståsted og et fellesskap som støtter opp om deltakelse i det sivile og politiske liv. De ser også på frivillige organisasjoner som viktige møteplasser, der samvær og deltakelse har en egenverdi ut over organisasjonenes primære formål. I følge St.meld. nr. 39 (2006-2007) gir organisasjoner mennesker identitet, tilhørighet og selvtillit, og dette sees ofte som viktige forutsetninger for en persons deltakelse i samfunnslivet. Rammene for regjeringens frivillighetspolitikk er lagt i denne stortingsmeldingen. Frivillighetspolitikken består av fire overordnede strategier. Disse er å bedre rammebetingelser for frivillig sektor, øke fokus på ressurser til lokal aktivitet og «lavterskelaktivitet», øke oppmerksomhet om inkludering og integrering, samt å styrke kunnskap og forskning som et ledd i denne prosessen (ibid.)

#### **2.1.5 Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009), Samhandlingsreformen**

Empowerment har en sentral rolle i St. meld. nr. 47 (2008-2009). Det er rettet spesiell fokus mot flyktninger og innvandrere og at de skal involveres i større grad i bruk av helse- og omsorgstjenester. For øvrig er det fokus på at utsatte og sårbare grupper skal få økt tilgjengelighet til tjenester. Brukere med helseproblemer som skyldes sosiale forhold, aldring og psykiske lidelser er nevnt spesielt. Helse- og omsorgsdepartementet vil jobbe for å fange opp minoritetsutfordringene i større grad ved ulike strategier. Disse går ut på at departementet vil fokusere på økt samarbeid med mange av pasient- og brukerorganisasjonene med mål om at disse skal være representanter for minoritetsgruppene. Til tross for dette, vil det i følge samhandlingsreformen, fremdeles være behov for at minoritetsgruppens egne organisasjoner har kanaler inn mot helse- og omsorgssektorens myndighets- og tjenestenivå. Når det gjelder oppfølging og kontakten med minoritetsgrupper er det ikke ønskelig med noen særbehandling av disse, slik det står i reformen. Oppfølgingen og kontakten med minoritetsgruppene skal være nok til å avdekke behov i relasjon til helse- og omsorgstjenesten som må følges opp og bedres.

### **2.1.6 Stortingsmelding nr. 6 (2012-2013), En helhetlig integreringspolitikk: Mangfold og fellesskap**

Denne stortingsmeldingen har mål om å sikre et rettferdig samfunn uten store økonomiske og sosiale forskjeller. I første del omhandles faktorer innen levekår og deltakelse. Regjeringens overordnede målsetting er økt sysselsetting blant innvandrere. Økt deltakelse av kvinner, fullføring av utdanning samt tilrettelegging for god helse skal bidra til at befolkningen med innvandrerbakgrunn tilknyttes arbeidslivet. For barn og unge med innvandrerbakgrunn skal det i tillegg til å styrke barnevernet legges til rette for gode ordninger for familien. Arbeidet mot tvangsekteskap og vold skal blant annet videreutvikles. I andre del i stortingsmeldingen omhandles fellesskap og tilhørighet. Tillit og tilhørighet skal bedres gjennom deltakelse i arbeids- og samfunnslivet, samt gjennom plikter og rettigheter. Arbeid mot diskriminering vil fortsette å bestå av ulike typer tiltak, virkemidler og rettslig vern. Kriminalitet skal forebygges ved utjevning av levekårsforskjeller, utdanning og sysselsetting. Kanaler for innflytelse, politiske partier og frivillige organisasjoner kreves å være åpne og inkluderende. Likeverdige offentlige tjenester skal sikres gjennom en helhetlig integreringspolitikk der alle sektorer har ansvar.

### **2.1.7 Kontaktutvalget mellom innvandrerbefolkningen og myndighetene (KIM)**

KIM er et rådgivende, uavhengig organ for myndighetene i saker som angår personer med innvandrerbakgrunn, og har eksistert i vel 20 år. Det er også et utvalg der barn og ungdomsorganisasjoner møter myndighetene (Allern et al. 2001). I henhold til KIM sin årsrapport 2010 (KIM 2011), blir deres stemme hørt gjennom å avgi høringsuttalelser på saker som angår utvalgets saksfelt. De har mulighet til å påvirke gjennom å rådføre stortinget og andre politiske og administrative myndigheter, organisasjoner med fler (KIM 2011).

## **2.2 Personer med innvandrerbakgrunn i Norge og Oslo**

Personer med innvandrerbakgrunn i Norge har bakgrunn fra 219 ulike land. De har kommet hit som flyktninger eller grunnet familiejenforening, for å søke arbeid eller for å ta utdanning. Det var registret totalt 547 000 innvandrere i Norge, og 108 000 norskfødte med innvandrerforeldre som er bosatt i Norge ved SSB ved siste telling i desember 2012 (SSB 2013a). Det er flest innvandrere fra Polen, Sverige, Tyskland og Litauen. Majoriteten velger å bosette seg i byene. I Oslo er rundt 23 prosent av byens totale befolkning innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre. Dette representerer langt over det nasjonale gjennomsnittet på 13,1 (ibid.)

## 2.3 Innvandreroorganisasjoner i Norge og Oslo

Mange av innvandrerne samler seg av ulike årsaker i innvandreroorganisasjoner. Det er omkring tusen innvandreroorganisasjoner i Norge. Tall fra 2003 viste at omtrent 350 av disse falt innenfor det offentlige kriterier for støtteverdige organisasjoner (Melve 2003). Det er ikke grunn til å tro at dette tallet har endret seg dramatisk siden da. Predelli (2006) gjorde en omfattende oversiktsundersøkelse av innvandreroorganisasjoner i Norge. Studien er basert på spørreundersøkelse og kvalitative personlige intervjuer med representanter fra organisasjoner, råd og foreninger med innvandrerbakgrunn. Betegnelsene ”forening” og ”organisasjon” ble i rapporten brukt om organiserte grupper av individer som kommer sammen for å fremme de gjeldende kulturelle, sosiale og/eller politiske interessene til innvandrere og deres etterkommere. Organisasjonene som denne studien undersøker kan i utgangspunktet defineres likt som Predelli (2006), men er i tillegg ledet av personer med minoritetsbakgrunn. Foreninger og organisasjoner blir i oppgaven samlet omtalt som organisasjoner.

Predelli (2006) viser at de fleste innvandreroorganisasjoner og innvandrerråd i Norge er lokale eller regionale. Kun åtte av innvandreroorganisasjonene driver på nasjonalt nivå. Flertallet av innvandreroorganisasjonene i Norge er medlemsbaserte og har mindre enn hundre medlemmer. De har beskjedne budsjetter, og drives kun av frivillig arbeid, og foreningenes egne medlemmer velger foreningens styre og leder. I følge rapporten foretrekker innvandreroorganisasjonene først og fremst å betegne seg selv som kulturelle foreninger hvor det vies tid til feiring av nasjonale høytider, uformelt samvær og informasjonsarbeid overfor egne medlemmer. I likhet med Nødland et al. (2007) viser Predelli (2006) at medlemmene er like interessert i å styrke identitet og solidaritet innad i organisasjonen, som å bedre forhold utad og å ha godt medborgerskap i det norske samfunnet. De fleste innvandreroorganisasjonene orienterer seg utover og samhandler med andre lokale eller regionale organisasjoner eller innvandrerråd. I følge Predelli (2006) rapporterer også organisasjonene at de påvirker holdninger i nærmiljøet, og at de påvirker langsiktig politikktvikling i mindre grad.

Hagelund & Loga (2009) har presentert en kunnskapsoversikt primært over norsk forskning, for å kartlegge forskningsbehov om innvandreroorganisasjoner og deltakelse i frivillige organisasjoner. Religiøse organisasjoner er generelt lite representert i forskning. Det betyr at vi fortsatt vet lite om hva som foregår i de religiøse organisasjonene. Dette til tross for at Predelli (2006) viser at flertallet av innvandreroorganisasjonene i Norge, på linje med Sverige og Danmark, er av religiøs, etnisk og kulturell karakter. Når det gjelder informasjon om interne maktforhold i de øvrige innvandreroorganisasjonene, er de begrenset, men det vises imidlertid at

noen organisasjoner er mer åpne, mens andre er mer lukket (ibid.). Studien hennes viser at minoritetsbefolkningen deltar mindre enn majoriteten i de allmenne frivillige organisasjonene vi har i Norge, og at dette påvirkes av sosioøkonomiske faktorer. Det være seg minoritetsbefolkningens dårligere tilknytning til arbeidslivet eller dårligere familieøkonomiske og kulturelle ressurser. En faktor som skiller seg spesielt ut er at minoritetsjenter, uavhengig av sosioøkonomisk status, deltar i mindre grad enn både minoritetsgutter og majoritetsjenter, og at særlig jentenes kulturelle og religiøse tilhørighet har stor påvirkning for deres deltakelse.

I studien til Hagelund & Loga (2009) var det begrenset informasjon om organisasjonenes betydning for integrering. Det pekes imidlertid på at organisasjoner der kjønnsverdier og nasjonale verdier er spesielt utbredt, vil de ha større integreringsutfordringer enn i organisasjoner hvor dette er mindre utbredt.

Ødegård (2010) har i en kvalitativ studie sett på utviklingsprogrammer av nettverk og organisasjoner på Veitvet, og hvordan påvirkningsfaktorer for samarbeid og deltakelse mellom ulike aktører har fungert i praksis. Hun presenterer faktorer som har vært gjeldende på Veitvet for at de lokale myndighetene kunne nå sitt mål om å løfte de lokale foreningene ut av en innadvendt posisjon. Ødegård (2010:107) peker på «tre faktorer som er utslagsgivende for myndiggjøring og sammenkobling mellom organisasjonene og nettverkene på Veitvet. Det ene er lokale myndigheters fysiske tilstedeværelse for å skape en pågående kontakt mellom beboere og nettverk, og mellom ulike aktør i lokalsamfunnet. Det andre er synliggjøring av verdien innadvendte nettverk kan ha ved å knytte seg opp mot andre og overordnede organisasjoner. Det tredje er å drive organisasjons- og foreningsskolering for at de løse nettverkene skal utvidet sine muligheter og nyttiggjøre seg de ressurser som måtte ligge i velferdsstatens støttefunksjoner overfor frivillige organisasjoner». Flere av faktorene er i tråd med hva Hagelund og Loga (2009) viser til å ha betydning for organisasjonenes deltakelse.

## **2.4 Frivillig arbeid og barrierer for deltakelse**

Internasjonal sammenlikning viser at alle de nordiske landene er karakterisert med en stor frivillig sektor. Men det er observert en trend, fra 1990-tallet og få år tilbake, der de medlemsbaserte organisasjonene var svekket (Wollebæk & Sivesind 2010) og der organisasjonsarbeidet var mer rettet mot enkeltsaker enn tidligere. På tross av dette er innvandrerorganisasjoner i Norge rapportert å være en voksende sektor (Eimhjellen & Segard 2010).

Det overordnede samfunns målet med å stimulere innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre til deltakelse i frivillige organisasjoner og nettverk er å bedre integreringen og helsen til innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre (St. meld. nr. 39. (2006-2007)). Nødland et al. (2005) har sett på hvordan statlige støttereimer stimuler og fungerer etter dette målet, i de fåtalls nasjonale organisasjoner som eksisterer. Studien viste at de nasjonale organisasjonene omsider hadde begynt å tilrettelegge for tilbud som kunne bidra til myndiggjøring av befolkningen med innvandrerbakgrunn, blant annet ved møteplasser mellom minoritet og majoritet, og mellom ulike minoriteter. Omfanget og betydningen av de nasjonale organisasjonenes arbeid med myndiggjøring av befolkningen med innvandrerbakgrunn var begrenset.

En studie av Nødland et al. (2007) etter initiativ fra inkluderingsdepartementet så på hvordan lokale støttereimer kan tilrettelegges for å styrke engasjement for barn og ungdom. Studien er blant annet basert på informantintervjuer. Det stilles spørsmål om det trengs egne organisasjoner for barn og unge med minoritetsbakgrunn, eller om man ut fra et inkludering- og integreringsperspektiv bør velge å tilrettelegge for generelle flerkulturelle organisasjoner. I følge Nødland et al. (2007) har innvandrerorganisasjonene en stor rolle som serviceorganisasjon som tilbyr ulike aktivitetstilbud til barn og unge med minoritetsbakgrunn. Studien konkluderer med at det er viktig å bevare et mangfold av organisasjoner, samt å styrke demokratiske prosesser, heller enn å fremme organisasjoner av bestemte typer.

I studien til Ødegård (2010), som ble presentert tidligere, viser hun også til at befolkningen med innvandrerbakgrunn på Veitvet klart opplever organisatoriske barrierer som påvirker deres grad av deltakelse. Årsaken til det skriver hun er knyttet til ukjent foreningskultur og tradisjonell driftsform. I følge Ødegård (2010) pekes det på at uskrevne normer, verdier og forventninger i en tradisjonell organisasjon kan være vanskelig å forstå. Det vil også være et hinder i rekrutteringen av nye sosiale minoritetsgrupper i etablerte norske organisasjoner.

Andre studier viser at språkbarriere er en viktig faktor som hindrer minoriteter fra deltakelse i frivillige organisasjoner. I tillegg viser sosioøkonomiske forhold (Hagelund & Loga 2009), samt lengde på botid i Norge å være avgjørende på hvorvidt minoriteter engasjerer seg i frivillig arbeid. Minoriteters holdninger til og motivasjon for organisasjonsdeltakelse påvirker også deres beslutning (Enroljas & Wollebæk 2010, Gele & Harsløf 2012). Mer forskning må til for å forklare dette bildet med større sikkerhet og klarhet. Det etterlyses imidlertid mer informasjon om hvordan disse organisasjonene arbeider, organiserer og mobiliserer sine medlemmer, og hvilken betydning organisasjonene har for integrering og helse (Eimhjellen & Segard 2010).

Befolkningen med innvandrerbakgrunn har i mange tilfeller andre behov enn etnisk norske. Frivillige organisasjoner vil dermed i ulik grad imøtekomme deres forskjellige behov. Gjennom en kvalitativ studie har Annaniassen & Kristiansen (2010) kartlagt tilbudene tre ulike frivillige organisasjonstyper har til eldre innvandrere. Undersøkelsen går nærmere inn på organisasjonenes målsettinger med deres virksomhet samt hvordan ulike tilbud og aktiviteter er organisert. Hvordan ulike tilbud og aktiviteter er organisert kan i tråd med Ødegård (2010) påvirke befolkningen med innvandrerbakgrunns deltakelse i frivillige organisasjoner. De tre organisasjonstypene som er studert av Annaniassen & Kristiansen (2010), er innvandrerorganisasjoner, tradisjonelle humanitære organisasjoner og interessebaserte organisasjoner. Undersøkelsen legger vekt på å finne ut om utvalget av organisasjoner i denne studien har aktiviteter og tilbud der eldre innvandrere deltar, og om aktiviteter organisasjonene arrangerer har karakter av forebyggende helsearbeid som spesielt er rettet mot eldre innvandrere. En sammenligning av disse organisasjonstypene viser at interesseorganisasjonene har større grad av målrettet forebyggende helsearbeid. I de humanitære organisasjonene er sosialt samvær mest sentralt, mens innvandrerorganisasjonene tilbyr i størst grad informasjon om tiltak og offentlige ordninger for å integrere eldre innvandrere. Studien viser at når innvandrerorganisasjonene har målrettet helsearbeid samarbeides det ofte med interesseorganisasjoner med ekspertise. Innvandrerorganisasjonene tilbyr i størst grad en «kombipakke» med en sosial møteplass og et tilbud med forebyggende helseformål for deltakerne. Det nevnes også at brukermedvirkning i disse innvandrerorganisasjonene er av varierende karakter. Undersøkelsen viser et tydelig behov for å oppnå mer kunnskap om hva som er gode omsorgstilbud og som stimulerer til økt deltakelse blant eldre innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre.

## **2.5 Utdanning, arbeid og helsetjeneste**

Å vite hva som påvirker helse er viktig for å kunne iverksette gode tiltak som bedrer helsen (Abebe 2010, St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Vi vet at det er sosiale forskjeller i helse, og vi vet at det er et skille mellom befolkningen med innvandrerbakgrunn og majoritetsbefolkningen (ibid.). Utdanning er en sosial faktor og i følge van Oort et al. (2005) har utdanning en direkte sammenheng med helse. Grunner til dette i følge alle disse studiene er at utdanningen er utgangspunktet eller medvirkende til en rekke typer prosesser som produserer helse i løpet av det voksne livsløp.

Blom (2008) finner de samme tendensene i sin rapport om innvandrers helse og levekår. I følge rapporten varierer innvandreres helse etter blant annet faktorer som utdanning, språkferdigheter,



religiøs bakgrunn, sysselsetting, økonomi, boligstatus, arbeidsforhold, sosial tilknytning, opplevd diskriminering med fler. Statistikken viser at innvandrere som har bedre helse har sterkere sosioøkonomisk posisjon, bedre status i utdanning, arbeid, økonomi, arbeidsforhold og bolig sammenlignet med innvandrere som har dårligere helse.

En studie av Syed et al. (2006) har sammenlignet nordmenn og pakistanere og sett på ulikhet i helse. Utdanning fremstod som den aller viktigste faktoren som forklarte ulikhet i helse mellom disse gruppene. Det kunne tyde på at å ha jobb, selv med dårlig lønn hadde positiv effekt på helsen. Denne klare sammenhengen mellom jobb og helse kan støtte opp om en oppfordring om å bekjempe diskriminering i arbeidslivet for etniske minoriteter med hensikt å bedre deres helse (ibid.).

Holm (2011) har i sin studie intervjuet somaliske familier og norske lærere og sett på relasjoner mellom disse. Den somaliske gruppen i Norge kommer dårlig ut i deltakelse i arbeidsmarkedet og inntektsnivå, sammenlignet med andre grupper innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn (Daugstad 2008, Abebe 2010), og blir dermed forstått som vanskelig å integrere. I følge Holm (2011) viser somaliske mødre å ha engasjement og ”stå-påvilje”, noe hun mener viser at den somaliske gruppen vil kunne prestere bedre i både utdanning, arbeid og generelle levekår, og dermed integrere lettere. Det stilles spørsmål om de levekårsforskjellene som eksisterer mellom somaliske grupper og nordmenn vil videreføres til neste generasjon. Holm (2011) finner mødrenes engasjement med å følge opp barna i skolen og deres støtte til barnas utdanning som betydningsfulle faktorer som kan redusere en videreføring av denne levekårsforskjellen.

I den omfattende metaanalysen på innvandrers helse i Norge av Abebe (2010), var afrikanere representert å ha lavest andel med utdanning i 2007, med 49 %. Asiatiske innvandrere hadde 56,3 %. Samme år ble det målt hvor stor andel av ungdommen som gikk på videregående skole. Innvandrere i alderen 16-18 år var representert med en omtrent 20 % lavere andel sammenlignet med norskfødte med innvandrerforeldre. De norskfødte var representert med cirka 10 % lavere andel enn den øvrige befolkningen. Det ble også rapportert om at få innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre fortsatte i høyere utdanning det samme året. Til tross for at innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre har lavere andel i videregående skole og i høyere utdanning, så sees det på som et lyspunkt at utdanningsnivået i denne gruppen har økt mer enn i den totale populasjonen. Dette kan forstås som til tross for at færre minoritets elever tar høyere utdanning enn etniske nordmenn, har mange av de flinkeste elevene minoritetsbakgrunn (ibid.).

Daugstad (2008) viser at afrikanske og asiatiske innvandrere i Norge er de gruppene av etniske minoriteter med lavest andel sysselsatte for både kvinner og menn. Ser en på pakistanske og somaliske grupper, (som er grupper som er høyest representert i min studie), har pakistanske innvandrere høyere sysselsetting enn somaliske. Dette gjelder spesielt for menn og noe mindre for kvinner. Både somaliske og pakistanske kvinner trekker gjennomsnittet for sysselsetting betydelig ned for begge grupper. Den totale pakistanske sysselsettingen på cirka 45 prosent anses som lavt for en gruppe der nærmere halvparten har bodd over 20 år i Norge (ibid.). Somalierne som representerer den største afrikanske gruppen i Norge har en kortere botid i Norge enn den pakistanske befolkningen (Dougstad 2008). Hennes studie viser at sysselsetting påvirkes av botid i Norge. Det at færre av nyankomne innvandrere er sysselsatt antas å ha sammenheng med den tilpasningsfasen mange innvandrere går gjennom de første årene i Norge. Generelt vises sysselsettingen å øke med lengre botid for befolkningen med innvandrerbakgrunn. Dette bildet er noe annerledes når det gjelder pakistanske og somaliske grupper. Ser en på botid viser det seg at menn, i langt større grad enn kvinner, kommer raskere i jobb i den pakistanske og somaliske befolkningen i Norge. Sysselsettingen ser imidlertid ut til å stagnere for mennene hos både pakistanske og somaliske grupper etter 7 års botid. Hos afrikanske kvinner øker sysselsettingen i takt med botid, mens hos pakistanske kvinner øker den kun litt med botid (ibid.).

Blom (2008) har studert befolkningen med innvandrerbakgrunn i Norge sin helse. Helse ble målt etter en indeks som omhandler egenvurdert helse, forekomst av konkrete sykdommer, nylige psykosomatiske plager samt psykiske plager. Deltakerne ble intervjuet og var i aldersgruppen 16-70 år og hadde bakgrunn fra 10 ulike lavkostland. Studien viser at somaliere fremstår med færrest helseproblemer og er således friskest etter skår fra helseindeksen. Ut fra det som er presentert over om at sysselsetting og utdanning stimulerer til bedre helse, skyldes dette i liten grad somaliere som er blant gruppene med lavest andel utdannede og sysselsatte. Srilankerne var også blant de friskeste, mens innvandrere med bakgrunn fra Irak og Tyrkia hadde flest helseproblemer. At somaliere skårer høyt på helseindeksen til tross for å ha lav sysselsetting kan delvis forklares med deres relative korte botid i Norge (Dougstad 2008). De litt motstridende funnene presentert over i forhold til helse og faktorer av sosioøkonomisk status viser nødvendigheten av å studere alle faktorer og se de i sammenheng for å kunne skape en riktigst mulig forståelse av innvandrers helse (Abebe 2010).

Dougstad (2008) finner i sin studie at norskfødte med innvandrerforeldre i stor grad slutter å jobbe etter endt utdanning. Sysselsettingsstatistikk viser at norskfødte jenter og gutter med innvandrerforeldre (i aldersgruppen 20-24 år), har betydelig høyere sysselsetting enn

innvandrere og gutter. Etter å ha hatt en høy andel sysselsatte, viser sysselsettingen seg å avta igjen hos norskfødte kvinner med innvandrerforeldre i aldersgruppen 25-29 år, og nærmer seg sysselsettingstall for innvandrerkvinner. I følge Dougstad (2008) er dette tegn på at det hos de norskfødte kvinnene i aldersgruppen 25-29 fremstår et kjønnsrollemønster som var mindre synlig hos disse kvinnene i 20-24 års alderen. I følge forfatteren kan det forstås som at kjønnsrollemønsteret reduseres i norskfødte og innvandrerkvinner i perioden de går på skole, men fremtrer igjen dersom de ikke fortsetter å jobbe utenfor hjemmet etter endt skole eller utdanning. En sammenligning med etniske norske kvinner i samme alder, viser at norskfødte kvinner har et større kjønnsrollemønster, og at innvandrerkvinner har et enda større kjønnsrollemønster i alle aldersgrupper.

Det er rimelig å tenke at innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre vil være tjent med å motta helsetjenester som de opplever som gode når de har kontakt med den norske helsetjenesten. Dette for å redusere nåværende funn som tilsier at befolkningen med innvandrerbakgrunn har dårligere helse enn majoritetsbefolkningen (Abebe 2010). En studie av Syed & Vangen (2003) rapporterte befolkningen med innvandrerbakgrunn å være mindre tilfreds med helsetjenestetilbudet enn majoritetsbefolkningen. Begrunnelsen for redusert tilfredshet rapporteres å være knyttet til dårlig gjensidig kommunikasjon, etniske og kulturelle forskjeller, mangel på erfaring, samt uoverensstemmelse med forventninger. Det er sannsynlig at dårlig tilfredshet påvirker deres utbytte av behandlingen. På bakgrunn av dette har man forsøkt å bedre helsetjenesten ved økt bruk av tolkehjelp, kulturelle rådgivere, kostholdsråd, brosjyrer på ulike språk og liknende. Likevel er det mange som ikke blir fanget opp og får tilbud om hjelp for sine problemer. Mange unngår fortsatt å oppsøke lege, og mange overser behandling de ikke støtter eller forstår (ibid.). Samtidig viser statistikken at befolkningen med innvandrerbakgrunn generelt, oppsøker både fastlege og spesialisthelsetjeneste langt hyppigere sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Nyankomne innvandrere oppsøker også unødvendig legevaktstjenesten i tilfeller der det er naturlig å oppsøke fastlege (Kumar et al. 2008). Det er for øvrig få studier som har sett på disse problemene. Mye tyder på at det vil være lønnsomt for innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre samt for helsetjenesten, dersom samarbeidet mellom innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og helsetjenesten bedres.

## **2.6 Helseutfordringer blant grupper med innvandrerbakgrunn i Norge.**

### **2.6.1 Personer med innvandrerbakgrunn er en heterogen gruppe**

Forskningen viser at befolkningen med innvandrerbakgrunn er en langt mer heterogen gruppe enn tidligere antatt når det gjelder helseutfordringer. Dette innebærer at like helsetiltak for denne

gruppen som helhet ikke vil være egnet der det er store forskjeller mellom ulike etniske grupper. Abebe (2010), i regi av NAKMI, presenterer den første og eneste systematiske metaanalyse av innvandrerstudier på helse i Norge i dag. 244 artikler var inkludert, hvorav kun et fåtall kvalitative studier fantes på feltet. Til tross for at mange av studiene har metodiske svakheter, mangler og motstridende funn, indikerer de nok i følge Abebe (2010) til at det bekreftes å være et prekært behov for umiddelbar handling med å iverksette kulturelt tilpassede intervensjoner, for å bedre etniske minoriteters helsetilstand (ibid.). Under presenterer jeg noen tema som er relevante for studien. Disse er først og fremst livsstil og kosthold, mental helse, reproduktiv helse og infeksjonssykdommer. Studien til Abebe (2010) viser at befolkningen med innvandrerbakgrunn har store folkehelseutfordringer også knyttet til lidelser som muskel- og skjelettproblemer, høyt sykefravær, uføretrygd og tannhelseproblemer.

### **2.6.2 Livsstil og kosthold**

Studien av Abebe (2010) viser at det er økt forekomst av fedme og overvekt i innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, og det er høyere forekomst av Diabetes (type 1 og 2). Det er betydelig variasjon mellom etniske grupper. Jenum et al. (2005) finner at voksne fra Sør-Asia (Pakistan, India og Sri-Lanka) har høyere forekomst av Diabetes (type 1 og 2) enn personer med vestlig bakgrunn. Usunt kosthold og adferd er knyttet til dette. Lite fysisk aktivitet er den viktigste risikofaktoren. Det er sterk indikasjon på at diabetes (type 2) har både sosial, kulturell og miljøpåvirkning. Livsstilmodifikasjon sammen med tidlig diagnostisering og metabolsk kontroll er anbefalte virkemidler for diabetes (type 1 og 2)(Abebe 2010). Dette støttes av Jenum et al. (2009).

Blant kardiovaskulære risikofaktorer vises det å være etnisk variasjon (Abebe 2010). Man tror dette henger sammen med økt risiko for blant annet inaktivitet og dårlige kostholdsvaner hos innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre generelt. Kulturelt tilpassede livsstilsintervensjoner i lokalsamfunnet har vist økt fysisk aktivitet og sunnere kosthold (ibid.). En kvalitativ studie av pakistanske kvinner rapporterte at tro og holdning til helse, barns preferanser, arbeidsrutiner, sosiale relasjoner, stress, tradisjonell tro, klima, årstid og tilgang til ulike matvarer påvirker valg av kosthold (Mellin-Olsen et al. 2005).

Jenum et al. (2005) undersøkte om en fysisk aktivitetsintervensjon i en voksen befolkning i Romsås i Oslo, førte til endring i fysisk aktivitet. Intervensjonen inkluderte fysisk aktivitet, samt et mangfold av elementer som skulle bidra til å stimulere til økt fysisk aktivitet. Det innebar blant annet å tilby god kommunikasjon via informasjonsmøter og brosjyrer via mange kanaler,

og å tilse at tilgjengelighet og motivasjon var tilstede for å skape miljø og deltakelse. Spesielt viktig for deltakernes fysiske aktivitet, var sosial støtte fra familie, opplevelse av kontroll og identitetsfølelse knyttet til fysisk aktivitet. Disse faktorene, ifølge studien, kan være viktig å vie oppmerksomhet ved tiltak med fysisk aktivitet.

Jenum et al. (2005) viser at verken etnisitet, kjønn, alder eller utdanning påvirket til økt fysisk aktivitet. Studien konkluderer med at en forutsetning for å lykkes med å promotere fysisk aktivitet, er å ta i bruk en samfunnsbasert tilnærming, med fokus på familien og lokalsamfunnet som støttespillere. At tiltak må forankres i lokalsamfunnet er i tråd med Ødegård (2010). En annen forutsetning som ble nevnt var å ta hensyn til spesielle behov for både gutter og jenter. Studien bekrefter at endringer i det fysiske nærmiljøet for å tilrettelegge for fysisk aktivitet kan innebære enkle og lite ressurskrevende tiltak. Det være seg snømåking og strøing av fortau om vinteren, gatebelysning, merking av turløyper osv. Gjennom trimgruppen for innvandrerkvinner fikk instruktørene en rekke erfaringer knyttet til trim for slike grupper. Det var viktig ikke å stille krav til bekledning og skotøy, det var viktig med enkel og tydelig verbal instruksjon samt å kombinere med tydelige tegn. Oppmuntring og motivasjon var avgjørende for å få disse deltakerne til å ta i. Det var viktig å ha lavt krav til intensitet og koordinasjon, samt at kvinnene fikk ha separate grupper fra menn. For «sensuelle» bevegelser og typer musikk kunne for noen av deltakerne vekke vonde opplevelser fra fortid og ble dermed unngått. Det var gunstig å holde trimmen opp mot norskundervisningen, og å samarbeide godt med lærerne. I Jenum et al. (2009) dokumenteres at kulturelt tilpassede livsstilintervensjoner gjennom økt fysisk aktivitet og sunnere kosthold, har positiv helseeffekt på Diabetes (type 2) og CVD.

Hjellset et al. (2011) undersøkte om et kulturelt livstiltiltak påvirket voksne kvinner fra Pakistan. Studien var basert på kvalitative og kvantitative undersøkelser. Resultatene viser at det er mulig å oppnå positive forandringer i risikofaktorer for Diabetes (type 2) ved hjelp av empowermentbasert undervisningsopplegg. Tiltaket foregikk ved at kunnskap ble formidlet ved 6 undervisninger på 2 timer over en 6-8 måneders periode. Kulturelt tilpassede bilder og figurer i undervisningen, og tolk på deltakernes eget språk ble benyttet for å øke utbytte.

Undervisningen bestod også av en personlig samtale, gruppediskusjoner, samt repetisjon om spesifikke tema innen fysisk aktivitet, kosthold og fysiologi. Undervisningen vektla deltakelse og samarbeid, ikke å føle ansvar for andre i gruppen, samt aksept for andre sine valg og synspunkt. Barnepass ble tilbudt og det var ikke påkrevd at deltakerne hadde norskkunnskaper.

Abebe (2010) bekrefter høy forekomst av mangel på vitamin D (VDD) blant voksne og barn med innvandrerbakgrunn, spesielt personer fra middel- og lavkostland. Risikofaktorer for VDD er å

tilbringe tid innendørs, tildekket bekledning, fattig D-vitamininntak og migrasjon til nordlige breddegrader hvor det er begrenset soleksponering. Tiltak med gratis D-vitamindråper til spedbarn født i Norge med tyrkiske, pakistanske og somaliske mødre, sammen med spesiallaget brosjyre, viste sterk økning av D-vitaminsnivå sammenlignet med de som fikk vanlig generell informasjon gjennom fastlegen (ibid.).

### **2.6.3 Mental helse**

Abebe (2010) viser en usikkerhet om innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre har større belastning med mentale helseproblemer enn majoritetsbefolkningen. Tallene viser imidlertid at mentale helseproblemer forekommer hyppigere blant innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre med bakgrunn utenfor Europa, enn de med bakgrunn fra europeiske land. I studien presenteres risiko for psykiske lidelser å ha sammenheng med lav sosial støtte, dårlige sosioøkonomiske forhold, mange negative livshendelser, samt opplevelse av diskriminering og traumatiske pre-migrasjonsopplevelser. Det er også tegn til at den eldre befolkningen har større belastning med mentale helseproblemer enn den yngre befolkningen (ibid.).

### **2.6.4 Reproduktiv helse**

Abebe (2010) viser et samlet bilde av at etniske kvinnegrupper har høyere risiko for obstetriske komplikasjoner, perinatal- dødelighet og høy andel med abort under svangerskapet. Risikofaktorer for dette samlede bildet er lav utdanning og lav sosioøkonomisk status, kvinnelig kjønnslemlestelse, samt tvangsekteskap og manglende bruk av prevensjon. Det nevnes at manglende utdanning, jobberfaring og integrasjon vil påvirke deres utbytte av helsetjenester (ibid.).

Fangen & Thun (2007) presenterer somaliske jenters syn på omskjæring. Studien baseres på kvalitative observasjoner og en samtalegruppe med unge somaliske kvinner med kort botid i Norge. Blant jentene vises det at ulike holdninger i samfunnet for omskjæring skaper uvisshet i forhold til giftemål og relasjon til gutter. Jentene forholdt seg i stor grad til omskjæring etter hva loven hentydet i det landet de var i. Dessuten var det funn av varierende syn på om omskjæring var ledet av tradisjon eller religion. De kunne ha positive holdninger til omskjæring og kun få av informantene var mot all form for omskjæring. Mange syntes det var nyttig å lære om helsemessige konsekvenser av omskjæring. Samtidig opplevde noen av jentene det som krenkende når tema omskjæring ble tatt opp i skoleklassen og de ble belært av vestlige kvinner som selv ikke selv hadde erfart det (ibid.).

### **2.6.5 Infeksjonssykdommer**

Abebe (2010) presenterer at tuberkulose ofte er rapportert blant innvandrere fra Afrika, spesielt somaliere, asylsøkere og flyktninger. Risikofaktorene er hovedsakelig mangelfull kunnskap om seksuelt overførbare infeksjoner. Når det gjelder HIV-diagnostiserte, er omtrent halvparten asylsøkere, eller familiegjenforenings- immigranter. Forebyggende tiltak med informasjon, tilgjengelig behandling, rådgøring og testing og støttehjelp har hatt effekt på å redusere tilfeller av HIV-smittede i Norge.

### 3. TEORI

#### 3.1 Bakgrunn for empowermentbegrepet

Opprinnelsen til empowermentbegrepet knyttes til den amerikanske borgerettsbevegelsen (Solomon 1976). Empowermenttenkningen har videre blitt inspirert av kvinnebevegelsen, frigjøringsbevegelsen i den tredje verden og selvhjelpsorganisering (Slettebø 2000). I dag brukes begrepet i forhold til ulike grupper som anses å stå i en avmaktsposisjon, som for eksempel innvandrere, personer med psykiske lidelser, rusmisbrukere og funksjonshemmede (Askheim & Starrin 2007).

Empowerment stammer fra begrepet «power» som kan bety enten styrke, kraft eller makt. Empowerment innebærer at personer eller grupper som er i avmaktssituasjon, skal opparbeide seg styrke og kraft til å komme ut av avmakten. Gjennom denne mobiliseringen skal de bli i stand til å motarbeide krefter som holder dem nede og få mer makt, kontroll og styring over eget liv (Askheim & Starrin 2007).

Med boken «De undertryktes pedagogikk» har pedagogen Paulo Freire (1974) vært en viktig inspirasjonskilde innenfor denne empowermenttradisjonen. Freire legger vekt på nødvendigheten av bevisstgjøring av årsaken til at man er undertrykt. Å læres opp til å oppfatte sosiale, politiske og økonomiske motsetningsforhold gjør folk «bevisste» og bidrar til å bekjempe det som skaper undertrykkelse. Refleksjon og handling kan så lede til endring av den undertrykte tilværelsen og folk vil oppleve «frigjøring». Å være del av et «kollektiv» er et viktig utgangspunkt for bevisstgjøring og handling, og «dialogen» er avgjørende for å oppnå endring (ibid.).

Andersen et al. (2003) tydeliggjør den kollektive prosessen med å skille mellom horisontal og vertikal empowerment. Horisontal empowerment refererer til styrke blant andre personer på samme samfunnsnivå, og vertikal empowerment refererer til styrke ved å ha kontakt med andre personer på et høyere samfunnsnivå. Kollektiv handling og å organisere seg forstås av Mathiesen (1992) som en reaksjon på undertrykking. I likhet med Hur (2006) mener Wieloch (2002) at mennesker som har opplevd samme form for undertrykking skaper felles erfaringer og identitet. Wieloch kaller dette «opposisjonell kapital» og mener det fører til dannelse av organisasjoner basert på kjønn, etnisitet og seksuell legning med fler.

I tråd med Hur (2006) viser Peterson et al. 2005 at empowerment er en problemstilling som finnes innenfor mange faglige disipliner, som forekommer på ulike samfunnsnivå og som skjer i forhold til andre. Empowerment er dynamisk og kan således forstås som en prosess i stadig



endring (Hur 2006). Samtidig sees empowerment som et resultat fordi det kan måles mot forventede prestasjoner (Parpart et al. 2003).

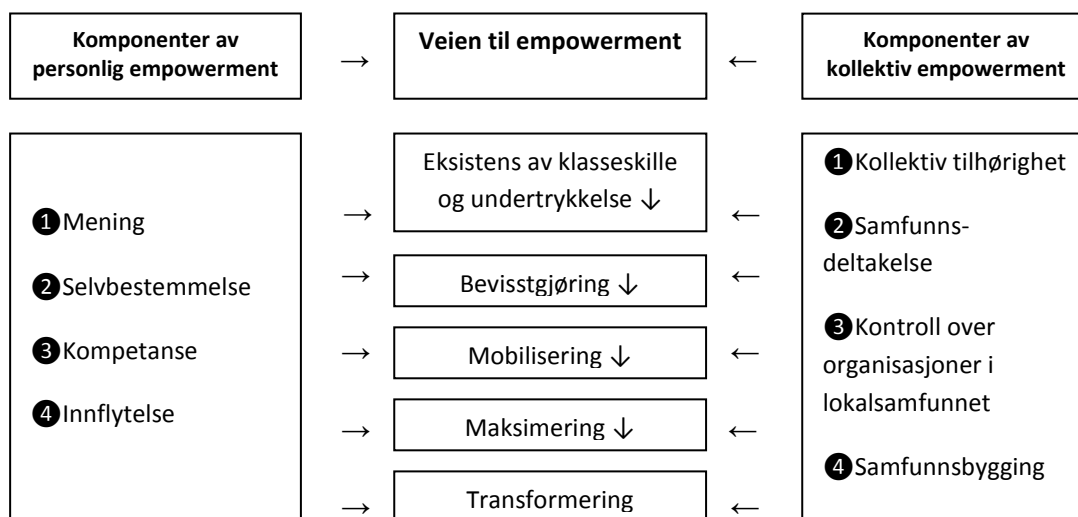
«Tradisjonelt ble empowerment forstått som en enhet som gikk på bekostning av andre. Empowerment er senere forstått som et begrep som også kan styrke og deles med andre. Delt makt oppstår i relasjoner med andre og gir oss muligheten til empowerment» (Hur 2006:524).

Fordi empowerment er foranderlig over tid og sted vil mennesker eller grupper i nye tider og i nye miljø oppleve nye former for avmakt. I følge Wall et al. (2002) vil empowermentprosessen utvikle seg når endringer i prosessen gjør folk i stand til å handle slik at de oppnår kontroll og mestring over eget liv, i forhold til andre og samfunnet. Økt empowerment uttrykkes med at individet eller gruppen utvider sin makt eller empowerment. Når det motsatte skjer og kontrollen over individets eller gruppens liv reduseres minker eller mistes makten eller empowerment (Page & Czuba 1999).

«Til tross for at empowerment er forsket mye på er det mangel på en overordnet teori av empowerment tilgjengelig for praktikere og forskere som ønsker å forstå empowerment på en helhetlig måte» (Hur 2006:523). Hur (2006) har imøtekommet dette og utviklet en tverrfaglig empowermentmodell til bruk i forskning og praksis. Modellen bygger på en rekke aspekter ved ulike empowermentteorier samt ulike faglige disipliner som helse, sosialt arbeid, samfunnspsykologi, kvinnestudier, utdanning, ledelse og politikk. Felles elementer av empowerment ved de ulike empowermentteoriene og disiplinene er innfiltrert i en strukturert prosess.

Hur (2006) sin modell av empowermentprosessen består av et sett med fem progressive komponenter. Denne har to underordnede sett med hver seg fire komponenter. Et for kollektiv empowerment og et for personlig empowerment. De to underordnede settene av komponenter er forbundet med de overordnede komponenter, såkalt veien til empowerment. Komponentene av personlig empowerment skal vurderes når det er tvil knyttet til personlig empowerment til stede, og de av kollektiv empowerment skal vurderes når det er tvil om kollektiv empowerment er til stede. I hvilken grad empowerment kommer til uttrykk i hver av de personlige eller kollektive komponentene av de personene eller gruppene man undersøker, vurderes de så opp mot andre personlige eller kollektive komponenter i modellen, deretter de fem komponenter av den overordnede veien til empowerment. Dette for å gi en grundigere vurdering av empowerment og for å sikre kvalitet og økt troverdighet av denne (ibid.)

**Figur 1** (under) viser en modell av Hur (2006) sin empowermentteori. I en søyle i midten av modellen presenteres de fem overordnede komponenter av veien til empowerment. På hver side vises fire komponenter av personlig empowerment, og fire komponenter for kollektiv empowerment. Sterk eller svak grad av empowerment i en eller flere av de personlige og/eller kollektive kategorier indikerer hvor personen eller gruppen befinner seg i prosessen på veien til empowerment (ibid.).



**Figur 1. Empowermentmodell (Hur 2006:536).**

Under følger en beskrivelse av de ulike stadiene i modellen. Beskrivelsen reflekterer Hur (2006) sin sortering av begrep og forklaringer med samme betydning inn i felles kategorier med utgangspunkt i en analyse av et mangfold av empowermentteorier.

### 3.2 Overordnet empowermentprosess (veien til empowerment)

Det første stadiet i veien til empowerment er «**eksistens av individuelle forstyrrelser og/eller sosiale forstyrrelser**». Hur (2006:529) sin definisjon av dette begrepet samsvarer med de undernevnte teorier. Gibson (1995) forklarer dette med at *maktesløshet fører til sosial uro*, og at den sosiale uroen blir synlig ved at *empowerment-agenter* erkjenner de vanskeligstilte og undertrykte. I dette første stadiet har både undertrykte og empowerment-agenter *oppdaget virkeligheten*. De er omgitt av *psykologisk og sosialt stress i form av undertrykking, fremmedgjøring, ulemper og sosiale forskjeller* (ibid.). Eksistens av sosial uro er i følge Terblanche (2003) et problem ledelsen forårsaker på bakgrunn av hvilke *informasjon de formidler*. Freire (1973) beskriver individuelle og sosiale forstyrrelser som eksistens av *maktesløshet og fremmedgjøring* og Doore (1988) beskriver det som *helbredelse av sykdom*.

Det andre stadiet av empowerment er «**bevisstgjøring**». Hur (2006:529) sin definisjon av bevisstgjøring samsvarer med følgende teorier. Freire (1973) definerer dette som en prosess med *å få økt bevissthet om hvordan sosiale og politiske strukturer påvirker individuelle og kollektive erfaringer og bidrar til deres maktesløshet*. I dette stadiet vil folk *forstå sosiale forskjeller og undertrykkelse*, og det styrker deres *makt innen* (Parpart et al. 2003) ved å utvikle nødvendig *kunnskap*, samt å fremme *tillit til at forandring er mulig* (Gibson 1995). Bevisstgjøring knyttes til *mangel på å håndtere følelser, ferdigheter, kunnskap og materielle ressurser som fører til verdsette sosiale roller og personlig tilfredsstillelse* (Solomon 1976). Ved bevisstgjøring *lærer de vanskeligstilte om sosial ulikhet* (Freire 1973).

Det tredje stadiet «**mobilisering**» defineres av Hur (2006:529) på lik linje med følgende teorier. Mennesker som har fått en *bevissthet om sin begrensede makt og potensiale for endring leder andre til å delta i deres bevegelser* og mobiliserer i kollektiv handling (Friedmann 1992). På dette stadiet er de *undertrykte mer selvsikre og tar mer aggressiv handling i møte med opposisjonen*. Folk *forstår hvordan en mobiliserer kollektiv støtte slik at de kommer til handling*. Empowerment vokser gjennom å *organisere og mobilisere kollektiv handling eller dele makten med andre og større grupper* (Parpart et al. 2003).

Det fjerde stadiet «**maksimering**» er definert av Hur (2006:529) på bakgrunn av undernevnte teorier og samsvarer med disse. Doore (1998) hevder empowerment vokser ved at *makten deles med befolkningen*. Lederen myndiggjør de syke og *maksimal empowerment oppnås når lederen, publikum og den syke blir likestilt* (ibid.). Å maksimere er i følge noen forfattere *et vendepunkt* (Freire 1973, Friedmann 1992). Denne fasen beskrives også som et *vippepunkt der små ting kan gjøre en stor forskjell*. Med å mobilisere til kollektiv handling skapes en *ny verden* (Gladwell 2001:261).

Det femte stadiet kalles «**transformering**». Transformering slik Hur (2006) definerer det samsvarer med Friedmann (1992) som sier at *makt deles mellom mennesker og øker med antall mennesker den deles på*. Jo mer makt som er delt, desto større makt blir tilgjengelig i samfunnet. Definisjonen til Hur (2006) er også i tråd med samtlige følgende beskrivelser; *transformering* (Friedmann 1992) av gamle institusjoner og strukturer inn i nye, *makt til å skape endring* (Parpart et al. 2003), og å skape en *ny sosial orden* ved å frigjøre de vanskeligstilte (Freire 1973). Empowerment når et punkt der folk *føler seg i stand til å utnytte deres tillit og ønsker, og evner å skape reell endring*. Maksimert menneskelig empowerment er å overvinne sosial undertrykkelse og oppnå sosial rettferdighet. Undertrykkelse og sosial ulikhet kan forvandles til et *nytt sosialt system* hvor slikt stress fjernes (Doore 1988).

### 3.3 Empowerment i organisasjonen (kollektiv empowerment)

«Grupper blir myndiggjort gjennom kollektiv handling. Ved maktstrukturer i samfunnet kan den kollektive handlingen stimuleres eller begrenses» (Hur 2006:533).

Den første komponenten ved empowerment i organisasjoner er «**kollektiv tilhørighet**». Denne komponenten beskrives som *felleskapstilhørighet* (Itzhaky & York 2000) og *identifisering med tilsvarende andre* (Gutierrez 1990), eller å *tilhøre det sosiale nettverk av jevnaldrende. Personlig autonomi, og samtidig å være en del av den kollektive og sosiale solidaritet* vektlegges (Boehm & Staples 2004:274). Disse beskrivelsene samsvarer med Hur (2006:533) sin definisjon av begrepet.

Den andre komponenten er «**samfunnsdeltakelse**». Hur (2006:533) sin definisjon av samfunnsdeltakelse er basert på og samsvarer med følgende teorier. Å ta del i samfunnsaktiviteter eller hendelser kan føre til *endring i, eller påvirke maktforhold i lokalsamfunn* (Boehm & Staples 2004). Samfunnsdeltakelse er også beskrevet som *samfunnsutviklingsengasjement* (Baillie et al. 2004) og *koalisjonsbygging* (Boydell & Volpe 2004).

Den tredje komponenten «**kontroll over organisasjoner i lokalsamfunnet**» defineres av Hur (2006:534) på bakgrunn av og i tråd med undernevnte teorier. For Boehm & Staples (2004) innebærer dette stadiet å få krefter til å *påvirke representative grupper, pluss effekten av disse gruppene eller organisasjonene*. Kontroll av organisasjoner i et fellesskap refererer også til *gruppens støtte og påvirkningsarbeid, samt til politisk kontroll* (Itzhaky & York 2000).

Den fjerde komponenten er «**samfunnsbyggingen**». Hur (2006:533) sin definisjon av begrepet refererer til følgende forfatteres teorier og begreper; å skape *en følelse av fellesskap* blant beboere som vil *øke sin evne til å arbeide sammen, løse problemer, og ta beslutninger for sosial endring sammen i gruppe* (Fetterson 2002). Peterson et al. (2005) beskriver komponenten som eksistens av *sosial samhörighet* og en *følelse av personlig frihet*. Målet om kollektiv styrke i praksis er i henhold til Gutierrez (1990) å hjelpe lokalsamfunnet til å *utvikle evnen til å endre negative situasjoner og hindre gjentakelse av problemene* som skapte de negative situasjonene.

### 3.4 Empowermentprosess hos leder (personlig empowerment)

«Personlig empowerment omhandler hva mennesker tenker om seg selv, samt deres evner og ressurser» (Hur 2006:530).

Den første komponenten «**mening**» defineres av Hur (2006:532) i samsvar med (Thomas & Velthouse (1990) og Diversi & Mecham (2005). Mening kan sies å være en «*tilpasning mellom behovene til ens verdier, tro oppførsel og arbeid*» (Thomas & Velthouse 1990).<sup>1</sup> I tillegg er forestillinger om *bevisstgjøring* og *(tokulturell) identitet* (Diversi & Mecham 2005) sammensatt av en følelse av mening.

Den andre komponenten i den personlige empowermentprosessen er «**kompetanse**». Hur (2006:531) definerer kompetanse i overenstemmelse med Gist (1987) og Bandura (1977). Kompetanse er *tro på at man besitter ferdigheter og evner, og er nødvendig for å utføre en jobb eller oppgave* (Gist 1987). Kompetanse innebærer *tro, personlig mestring, eller innsatsytelsesforventning* (Bandura 1977).

Den tredje komponenten «**selvbestemmelse**» er definert som *evne til å ha konsistens og utholdenhet i aktiviteter, mot til å ta risiko, initiativ, proaktivitet, og muligheten til å stemme ens oppfatning* (Boehm & Staples 2004). Selvbestemmelse henspiller til egenskaper som å *oppretholde et fast standpunkt og gi uttrykk for ens indre stemme* for å oppnå personlige rettigheter (ibid.) Selvbestemmelse er også relatert til aspekter som gjør at enkeltpersoner *tar utfordringene* en står over for, og er *troen på at man har autonomi eller kontroll* over hvordan man gjør hans eller hennes eget arbeid (Wagner 1995). Selvbestemmelse beskrives også som forestillinger om *personlig kontroll* (Greenberg 2003). Hur (2006:532) sin definisjon av selvbestemmelse tar utgangspunkt i overnevnte teorier og er definert tilsvarende.

Den fjerde komponenten i individuell empowerment er «**innflytelse**» og defineres som den oppfatning av å ha *påvirket strategisk, administrativt eller til utfall på jobb eller i samfunnet som gjør en forskjell*. Innflytelse har en posisjon mellom personlig empowerment og kollektiv empowerment fordi effekten av utfallet er rettet mot organisasjoner eller samfunnet som helhet. Innflytelse omkranser også *selvforsyning* og *evne til å ta beslutninger* (Becker et al. 2004, Hur 2006:532).

«Målet med personlig empowerment er å oppnå en tilstand av frigjøring sterk nok til å påvirke ens makt i livet, fellesskap og samfunn. Målet med kollektiv empowerment er å etablere fellesskapsbygging, slik at medlemmer av et gitt samfunn kan føle en følelse av frihet, tilhørighet og makt som kan føre til konstruktiv sosial endring» (Hur 2006:535).

---

<sup>1</sup> Mange studier knytter mestring til empowerment. På grunn av den brede tilnærmingen til begrepet mestring er mestring identifisert til å kunne deles i de to komponentene mening og kompetanse (Thomas & Velthouse 1990).

## 4. FORMÅL OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Med bakgrunn i Hur (2006) sin empowermentteori ønsker jeg å få bedre innsikt i hvordan empowerment kommer til uttrykk i innvandrersorganisasjoner som har engasjert seg i helsetiltak. Dette fordi empowerment av mange sees på som en nødvendig «grunnstrategi» i en organisasjon for at organisasjonen skal kunne bevare og utvikle dets helsefremmende arbeid (Wallerstein 2006). Det at oppgaven publiseres og blir tilgjengelig for andre håper jeg bidrar til inspirasjon til å følge opp funnene i studien slik at empowerment stimuleres og utvides i organisasjonene med mål om bedret helse i befolkningen med innvandrerbakgrunn.

I min analyse vil jeg anvende teori knyttet til personlig empowerment og se dette i lys av ledernes/informantenes arbeid i organisasjonene og hvordan det kommer til uttrykk i gjennom dokumenter og intervju. Spesielt vil jeg se på hvordan empowerment kommer til uttrykk ved leders funksjon i og utenfor organisasjonen, i deres arbeid med å fremme innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldres helse. Jeg vil anvende teori beskrevet for kollektiv empowerment og se dette i lys av medlemmenes funksjon i organisasjonsarbeidet med å fremme innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldres helse.

For å nå målsetningen med oppgaven er det åtte empowermentaspekter knyttet opp mot organisasjonenes helserelaterte arbeid som jeg ønsker å gå inn i. Disse aspektene er dannet etter komponenter beskrevet over for av Hur (2006) (jf. modell s. 19). De åtte forskningsspørsmålene er som følger;

Forskningsspørsmål 1-4 berører personlig empowerment hos leder og forskningsspørsmål 5-8 berører kollektiv empowerment hos medlemmene.

1. Hvordan opplever lederne at de finner «mening» i deres arbeid i organisasjonen.
2. Hvordan opplever lederne at deres «kompetanse» kommer til uttrykk og innvirker på deres arbeid i organisasjonen?
3. Hvordan opplever lederne at «selvbestemmelse» kommer til uttrykk og innvirker på deres arbeid i organisasjonen?
4. Hvordan opplever lederne at deres «innflytelse» kommer til uttrykk og påvirker medlemmenes helse?
5. Hvordan opplever lederne at den «kollektive tilhørigheten» blant medlemmene kommer til uttrykk i organisasjonen og påvirker medlemmenes helse?
6. Hvordan opplever lederne at organisasjonens «samfunnsdeltakelse» kommer til uttrykk og har betydning for medlemmenes helse?

7. Hvordan opplever lederne at deres organisasjon «har kontroll over organisasjoner i lokalsamfunnet» og hvordan har det betydning for deres arbeid med å fremme medlemmenes helse?

8. Hvordan opplever lederne at deres organisasjon deltar i «samfunnsbyggingen» og hvordan har det betydning for deres arbeid med å fremme medlemmenes helse?

I henhold til Hur (2006) sine anbefalinger vil jeg i drøftingsdelen følge opp med å vurdere komponentene av personlig og kollektiv empowerment opp mot den overordnede veien til empowerment (jf. modell s. 19).

## **5. METODE**

### **5.1 Design**

Studien tar utgangspunkt i hermeneutisk design. Som i fenomenologien handler en hermeneutisk forståelsesramme om å prøve å forstå, og ikke forklare mennesker sine handlinger og adferd. I følge Kvale (2009) er fordelen med en hermeneutisk forståelsesramme, og som skiller den fra fenomenologien, at den gir en helhetlig forståelse av fenomenet fra flere forskjellige vinkler. Dette kan gjøres ved at en veksler mellom helhetlige og spesifikk analyse av fenomenet. Det kan blant annet gjøres ved å ha oppfølgende dialog med informantene etter intervjuet (ibid.). I studien forsøker jeg å forstå fenomenet «empowerment i innvandrersorganisasjoner». For å oppnå dette vil (subjektive) uttalelser fra intervju, samt fra søknadsdokumenter bidra til å belyse fenomenet fra flere vinkler. En hermeneutisk forståelse viser tilbake på noe som allerede er forstått, og er altså ulikt fenomenologisk design. Virkeligheten til informantene sees gjennom mine erfaringer, forskningsspørsmål og teoretiske forforståelse. Siden min forforståelse er nært knyttet til Hur (2006) sin empowermentteori har jeg valgt å benytte denne som teoretisk modell for studien.

### **5.2 Utvalg av organisasjoner**

Utvalg av organisasjoner er basert på materiale fra Enhet for mangfold og integrering (EMI) som er under ledelse av Oslo Kommune. Fra arkivavdelingen på EMI på Grünerløkka i Oslo fikk jeg vedtaksdokumenter for tildeling av tilskudd, samt en liste der EMI hadde kategorisert alle organisasjoner som hadde søkt om tilskudd etter tema. I tillegg til organisasjoner som jobbet med helse var følgende kategorier representert; organisasjoner som jobber med kvalifisering til arbeid, datakurs, økt valgdeltakelse, skole og utdanning, seksuell orientering, nedsatt funksjonsevne, kulturtiltak, kriminalitetsforebygging, idretts- og friluftstiltak, kvinner og ungdom. Fra arkivavdelingen fikk jeg også en kopi av søknadene til organisasjonene som tilhørte kategorien arbeid med helse og som hadde søkt om tilskudd i 2011. Rettledningene for søknadsskjemaene hadde jeg tilgang til gjennom internett og fra EMI sine arkiver.

Organisasjonene som var inkludert i denne studien var i utgangspunktet de som hadde søkt og fått innvilget støtte til helsetiltak i Oslo. Av samtlige 209 innvandrersorganisasjoner som fikk tilskudd i 2011, var det totalt 12 organisasjoner som mottok støtte til helsetiltak (Takle 2012a). Av disse 12 organisasjonene ble tre organisasjoner ekskludert. En av disse tre hadde leder med etnisk norsk bakgrunn. En annen organisasjon svarte ikke på min henvendelse verken på mail



eller telefon. En tredje organisasjon tilbød seg å delta, men vi fant det vanskelig å finne tidspunkt som passet for begge parter.

## **5.3 Dokumentanalyse**

### **5.3.1 Bakgrunn for valg av dokumentanalyse**

I studien ønsket jeg både å bruke dokumentene som hjelp til å besvare problemstillingen samt å få en helhetlig forståelse av fenomenet ved å studere det fra ulike perspektiv. Videre ønsket jeg ved hjelp av dokumentene å få bakgrunnsinformasjon som kunne være til hjelp når jeg skulle utarbeide intervjuguide og forberede selve intervjuet.

Å velge ut noen dokumenter/tekster betyr å velge bort andre, og det i seg selv påvirker forskningsresultatet (Kvale 2009). Jeg søkte dokumenter som ville hjelpe meg å belyse deler av en større helhet av hva angår helsetiltak, empowerment og innvandrersorganisasjoner.

Bruk av dokumentanalyse og intervju i denne studien har fordeler som følger med bruk av metodetriangulering i forskning (Kvale 2005). Videre tok jeg beslutning om bruk av dokumentanalyse fordi jeg med utgangspunkt i hermeneutisk design har til hensikt å utforske et fenomen fra ulike perspektiv. Dokumentanalyse har bidratt til å belyse et annet perspektiv av fenomenet da dokumentene er skrevet med et annet formål og i en annen kontekst enn det som er tilfelle med intervjuene. Da majoriteten av informantene selv hadde skrevet noen av dokumentene (søknadene), kunne dokumentene gi et bredere og dypere (subjektivt) perspektiv enn intervjuene alene (Kvale 2005).

### **5.3.2 Liste over dokumentene jeg har brukt**

Følgende seks offentlige dokumenter er brukt i analysen;

- 1.«Søknadsskjema 2011: Statens tilskudd til frivillig virksomhet i lokalsamfunn 2011» (Lyhmann 2011a)
2. «Søknadsskjema 2011: Oslo kommunes tilskudd til integrering og mangfoldstiltak» (Lyhmann 2011b).
3. «Retningslinjer 2011: Statens tilskudd til frivillig virksomhet i lokalsamfunn som bidrar til deltakelse, dialog og samhandling» (IMDi 2011)
4. «Retningslinjer for søknad om kommunale tilskudd til integrering og mangfoldstiltak 2011» (EMI 2011a).

5.«2011 Fordeling av midler til frivillig virke: saksfremstilling» (statlige tilskuddsmidler) (EMI 2011b).

6. «2011 Fordeling av midler til kommunale integreringsmidler: saksfremstilling» (EMI 2011c).

### **5.3.3 Fremgangsmåte for dokumentanalysen**

Dokumenter er analysert etter en veiledning for dokumentanalyse laget av Meyer (2012).

Veiledningen bestod av seks trinn som jeg har fulgt på følgende måte.

1. Jeg har beskrevet dokumentene i forhold til om det er offentlig, privat, vedtak, møtereferat, brev eller annet type dokument. Jeg har så presentert opphavsinstusjonen og personen, når og hvor det ble skrevet, samt hvilken funksjon dokumentene hadde i den situasjonen og det miljøet det ble til i.

2. Jeg undersøkte dokumentene nærmere og sjekket opp informasjon som jeg ikke forstod. Jeg tolket teksten og vurderte hva den formidlet.

3. Jeg vurderte så om det var spesielle tendenser og holdninger i dokumentene, om det var uttrykk for at helse var forstått lik en vestlig tilnærming og om helse var presentert med forebyggende karakter.

4. Jeg så etter om dokumentene kunne brukes og om de var relevante for min problemstilling. Dokumentene antydte at lederne snakket godt norsk og at jeg således ikke ville trenge tolk til intervjuene. Det ble bekreftet da jeg snakket med informantene på telefon. Jeg ringte samtlige, i og med at ingen av informantene svarte på mailen min om forespørsel om deltakelse. En leder hadde skrevet søknaden på engelsk. Dette undersøkte jeg nærmere. Vedkommende snakket ikke norsk, men godt engelsk. Dette intervjuet ble dermed holdt på engelsk. Jeg fant blant annet ut at personene som hadde skrevet søknadene i hovedsak var de samme personene som senere skulle intervjues. To av søknadsdokumentene var skrevet av personer som organisasjonene samarbeidet med, men var blitt gjort i samråd med lederne som skulle intervjues. Ved å undersøke søknadene så jeg at det var skrevet litt om tiltakene og om organisasjonene. Dokumentene kunne dermed brukes som en subjektiv informasjonskilde fra leder, i tillegg til det perspektivet som blir vist i intervjuene. Dette er i tråd med Kvaales (2009) anbefalinger om å undersøke stoffet fra ulike vinkler. Jeg vurderte så om innholdet var troverdig, samt om dokumentene var rimelige og konsistente.

5. Deretter vurderte jeg om dokumentene var første eller annenhåndskilde. Dokumentene ble så undersøkt opp mot funnene fra intervjuene der jeg sjekket om innholdet helt eller delvis var i samsvar med disse, og med det jeg tidligere hadde funnet i kilder fra forskning, hjemmeside og media.

6. Gjennom arbeidet med overnevnte punkter konkluderte jeg med at dokumentene var egnet til mitt formål med å besvare problemstillingen. Resultatene fra dokumentanalysen presenteres sammen med andre resultat i resultatkapittelet.

## **5.4 Kvalitativt semistrukturert intervju**

I følge Kvale (2009) er formålet med det kvalitative forskningsintervjuet både beskrivelsen og tolkningen av fenomenet i intervjupersonens livsverden. Det kvalitative intervjuet sees på som en sosial konstruksjon mellom intervjuer og informant. Informanten ser selv nye forhold, sammenhenger eller betydninger i løpet av intervjuingen uten at intervjuer tolker. I følge Kvale (2009) begynner intervjupersonen å handle på bakgrunn av ny innsikt. Han forklarer forskningsintervjuet som et kontinuum mellom beskrivelse og tolkning.

Min analyse bygger på et semistrukturert intervju med intervjupersonen der vedkommende beskriver sin livsverden, hva vedkommende opplever, føler og gjør i forhold til et emne. Semistrukturert intervju er i følge Kvale (2009) å anbefale når fokuset er å forstå hvordan mennesket selv erfarer og opplever sin livsverden i forhold til et fenomen. For å forstå «empowerment i innvandrersorganisasjoner» og få svar på mine forskningsspørsmål valgte jeg kvalitative semistrukturerte intervju med ledere eller personer som hadde ansvar for helsetiltak i innvandrersorganisasjoner.

### **5.4.1 Avgrensning av utvalg**

Å ta utgangspunkt i organisasjoner som har gjennomført helsetiltak ble valgt fordi jeg er interessert i kvalitativ informasjon som kan komme til nytte for aktører som jobber med videreutvikling av folkehelseiltak for minoritetsgrupper. Forskningen etterspør kunnskap om dette (Abebe 2010). Når det gjelder å bestemme passende utvalgsstørrelse i kvalitativ forskning, er det en avveining og avhenger av erfaring en har med å bedømme kvaliteten på informasjonen (Krokstad et al. 2002).

Det var i alt 244 organisasjoner som søkte om tilskudd, men ikke alle fikk innvilgelse. Denne studien søkte å oppnå et så fullstendig utvalg som mulig av innvandrersorganisasjoner som har rettet sitt arbeid mot helseaktiviteter i Oslo. Dette fordi det er lite kunnskap om hvordan

helsetiltak gjennomføres i innvandrersorganisasjoner og et fullstendig utvalg vil bidra med et mangfold av tanker og opplevelser relevant for forskningsspørsmålene (Kvale 2009, Thagaard 2009). Ledernes opplevelse og erfaring av hvordan empowerment kommer til uttrykk, vil belyse et mangfold av arbeidsmåter omkring helsearbeid fra de representerte organisasjonene. Da det kun var 12 organisasjoner innen kategorien for helse, kontaktet jeg alle. Dessuten ville jeg forsikre meg om å få tilstrekkelig med informanter dersom det var lav deltakelsesinteresse. For en masteroppgave vil vanligvis mellom fem og åtte kvalitative intervjuer være et tilstrekkelig antall. Jeg fikk svar fra ni informanter som ønsket å delta. Jeg valgte å inkludere alle fordi det ble vanskelig å eliminere organisasjoner etter at de hadde vist interesse og som nevnt fordi et fullstendig utvalg ville være en styrke for oppgaven.

#### **5.4.2 Hvem er informantene**

I studien har jeg inkludert leder i organisasjonen eller ansvarshaver for tiltakene. Leder og de som har ansvar for tiltakene har jeg definert som personer som har en sentral innflytelse og kunnskap om organisasjonen og helsetiltakene som er blitt gjennomført. Dermed vurderte jeg disse som det best egnede utvalg. Personer med annen bakgrunn ble ekskludert. Talt opp var 8 av 9 informanter ledere for organisasjonen. En informant var nestleder, og hadde sammen med leder ansvar for helsetiltak i organisasjonen. På bakgrunn av dette og for enkelhets skyld, betegner jeg heretter samtlige av informantene som informanter eller ledere.

#### **5.4.3 Begrunnelse for bruk av kvalitative intervju**

Kvalitative intervju har vist seg å være en godt egnet datainnsamlingsmetode i andre studier av personer med innvandrerbakgrunn (Ødegård 2010, Holm 2011). Ulike kulturelle forskjeller kan påvirke tilgang til informantene ved å bruke spørreskjema sendt med post eller på mail. Det kan også være ulike språklige utfordringer med skriftlige metoder som kan påvirke svarene (Djuve 2010). Spørreskjema vurderte jeg derfor som lite egnet. Fokusgrupper vurderte jeg som mindre egnet enn intervju fordi helse og makt (empowerment) er sensitive tema for mange, og det å snakke i fokusgrupper vil i større grad føre til at deltakerne holder informasjon tilbake (Kvale 2009, Abebe 2010).

#### **5.4.4 Intervjuguide og forberedelse til intervju**

Ved utarbeidelse av intervjuguide hadde jeg tatt stilling til hvilket teoretisk perspektiv jeg skulle anvende. Dette var for at spørsmålene i intervjuet kunne rettes mot dette perspektivet da jeg ønsket dybdeinformasjon om fenomenet «empowerment i innvandrersorganisasjoner».

Empowerment slik det ble presentert i teorien kan både være målparameter og en prosess. Empowerment blir vurdert som en prosess i denne sammenheng da det er hensiktsmessig for å besvare problemstillingen og fordi en på bakgrunn av ledernes subjektive fortellinger ikke kan måle empowerment hos leder eller organisasjon på noen måte.

Informantene ble spurt om deres bakgrunn. Dette for å belyse deres kompetanse og erfaring. Jeg ønsket å se om eventuelt kompetanse innvirket på arbeidsprosessen med helsefremmende arbeid (helsetiltak). Deres oppfatning av begrepet helse ble belyst. Dette var viktig for å vite om deltakers syn på helse ville innvirke i arbeidsprosessen med helsefremmende arbeid (spm. 1-4).

Om informantene opplevde empowerment i sitt arbeid i organisasjonen ble utforsket med spørsmål knyttet til ulike faser i prosessen med helsefremmende arbeid. Om arbeidet oppleves «meningsbærende» står sentralt i empowermentteori (Hur 2006). Fokus under en del av intervjuene var dermed rettet mot om organisasjonsarbeidet var meningsbærende for informantene. Spørsmål om det løpende organisasjonsarbeidet, arbeidsmåter, samt lederens rolle i arbeidsprosessene i organisasjonene, gav ytterligere innsikt om leders opplevelse av om organisasjonen hadde erfaring og kompetanse med helsefremmende arbeid, og eventuelt om dette hadde innvirket på deres helsetiltak (spm. 5-8).

Samarbeid står sentralt i empowerment (Hur 2006). Spørsmål knyttet til organisasjonsarbeidets effektivitet og kapasitet hadde til hensikt å belyse former for samarbeid under arbeidsprosessen med selve tiltaket (før, under og etter). Det samme gjaldt for informasjon om barrierer og muligheter innad i organisasjonene omkring arbeidet med å fremme helse. Ulike former for samarbeid kunne være hvordan medlemmene eller leder løste og fordelte arbeidsoppgaver, håndterte utfordringer og konflikter, samt innhentet ekspertise og ressurser. Jeg var også interessert i å vite om det fantes lignende tilbud i deres bydel, og eventuelt samarbeid med disse eller andre aktører (spm. 9-13).

Ved tema motiv til helsetiltak søkte jeg informasjon om spørsmål om drivkraft bak helsetiltaket, medlemmers lojalitet til organisasjonen og relasjoner leder har til medlemmer i organisasjonen. Med dette ønsket jeg å belyse om mening kom til uttrykk, ved å se på hvilke drivkrefter, (indre, i form av leder eller medlemmer, og/eller ytre samfunnskrefter) som lå bak engasjementet med å iverksette helsetiltak i organisasjonene (spm. 14-17).

Tema «arbeidsprosess og ressurser» hadde formål å frembringe informasjon om hvem eller hva som har påvirket planlegging, prioriteringer og beslutninger i arbeidsprosessen. Dette fordi det berører mange komponenter i Hur (2006) sin empowermentteori. Jeg søkte å få mer

dybdekunnskap enn under tema «effektivitet og kapasitet». Jeg fokuserte på leders opplevelse av betydning av tilskuddordninger, tilgang til ressurser og lokale, kvantitet og kvalitet på deres helsearbeid, samt betydning av politisk engasjement og kompetanse (spm. 18-20).

Tema «gjennomføring og utforming» av tiltak ble belyst etter spørsmål om informantene kunne beskrive helsetiltakene. Videre ble det stilt spørsmål om omstendigheter som påvirket utformingen av tiltakene. Jeg ønsket med disse spørsmålene informasjon om tiltakene var tilpasset medlemmenes eller målgruppens behov og eventuelt om medlemmene eller målgruppen innvirket i arbeidsprosessen med helsetiltakene (spm. 21-22).

«Oppslutning om tiltakene/betydning for medlemmene» ble belyst med spørsmål om leders beskrivelse av oppslutning ved tiltakene og betydningen av tiltaket for medlemmene og målgruppen. Disse spørsmålene hadde til hensikt å belyse helsetiltakenes innvirkning på medlemmene, og målgruppens helseatferd og helse (spm. 23-24).

På forhånd var det bestemt at intervjuene skulle fokusere på de helsetiltak som organisasjonene hadde fått tilskudd til. Noen begreper ble brukt i intervjuet, som for eksempel «tiltak». For å forsikre meg at informantene forsto begrepene gjennomgikk jeg ulike begreper i intervjuteksten og forberedte ulike beskrivelser av disse. Dette med hensikt om at jeg og informant skulle ha tilnærmet lik oppfatning om ulike begreper som ble brukt.

I følg Kvale (2009) får man ikke kunnskap om fenomenet kun gjennom litteratur og teoretiske studier. Jeg søkte opp kunnskap om fenomenet, i tillegg til informasjon fra dokumentanalyse, ved å gjøre research på internett. Dette for å bli litt kjent med rutiner, adferd og språkbruk i organisasjonene. Jeg hadde mulighet til å innhente kunnskap ved å delta på noen av organisasjonenes aktiviteter og tiltak. Jeg fikk invitasjon til tre tiltak, men hadde kun anledning til å delta på ett på grunn av eksamen. Ved å lese invitasjonene fikk jeg et inntrykk av hva tiltakene tilbød og hvordan de var utformet. Jeg deltok på et forberedelsesmøte til tiltak i en av organisasjonene etter å ha blitt invitert. På denne måten fikk jeg innblikk i hvordan tiltak kan forberedes og ledes, samt å se hvordan medlemmene er representert i planleggingen. Jeg hadde også en lang telefonsamtale med en person fra en interesseorganisasjon som samarbeidet om et tiltak med en av innvandrersorganisasjonene i studien. Den lange samtalen var tilfeldig da hensikten med samtalen var å få kontakt med informanten, men bidro med nyttig bakgrunnsinformasjon om samarbeid.

### **5.4.5 Intervjusituasjonen**

De ni kvalitative intervjuene ble gjennomført i Oslo i desember og januar 2011/2012. Samtlige tiltak var gjennomført og avsluttet før intervjuene ble holdt. Informasjon om studien ble gitt til alle deltakerne på forhånd og skriftlig samtykke til deltakelse ble mottatt av alle deltakerne før intervjuet startet. Alle intervjuene ble holdt på norsk, unntatt ett som ble holdt på engelsk. Intervjutiden var på 45-60 minutter.

Under selve intervjuet viste jeg interesse for det informantene sa med hensikt å skape tillit mellom forsker og informant. Jeg var bevisst på å stille åpne spørsmål for å påvirke svarene minst mulig, samt å følge opp med oppfølgingsspørsmål for å få dybdeinformasjon om tema som var relevante for problemstillingen min. Jeg oppmuntret til å svare inntil det dukket opp ny informasjon. For ikke å avbryte informantene laget jeg notat i margen og tok opp igjen tråden senere i intervjuet dersom jeg ville oppklare noe eller gå dypere inn i tema.

I følge Kvale (2009) avhenger kvaliteten på intervjuteknikk av hvordan vi tolker intervjuet. Ved for eksempel å gjenta spørsmål i to og tre ulike versjoner, og hver gang få samme indirekte svar er intervjuet selvtolket. Eksempelvis vil tre like svar verifiserer et svar, mens tre ulike svar oppleves som motsigelser, og vil bli verifisert annerledes. Jeg verifiserte svarene ved å spørre; er det ..... du mener?, forstår jeg deg rett ved.....? Før øvrig forsøkte jeg å finne en balanse mellom å ha god flyt i samtalen og å verifisere.

### **5.4.6 Lydopptak**

Intervjuet ble tatt opp på diktafon. Dette er den vanligste måten å dokumentere intervju på i dag da det lar intervjuer holde fokus på intervjuets emne og dynamikk (Kvale 2009). Jeg testet den tekniske kvaliteten på diktafonen og forsikret meg dermed om at opptaket var av god kvalitet. Dette gjorde jeg innledningsvis ved hvert intervju. Jeg forsøkte å skape en intervjusituasjon som ikke var forstyrrende for samtalen. Til tross for dette, for å få gjennomført alle intervjuene, ble to intervjuer holdt i lokale hvor det var en del bakgrunnsstøy, og ett intervju ble holdt over telefon hvor båndopptakeren fanget opp stemmen på mikrofonen. Rett etter intervjuet skrev jeg et kort sammendrag av intervjusituasjonen slik jeg oppfattet det. Dette ble gjort for å vurdere om føringer ble lagt for svarene og påvirket analysen. Å analysere ordbruk, tonefall og pauser er ikke sentralt for fortolkning i oppgaver liknende denne (Thagaard 2009), og er utelatt i studien.

### **5.4.7 Transkripsjon**

Jeg transkriberte intervjuene innen en uke etter intervjuene. Flere intervju ble holdt nært i tidsrom slik at det ikke lot seg gjøre å transkribere alle umiddelbart etterpå. Å transkribere i kort tid etter intervju kan være en fordel da en husker bedre innholdet i intervjuet. Jeg tok utgangspunkt i retningslinjer for transkribering for å opprettholde konsistens og systematikk i alle intervjuene, og slik at de var godt egnet for analyse. Retningslinjene var lagt opp til å finne egnet transkripsjon til min problemstilling i studien (Kvale 2009). Transkripsjonene var dermed preget av min personlige stil ut fra hva som var hensiktsmessig. Jeg holdt meg konsekvent til en stil gjennom alle intervjuene. I hovedsak er intervjuene skrevet så ordrett og så utfyllende som mulig. Dette for å kunne kontrollere at jeg opprettholdt den opprinnelige betydningen i intervjuene i oppgaven. Jeg lyttet til diktafonen og skrev fortløpende på PC. Jeg spolte tilbake 1-3 ganger dersom noe var uklart på grunn av kvaliteten på opptaket, eller dersom informantens uttale gjorde det vanskelig å forstå.

### **5.4.8 Etikk**

Det er klare og svært nødvendige grunner til å forske på helse i befolkningen med innvandrerbakgrunn. Et grunnleggende krav i forskningsetikken er at man alltid skal se på et annet menneske som et mål i seg selv, og ikke bare et middel i forskningen (De nasjonale forskningsetiske komiteer 2011). I planleggingsfasen har jeg vurdert hvordan deltakerne ville kunne påvirkes av studien, for eksempel hvorvidt de blir sittende igjen med et godt bilde av seg selv etterpå (Kvale 2009), og lagt opp metoden deretter.

Studien min behandler direkte og/eller indirekte opplysninger som kan knyttes til en enkeltperson og omfattes av personopplysningsloven (De nasjonale forskningsetiske komiteer 2011). Jeg søkte dermed godkjennelse for å gjennomføre studien av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) gjennom Personvernombudet for UMB. Dette ble innvilget november 2011. Det var imidlertid ikke krav om å legge prosjektet frem for REK Sør-Øst fordi det ikke skulle innhentes direkte helsemessige opplysninger (NSD 2011).

Når det gjelder konfidensialitet stilles det krav i forskning om å beskytte berørte parter sitt privatliv (De nasjonale forskningsetiske komiteer 2011). Forskningsmaterialet ble derfor anonymisert på en slik måte at enkeltpersoner ikke kunne gjenkjennes. I det ferdige produktet anonymiseres opplysninger som kan knyttes til et enkeltindivid. Informantene er imidlertid få og organisasjoner som har fått tilskudd er tilgjengelig for offentligheten, noe som gjør det til en utfordring å anonymisere materialet fullstendig og samtidig få til en god og reproducerbar



analyse (Kvale 2009, Thagaard 2009). Før intervjuets start ble innholdet i det informerte samtykket gjennomgått sammen med informant. Dette for at deltakerne i studien skulle kunne ha en forståelse av forskningsprosjektet før samtykket til deltakelse ble avgjort. De ble informert om formålet med prosjektet, metode og eventuelle følger ved å delta (De nasjonale forskningsetiske komiteer 2011, Kvale 2009). Det ble informert om at deltakelse var frivillig og at de når som helst kunne avbryte uten at det ville få konsekvenser for deltaker (De nasjonale forskningsetiske komiteer 2011).

Vedrørende oppbevaring av data, var informanten knyttet til datamateriale med et referansenummer. Referansenumrene var koblet til en liste med navnene på informantene og organisasjonene og ble oppbevart som papirkopi. Det var kun jeg som hadde tilgang til listen. Lydopptakene ble kun oppbevart på stasjonær PC uten internetttilgang i min bolig. Jeg slettet lydopptakene fra diktafonen når back up var tatt. Back up av lydopptakene ble så slettet når intervjuene var transkribert. De transkriberte intervjuene ble oppbevart som både papir- og elektronisk kopi på min private PC, beskyttet med passord. PC, papirkopier samt diktafon ble låst inn hjemme når det ikke ble jobbet med. Jeg slettet intervjuutskriftene når analysen var ferdig i henhold til krav fra den De nasjonale forskningsetiske komiteer (2011).

#### **5.4.9 Analyse i kvalitativ forskning**

I resultatdelen har jeg presentert empirien ut fra en kategorisering som er logisk knyttet opp til empowermentmodellen og forskningsspørsmålene. De ulike kategoriene er presentert som overskrifter til teksten. Resultatene fremstilles i en deskriptiv form og med sitathenvisninger som viser til hva informanten sier og gjør. Denne presentasjonen har til hensikt å gjøre det lett og synlig for leser hvordan jeg tolker empirien. Sammen med denne deskriptive presentasjonen følger adskilte resonnement på min tolkning av empirien og dens forhold til Hur (2006) sin empowermentmodell. I drøftingsdelen diskuterer jeg de samme kategoriene som er presentert i resultatdelen, men i lys av veien til empowerment (jf. modell s 19). Hur (2006) anbefaler ved analyse av empowerment, at de åtte komponentene i personlig (leder) empowerment og kollektiv (medlemmer/organisasjon) empowerment, vurderes opp mot de fem stadiene i den overordnede empowermentprosessen (veien til empowerment). Dette skaper en gunstig veksling i analyseringen mellom det subjektive og objektive perspektiv av fenomenet «empowerment i innvandrersorganisasjoner». Dette er i tråd med anbefalinger av Kvale (2009) og hensikten med bruk av den hermeneutiske spiral.

#### 5.4.10 Analyse av intervju

Jeg har tatt utgangspunkt i en av Kvales (2009) tilnæringsmåter for meningsfortolkning. Da oppgaven bygger på empowermentmodell med et antall tilhørende komponenter, var det naturlig å anvende meningskategorisering som analysemetode. I analysen av intervjuene har jeg anvendt koder basert på komponenter hentet fra Hur (2006) sin modell.

Det første jeg gjorde i arbeidet med meningskategoriseringen var å danne meg et helhetsinntrykk av teksten. Jeg sammenfattet sentral informasjon i forhold til empowermentteori og problemstillingen og fjernet mest mulig irrelevant informasjon. Deretter satte jeg koder på teksten etter begreper fra empowermentteori og delte det inn i overordnede kategorier som personlig og kollektiv empowerment (jf. modell s. 19). Deretter kodet jeg denne teksten etter de fire underkategoriene for personlig (leders) empowerment ved å sette koder i margen. Jeg kodet så teksten på samme måte for de fire underkategoriene for kollektiv (medlemmers/organisasjonens) empowerment.

Personlig empowerment er relevant for å belyse hvordan empowerment hos leder kommer til uttrykk i arbeidet med helse relatert arbeid i organisasjonen. Det antas at leder har en mer sentral rolle enn medlemmene i dette arbeidet. Kollektiv empowerment er relevant for å belyse hvordan empowerment kommer til uttrykk hos medlemmene og organisasjonen som helhet, i arbeidet med helse relatert arbeid i organisasjonen. Samholdet i en gruppe kan for eksempel ha stor betydning for dette. Å kombinere personsentrerte og kollektive fremstillinger bidrar til fortolkning fra ulike perspektiv (jfr. den hermeneutiske spiral), samt å opprettholde helhetsforståelsen av materiale (Kvale et al. 2009, Hur 2006).

Sitatene er viet mye plass fordi de fremhever særlig gode poeng og fordi direkte gjengivelse i sitatform formidler empirien best. Presentasjon av usammenhengende eller gjentakelser i sitater er omskrevet i noen grad, for å unngå uetisk stigmatisering av personer eller grupper slik Kvale (2009) anbefaler.

Som tidligere nevnt har jeg i drøftingsdelen drøftet hver av komponentene i personlig og kollektiv empowerment, og deretter vurdert de opp mot andre komponenter, inkludert de kategorier for veien til empowerment (jf. modell s.18). Bruk av metodetriangulering og drøfting ut fra aktuell litteratur har bidratt til å belyse tema fra flere vinkler. Jeg har drøftet de funn som er relevante for problemstillingen. Til slutt i drøftingsdelen har jeg drøftet styrker og svakheter ved mine metodiske valg, gjennomføringen av studiet og hvordan det har påvirket resultat og konklusjon.

## 6. RESULTAT

### 6.1 Analyse av dokumenter

#### 6.1.1 Beskrivelse av dokumentene

I henhold til retningslinjene for søknadene er målet med tildeling av tilskudd for både de kommunale og statlige midlene, å skape møteplasser i lokalsamfunn på tvers av etnisk og nasjonal opprinnelse. Dette er i tråd med regjeringens strategi med hvordan innvandrersorganisasjoner kan bidra med å bedre integrering og helse av befolkningen med innvandrerbakgrunn (St. meld. nr. 20 (2006-2007)) og St. meld. nr. 47 (2008-2009)).

Hovedmålgruppen for de statlige og kommunale tilskuddsmidlene var frivillige organisasjoner i lokalsamfunn, inkludert innvandrersorganisasjoner og innvanderråd. I følge de to retningslinjedokumentene ble tilskudd i hovedsak gitt til tiltak der det var konkret samarbeid med lokale aktører og som var basert på en betydelig andel frivillig innsats (EMI 2011a, IMDi 2011).

Tiltak for kommunale midler kunne være et kurs, seminar, utstilling, informasjonsmøte, konsert eller idrettsaktivitet. Når det gjaldt kriteriene for å få støtte til statlige midler ble tilskudd gitt til aktiviteter og tiltak som innfridde minst en av følgende kriterier; å motivere barn og ungdom med minoritetsbakgrunn til å lære å prestere i skolen, å motivere foreldre til å engasjere seg for barnas utdanning, å bidra gjennom hjelp til selvhjelp, til sosial mobilitet og økt deltakelse i samfunnet, eller å fremme interkulturelle relasjoner og styrke mangfoldskompetansen i samfunnet. Det var også åpning for tiltak som ville bidra til nettverksbygging og til økt synliggjøring av kompetanse i minoritetsbefolkningen for bedrifter og arbeidsgivere (ibid.).

I følge retningslinjedokumentene var det krav om at søknadene skulle inneholde budsjett, samt krav om fremlegg av rapport og regnskap etter endt tiltak. I følge dokumentene som omhandler tildeling av tilskudd mottok organisasjonene hver seg en sum på 15 til 70 tusen kroner. De fleste lå på cirka 30 tusen kroner (EMI 2011b, EMI 2011c).

Av de totalt ni søknadsdokumentene som jeg analyserte gjaldt to av søknadene Oslo kommunes integrering og mangfoldstiltak, og syv av søknadene statens tilskudd til frivillig virksomhet. EMI behandler alle disse søknadene og mottok søknadene i en to- måneders periode i 2011, fra midlene ble utlyst og til søknadsfrist.

Søknadsdokumentene var i hovedsak preget av personlig språk. Språket viste en tendens til at personene som skrev søknadene var sterkt engasjert i organisasjonsarbeidet og tiltakene. Flere

uttalelser var skrevet på liknende måte; «Norge er et annerledes land og ..... det viktig at vi forstår og respekterer hverandre».

Søknadsdokumentene (statlige og kommunale) var utformet med følgende kategorier; søkerne og deres identitet, opplysninger om organisasjonen, tiltak det søkes tilskudd til, målgruppe for tiltaket, mål med tiltaket, samarbeid for tiltaket, støtte fra andre til tiltaket, beskrivelse av tiltaket og eventuelt andre opplysninger. Det som var skrevet var stort sett greit å tyde. Hvilke målsetning organisasjonene hadde og deres plan for gjennomføring av tiltak var for eksempel lett å forstå. Selv om søknadene hadde adskilte overskrifter var det en tendens at informasjonen var litt rotete presentert fra søker/skribent.

To søknader skilte seg ut i forhold til ryddighet og språkkvalitet. Disse var skrevet av ledere for organisasjonene det skulle samarbeides med, og vedkommende var etnisk norske. De resterende syv av ni søknader var skrevet av personer med minoritetsbakgrunn. De som hadde skrevet søknadene hadde nært forhold til tiltakene og innholdet i dokumentet da de enten var organisasjonsledere eller hadde ansvaret for tiltakene i organisasjonene.

Noen ledere beskrev planlegging, innhold, utforming og målsetning av tiltakene konkret. Andre presenterte dette mer vagt. Noen hadde tiltak som er langvarige, mens andre hadde tiltak over få dager. Tiltakene hadde variert utforming. Det være seg festival, seminar, møter, stand og langsgående tiltak med fysisk aktivitet. De fleste tiltakene viste seg å være ganske ulike, men noe felles var det å finne.

### **6.1.2 Bruk av informasjon fra dokumentene i forberedelse og verifisering av intervju**

Informasjonen i søknadene bestod hovedsakelig av en plan for gjennomføring av de ulike helsetiltak. Det fremkom at tiltakene var basert på aktuelle helseutfordringer for målgruppen. Det fremkom også tegn på at personene som hadde skrevet søknaden hadde et vestlig syn på helse eller helsetiltak. Følgende sitat viser et eksempel på en beskrivelse av tiltak.

«3 store møter, arrangert i Oslo... håper på 30-40 deltakere hver gang... fordeling av arbeidsoppgaver.... informasjon på 2 språk, norsk og .....foredraget vil være dialogbasert... tema vil være forebygging og bevaring av helse.... arbeid og integrering».

Søknadene inneholdt også informasjon om organisasjonens erfaring med helsetiltak fra tidligere. Det at organisasjonene hadde ulik erfaring med tiltak, tolket jeg som at organisasjonene ville ha ulike utfordringer med å iverksette tiltakene, samt at tiltakene ville ha ulik kvalitet. Det å ha tilgjengelighet til fast lokale fremsto som å ha innvirkning på organisasjonenes arbeid. Det at det

i flere av søknadene var opplyst om bruk av tolk ved tiltak, forsto jeg som tegn på svake norskkunnskaper blant medlemmene.

Det var godt samsvar mellom informasjon fra søknader og informasjon jeg hadde innhentet ved research. All tilgjengelig informasjon jeg hadde tilgang til, understøttet informasjonen jeg hadde fanget opp i søknadene. Det var noen organisasjoner jeg ikke fant publisert stoff om, men det var ingen grunn til å anta at informasjonen var mindre troverdig fra organisasjoner jeg hadde mindre informasjon om. På bakgrunn av dette tolket jeg søknadene som troverdige. Generelt kunne dokumentene tenkes å ha høy troverdighet i og med at organisasjonene var pålagt å avgi rapport om tiltakene innen ett år. Det kan tolkes som at organisasjonene var opptatt av å gjøre gode forberedelser og gjennomføring og å oppgi korrekte opplysninger fordi det skulle rapporteres til offentlig myndighet etter endt tiltak.

### **6.1.3 Presentasjon av organisasjoner, medlemmer og ledere**

Tabell 1 (under) beskriver de ni organisasjonene, deres medlemmer og ledere som er representert i denne studien. Tabellen gir et helhetsinntrykk av organisasjonene før dybdeinformasjon presenteres senere i resultatdelen. Leser har mulighet ved hjelp av tabellen til å verifisere mine beskrivelser underveis med de i resultatene. Tabellen gir også detaljert informasjon om variasjon innen de ulike tema i de ulike organisasjonene. For eksempel gir tabellen informasjon om antall medlemmer i organisasjonene, og leser kan danne seg et inntrykk av hva jeg betegner som stor og liten organisasjon. Tabellen presenterer organisasjonene med; organisasjonens levetid, type aktivitet som organisasjonen tilbyr til vanlig og ved helsetiltak, antall medlemmer, antall faste medlemmer, samt om organisasjonen har fast lokale. Medlemmene presenteres med; nasjonalitet, alder og kjønn. Videre presenteres lederne med; deres etniske bakgrunn, hvor mange år de har ledet organisasjonen, samt deres kompetanse. Informasjonen er hentet fra dokumenter og intervju, som så er verifisert mot hverandre.

**Tabell 1: Organisasjoner, medlemmer og ledere i studien**

**Begrepsforklaring:** A= alle, M= mann, K= kvinne, U= ungdom, V= voksen, Utd= utdanning, hUtd= høyere utdanning, Pol=politisk erfaring, Fast= fast lokale, Ikke fast= ikke fast lokale, + (pluss)= eventuelt mer, - (minus) = ingen, Pak=Pakistan, Ind=India, Som=Somalia.

Org.:	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Org. levetid	10+	10+	15+	5+	3+	20+	10+	10+	5+
Ant. registrerte medl.	25+-	300	3000	30	?	?	50+-	100+-	35+-
Fast medlemsgruppe	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja	Ja
Fast lokale	Ja	Ja	Ja (ikke til all akt.)	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja	Ja
Type akt. til daglig (ordinær akt)	Helse/ fys akt	Utdanning	Helse/kurs	Forebyg./ div. tiltak	Inklud./Integr.	Helse/prosjekt	Helse/ Fys. Akt.	Kristen/ kor og samtale	Sosialt
Type akt ved helsetiltak som støttes med tilskudd	En videreføring av kurs i svømming, yoga og foredrag	Møter om diabetes	Seminar og kurs om SOI,HIV/ AIDS psykisk helse, eldre	Inklud. helsearb. for barn og unge	Møter om diabetes	Styrke helse og selvtillit til kvinner over 50 år	Kurs med fokus på psykisk helse	En kvelds-samling om helse	Helse-prosjekt om oppfølging i helsevesenet
Alder hos medl.	55+	55+	16+	13+	10+	16+	16+	16+	55+
Nasjonalitet hos medl.	Pak/A	A/ Pak	A	Som	Som/A	Pak	Ind/ Pak /A	Afrika/A	Pak
Etnisitet hos leder	Pak	Pak	Pak	Som	Som	Pak	Ind	Sentral Afrika	Pak
År som leder i org.	10+	10+	5+	5+	3+	10+	10+	5+	5+
Kompetanse/Formell utdanning hos leder	Politisk erfaring	Høyere utdanning	Høyere utdanning	Ingen formell utd./ komp.	Utd.	Utd.	Høyere utd./ politisk erfaring	Ingen formell utd./ komp.	Ingen formell utd./ komp.

## 6.2 Analyse av helsetiltakene med empiri fra søknadsdokumentene

Søknadskjemaene inneholder i hovedsak en skriftlig og generell fremstilling av helsetiltakene som organisasjonen søker økonomisk tilskudd til. Inntrykket jeg sitter igjen med etter å ha analysert søknadene er at organisasjonene gjennom tiltakene når ut til mange av organisasjonenes målgrupper og gjennom tiltakene har potensial til å stimulere mange mennesker med innvandrerbakgrunn. Det være seg å bli opplyst, komme i form, utvikle sitt nettverk, føle sosial støtte med mer. Søknadene har en generell fremtoning hos de fleste organisasjonene. Hvordan organisasjonene planlegger for å oppnå et godt tiltak og om de når ut til en stor målgruppe slik som de forespeiler i søknaden er et «funn» fra dokumentanalysen som jeg vil undersøke videre i intervjuene. Under presenterer jeg fem sitater som godt beskriver helsetiltakene.

1.«Tiltak i form av festival for å markere Verdens Aids Dag. Det er tiltak for å oppnå og bevare en romslig og inkluderende by og skape og videreføre kunnskap og holdning til kommende generasjon. Festivalen er en videreføring og utvikling av arbeidet fra 2010. Arrangementet er utvidet med et kick off -arrangement dagen før hovedfestivalen. Hovedfokus er formidling av informasjon og kunnskap hovedsakelig til ungdom med flerkulturell bakgrunn. Det holdes aktiviteter i form av appeller, danseshow, rollespill, teater, konkurranser, mat, konserter, hennamaling samt kunst og infostands. Underholdning er bidrag fra personer fra 4 kontinenter. Det er utstilling av produkter fra næringslivet, kunst-håndverkere og organisasjoner med ulik etnisk bakgrunn. Ca. 600 ungdommer vil besøke festivalen.»

2.«Tiltaket består av tre store møter. Møtene vil bli arrangert i bydelen. Arbeidsoppgaver fordeles mellom Diabetesforbundet og Innvandrerorganisasjonen. Tema som vil bli belyst blir besluttet i samråd med begge parter. Programmet vil bli laget på norsk og 1 til 2 andre språk som det blir enighet om. Markedsføring skjer i de respektive miljø hos samarbeidspartene, og informert gjennom ressursmiljø. Møtene skal være dialogbasert. Tema vil bestå av betydning av god helse, hvordan forebygge og bevare og hvordan leve med god helse, betydning av å leve i samfunnet og for integreringen i et nytt land. Bevertning, barnepass vil tilbys. Vi håper å ha opptil 50 deltakere hver gang.»

3.«Lavterskeltilbud til målgruppen. Består av bevisstgjøring på fysisk aktivitet og gode kostvaner, gjøre eksisterende helsetiltak og arenaer mer tilgjengelig og utvikle tilbudene til å være bedre tilpasset målgruppen. Vi ønsker å få tak i, samt å gjøre avtaler med flere samarbeidspartnere, og ha egnede lokaler for tiltakene», samt ha «Kvinnearrangement 8.mars med informasjon om svømmekurs og helse/ og trimtilbud, boksekurs for jenter, kostholdskurs, dansetilbud osv.. Formidling via nettverk og idrettsforeninger i bydelen.»

4.«Tiltak i form av svømming, kurs/praksis 3 ganger i uken, yogatrening 1 gang i uken, foredrag og tur. Det er en svømmeinstruktør og to veiledere.»

5.«Kveldssamling for kvinner som samles og diskuterer ulike tema, kjønnsrelaterte tema, vold, likestilling, rettigheter, integrering, samt tema knyttet til familie, tro og økonomi. Utforming i form av samtaler, eller foredrag, video eller annet», og «Ungdomsaktiviteter der ungdom diskuterer tema som opptar dem. Utforming av tiltaket er møte med ungdom i samvær med prosjektleder og/eller andre ungdommer. For noen er det en barriere å samtale om personlige tema, derfor ønskes lavterskeltiltak og å holde trygge omgivelser. Det skal forsøkes å tilby ungdommen aktiviteter, for eksempel sang, instrument, teater, film eller turer. Tiltaket er basert på ide fra samarbeidspartnere som har god erfaring med det. Mål for tiltaket er mestring og å bli kjent».

### **6.3 Personlig empowerment på bakgrunn fra søknadene**

Videre har jeg analysert søknadenedokumentene opp mot empowermentteori. For å besvare forskningsspørsmålene mine er har jeg vektlagt hvordan empowermentkomponenter (jf.modell s. 19) kommer til uttrykk, samt dets betydning for medlemmenes helse. Først ser jeg på de personlige empowermentkomponentene, deretter de kollektive empowermentkomponentene.

### 6.3.1 Mening

Fem av ni ledere uttrykker i søknaden at de føler empati for medlemmene. Dette kommer til uttrykk på følgende måte;

«forstår det er mange som har det vanskelig»

«flere av styremedlemmene har erfart å være utenfor samfunnet og er kjent med medlemmenes problemer»

Jeg tolker at empatien uttrykker noe om leders tokulturelle identitet, verdier, tro og oppførsel og således kan tolkes som opplevelse av «mening» for lederne (jf. Hur 2006).

### 6.3.2 Kompetanse

Kun to ledere skriver at de har relevant fagkompetanse for tiltakene som de planlegger. En leder gir uttrykk for pedagogisk kompetanse ved å vektlegge betydning av å lære bort ferdigheter til medlemmene. Lederne uttrykker å ha kompetanse på følgende måte;

«leder har bakgrunn som internasjonal folkehelsearbeider og er ansatt i oppvekstavdeling i en bydel i Oslo»

Videre skriver denne lederen at han og kollegaer er bevisst og jobber med empowerment ved å styrke medlemmenes praktiske evner.

«å lære bort til yngre som de kan bruke i videre karriere, samt gi dem erfaring med å lage sluttrapport, seminarer og konferanser».

Den andre lederen har;

«lang faglig kompetanse innen psyksik helse og gruppeterapi»

Jeg tolker at overnevnte kan tolkes som kompetanse i henhold til Hur (2006) som beskriver dette som tro på at man besitter ferdigheter og evner og er nødvendig for å utføre en jobb eller oppgave.

### 6.3.3 Selvbestemmelse

Det er kun tre ledere som skriver om denne empowermentkomponenten i sin søknad. Disse lederne viser tegn til selvbestemmelse, i henhold til Hur (2006), ved at de har initiativ og proaktivitet og tør stemme ens oppfatning.

«la uerfarne få ta ansvar samt gi dem erfaring med å lage sluttrapport, seminarer og konferanser».

Dette sitatet uttrykker at lederen viser mot til å ta risiko (jf. Hur 2006) om å overlate ansvaret til medlemmer som er ukvalifiserte.

«snakke om tabu-tema»



Denne lederen viser at han tør stemme ens oppfatning (jf. Hur 2006) ved å ta opp og snakke om tabu- tema. En annen leder skriver at de i organisasjonen;

«jobber for de svakeste i samfunnet, vi satser på langsiktig arbeid»

Dette tolker jeg som uttrykk for konsistens og utholdenhet (jf. Hur 2006) ved aktiviteter hos leder.

#### **6.3.4 Innflytelse**

Lederne skriver at de gjennom sine nettverk når ut til mange medlemmer. Å henvende seg til større grupper kan tolkes å innebære beslutningsprosessevne (jfr. Hur 2006) og er en forutsetning for innflytelse. Flere som har hatt tiltak tidligere viser i søknadskokumentene til god oppslutning og resultat de har hatt gjennom dette. Det tolker jeg som eksempler på at leder har påvirket strategisk eller administrativt i deres jobb som gjør en forskjell hos medlemmene eller i samfunnet (jfr Hur 2006). Noen organisasjoner skriver hvor mange medlemmer de har og andre nevner at de har omfattende tiltak som når ut i lokalsamfunnet og i regioner nasjonalt og internasjonalt.

### **6.4 Kollektiv empowerment på bakgrunn av søknandene**

#### **6.4.1 Kollektiv til hørlighet**

Kollektiv tilhørighet, slik Hur (2006) beskriver det, kan oppstå i en gruppe på bakgrunn av dens sammensetning og hva medlemmene opplever i samvær med gruppen. Dokumentene beskriver kortfattet gruppens sammensetning ved å beskrive målgruppen for tiltakene.

«Kvinner og menn fra Somalia» og

«Pakistanske kvinner og familier».

Dette viser hvordan enkelte grupper omfavner i hovedsak personer fra bestemte nasjoner.

«eldre og enslige minoritetskvinner og deres barn» og «alle nyankomne innvandrere, enslige kvinner, kvinner som opplever familiekonflikt, samt rusmisbrukere» og «for barn og ungdom og deres familier i bydelen» og «skape fellesarena for alle med solidaritetsarbeid».

Dette viser organisasjonene der deres tiltak omfavner og har sammensetning av «alle etniske grupper». Dette gjelder hele fem organisasjoner, hvorav de fleste har spesifikke målgrupper.

Ut i fra disse beskrivelsene av sammensetning tolker jeg at medlemmene har kollektiv tilhørighet. I følge Hur (2006) vil fellesskapstilhørighet, identifisering med tilsvarende andre, å tilhøre sosialt nettverk av gjevndrende, ha personlig autonomi og å være del av en kollektiv og sosial solidaritet i gruppen finne sted på bakgrunn av overnevnte medlemssammensetninger (jf. innvandrere, enslig kvinne, nyankommen, barn og ung med mer). Hva medlemmene konkret opplever i samvær med gruppene i disse organisasjonene, og som har størst betydning for helsen blir utdypet i resultat fra intervjuer med lederne.

#### 6.4.2 Samfunnsdeltakelse

Helsetiltakene som er beskrevet i søknadsdokumentene er alle eksempler på og uttrykk for at organisasjonene har «samfunnsdeltakelse», slik Hur (2006) definerer det. Samfunnsdeltakelse kom til uttrykk på tre måter som jeg har gruppert organisasjonene etter.

En gruppe beskrev at de søkte faglig ekspertise, økt kunnskap og nettverksbygging gjennom helsetiltakene. Følgende er noen sitater som jeg mener representerer engasjement i lokalsamfunnet i organisasjonene;

«det vil skapes kontakt med en brukerorganisasjon med ekspertise som vil hjelpe med (...)nedbryting av myter»

«ønsker samarbeid med helsepersonell med ekspertise»

«ønsker kontakt med brukerorganisasjoner med ekspertise, samt skape dialog, tillit og økt bevissthet»

«jobber med nettverksbygging for kvinner, opplysning og kunnskap til foreldre og rusmisbrukere»

Dette er i tråd med hva Hur (2006) beskriver av aktiviteter som kan føre til endring eller som påvirker maktforhold i lokalsamfunnet. En annen gruppe uttrykte samfunnsdeltakelse ved å formidle kunnskap om psykisk helse og tabu-tema. Dette ble beskrevet på følgende måter;

«forebyggende arbeid innen mental helse, ..å avverge familiekonflikter, .. samarbeid med BUF-etat»

«tiltak om HIV, AIDS og SOI (seksuelt overførbare infeksjoner) for unge, tiltak for sosialisering for eldre med minoritetsbakgrunn, og tiltak om psykisk helse for familie»

I den tredje gruppen kom «samfunnsdeltakelse» til uttrykk gjennom plan for å fremme en sunn livsstil og øke fysisk aktivitet. Følgende sitat presenterer denne gruppen.

«fysisk trening i sosialt samvær»

«folkehelsearbeid ved fysisk aktivitet»

«pågåenede tiltak med aktivitet for de som er lite aktive og har dårlige kostvaner, og rekruttering av nye medlemmer».

### **6.4.3 Kontroll over organisasjoner i lokalsamfunnet**

«Kontroll over organisasjonen i lokalsamfunnet» slik Hur (2006) beskriver det, kommer i noen grad til uttrykk i søknadsdokumentene. Dette gjennom leders beskrivelser av krefter de har til å påvirke andre, hvilken effekt dette har, eventuelt politisk kontroll og gjensidig støtte (Hur 2006) i lokalsamfunnet.

På dette feltet var det naturlig å skille organisasjonene mellom de med stor påvirkningskraft (det vil si har kraftfulle og mange av Hur sine påvirkningsfaktorer) og en annen med begrenset påvirkningskraft. Den første gruppen bestod av to organisasjoner som begge rettet seg mot alle etniske grupper, hadde høye medlemsantall og hadde et internasjonalt nettverk. Stor påvirkningsfaktor i en organisasjon tolket jeg blant annet ved at deres tiltak nådde ut til 600 mennesker.

Den andre gruppen hadde til felles at de samarbeidet med 3-4 organisasjoner hver. Det være seg humanistiske organisasjoner og innvandrersamfunn, og disse nettverkene ble brukt som formidlingskanaler for å spre informasjon og å fremme deres interesser i lokalmiljøet. Enkelte av disse samarbeidet med flere etniske grupper og hadde også samarbeidspartnere utenfor Oslo.

«samarbeid med tre organisasjoner og et nærmiljøsentrum og bydelen»

«samarbeid med bydelen, diverse ideretsklubber og ernæringsfysiologer»

«samarbeid om en festival med ulike nasjonaliteter og med brobyggende tiltak»

«samarbeid med 4 store organisasjoner i og utenfor Oslo»

På bakgrunn av overnevnte sitat vurderte jeg disse organisasjonene å ha mer begrenset kontroll over organisasjonen i lokalsamfunnet, sammenlignet med overnevnte gruppe (Hur 2006).

### **6.4.4 Samfunnsbyggingen**

Ved gjennomgang av søknadsdokumentene var det kun en organisasjon som uttrykte komponenten «samfunnsbyggingen». Denne lederen har beskrevet dette slik;

»organisasjonen har lang erfaring med brobyggende arbeid og store arrangementer som når ut til mange mennesker og mange etniske grupper, (...)formidler oppdatert kunnskap, fremmer solidaritet, har bredt samarbeidsfelt, blant annet med Helsedirektoratet, Barne- og inkluderingsdepartementet, Justisdepartementet, Norsk kulturråd,

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Oslo kommune, Rådet for psyksisk helse, Mental helse Oslo, Den norske turistsforening og Frivillighet Norge”.

Jeg tolker dette er i tråd med samfunnsbyggingen slik Hur (2006) definerer at det bidrar til å skape fellesskap blant beboerne i et samfunn, og at de øker sin evne til å arbeide sammen, løse problemer og ta beslutninger for sosial endring sammen i gruppe.

## **6.5 Analyse av intervjuene**

### **6.5.1 Personlig empowerment på bakgrunn av intervju**

#### **6.5.1.1 Mening**

Flere av lederne forteller om livshendelser som har gjort sterkt inntrykk på dem. Disse inntrykkene har vært meningsbærende i oppstarten og videreføringen i det frivillige arbeidet for befolkningen med innvandrerbakgrunn. Halvparten av lederne forteller historier som handler om foreldrene deres og at de opplevde sårbarhet når deres foreldre ble rammet av sykdom eller falt fra. Lederne sier de kan kjenne seg igjen i den vanskelige situasjon mange medlemmer står i. Lederne gir videre uttrykk for at å arbeide for deres vanskeligstilte medlemmer er noe de har tro på og opplever som verdifullt. Lederne forteller at de på bakgrunn av deres tidligere erfaringer ser behov for å opptre med en forståelsesfull og støttende oppførsel overfor medlemmer (jf. Hur 2006). Jeg tolker at leders erfaring og forståelse av liknende situasjoner dermed er i tråd med Hur (2006) sin beskrivelse av «mening».

Flere ledere tok initiativ til deres organisasjonsarbeid på bakgrunn av erfaringer de fikk etter å ha bodd noen år i Norge. For eksempel opplevde en informant å bli syk på grunn av en tung og ensidig arbeidssituasjon i Norge. Vedkommende kunne ikke fortsette med fysisk krevende arbeid, og han hadde ikke kompetanse til å ta annet kvalifisert arbeid. Vedkommende opplevde ikke å være til nytte i samfunnet. Han kom i kontakt med mange med samme etniske bakgrunn og som hadde liknende utfordringer. Vedkommende ønsket å bedre situasjonen og bestemte å starte organisasjon. Denne handlingen tolker jeg er uttrykk for en tilpasning til ens kulturelle verdier, tro og oppførsel. Lederne og de andre med sammen etniske bakgrunn har begge en tokulturell bakgrunn og står overfor samme skjebne med henhold til arbeidsutfordringer i Norge. Handlingen kan således forstås å danne «mening» for denne lederen (Hur 2006).

#### **6.5.1.2 Kompetanse**

Gjennom jobb og nettverk har lederne opparbeidet kunnskap og erfaring som de har nytte av i jobben som leder. Først og fremst har god norskkunnskap hatt betydning for at de har fått gode

jobber og opparbeidet nettverk etter de kom til Norge. Lederne har jobbet som tolk, i media, i offentlige stillinger eller tatt videreutdanning.

Fem av ni informanter har høyere utdanning innen helse-, sosiale- eller ingeniørfag. En av de ni lederne jeg har snakket med har i tillegg utdanning i ledelse. Fire av informantene har ikke høyere utdanning. Disse har opparbeidet fagkompetanse gjennom annet relevant arbeid, og etter hvert utviklet et nettverk. De erkjenner at de på grunn av deres nettverk, språk- og (erfaringsbaserte) fagkompetanse har mulighet til å hjelpe andre og at dette kommer medlemmene til gode. Følgende sitat representerer mange av lederne;

«Jeg selv er fra en lukket familie og en veldig konservativ familie (slekt). Faren min var veldig moderne så derfor har jeg tatt utdanning og sitter her. Jeg har opplevd at begge mine foreldre er blitt veldig syke så derfor forstår jeg dem (medlemmene) veldig godt (hvordan de har det). Så drømmen min er å tilby medlemmene tillit og et trivelig miljø, og et sted hvor de føler trygghet».

I følge Hur (2006) kan kompetanse forklares ved at man besitter ferdigheter og evner som er nødvendige for å utføre en jobb eller oppgave. Jeg tolker at nettverk, språk- og fagkompetanse har vært nødvendig for å utføre deres jobb.

Selv om åtte av ni ledere er uten lederutdanning, har samtlige mange års erfaring med lederverv. De fleste har jobbet i nåværende organisasjon i flere år. Noen har ledet eller lært gjennom en annen organisasjon tidligere. Flere av lederne forteller at de gjennom sitt arbeid har lært seg arbeidsstrategier, fått kontakt med mennesker fra ulike samfunnsnivå og fått erfaring med papirarbeid, søknader og regnskap. Det er kun en informant som opplyser om å trenge hjelp fra kommunen med papirarbeid og regnskap. Et sitat forteller om en leders opparbeidelse av kompetanse gjennom å ha variert erfaring;

«Jeg har ledelsesutdanning, kanskje hvis jeg hadde hatt helsefaglig bakgrunn så kunne jeg fokusert bare på helse. Jeg vet om mange med høy kompetanse, men de vet ikke hva de skal gjøre med den. Jeg har bakgrunn fra litt av hvert. Alt henger sammen med alt. Hvis du ser igjennom alle organisasjonene så er ingen helt lik vår organisasjon. På grunn av min bakgrunn har jeg mange kontakter og stort nettverk».

I følge Hur (2006) innebærer kompetanse en blanding av tro og personlig mestring. Jeg tolker at informantene gjennom deres erfaring, det være seg å lære gode arbeidsrutiner el., har utviklet administrativ kompetanse og annen kompetanse.

Omtrent samtlige ledere nevner at de vektlegger empowerment gjennom sin lederstil. Fire ledere har en bakgrunn innen pedagogikk, folkehelse eller helse hvor bevissthet og kunnskap om empowerment er vanlig. De forteller at medlemmene påvirker i stor grad beslutninger og er med

på å forme organisasjonenes veivalg ved håndsopprekking, evalueringer, diskusjoner og ved å foreslå tema. Videre sier noen at de viser hensyn overfor medlemmene ved ikke å stille for høye krav og mener dette er spesielt viktig i frivillig arbeid. Omtrent samtlige informanter har erfart at å stille moderate krav fører til at medlemmene deltar i større grad. En informant sier følgende om hvordan medlemmene deres påvirker beslutninger,

«Vi forklarer dem hva som er viktigst for samfunnet. Her er det kvinner som er analfabeter, barn som trenger hjelp og kvinner som er overvektige. Hvordan skal vi hjelpe dem? Hva tror de selv at de trenger for å gå ned i vekt? De får sukkersyke og høyt blodtrykk, så hvordan skal vi redusere sånne problemer? Vi snakker sammen og diskuterer. Hvis det er viktig så lager vi et prosjekt».

Jeg tolker at de fleste av lederne forsøker å tilpasse egne forventninger til medlemmenes innsats og evner. Noen ledere gir uttrykk for at de opplever personlig mestring (jf. kompetanse Hur 2006) når de lykkes med en slik tilpasning, men at det er utfordrende.

Videre sier informanten at de snakker til de som er foreldre om betydningen av å kunne følge opp barna på skolen. De forteller at de hjelper foreldrene med å få bedre beslutningsgrunnlag og således kunne ta klokere valg. Dette tolker jeg i henhold til Hur (2006), og uttrykk for (leder)kompetanse. Det tolker jeg også som at deres flerspråklige kompetanse er av stor nytte. De uttrykker også samfunnsfaglig kompetanse, i denne sammenheng handlet det om å formidle til foreldrene verdien av å følge opp barna på skolen.

En annen leder beskriver hvordan ledelsen i organisasjonen ikke bare lar medlemmer være med å velge aktiviteter og tiltak, men at medlemmene gis ansvar for både innholdet og utformingen av disse.

«Vi har en gruppe medlemmer som er en ungdomsorganisasjon og hvor det er mange som kommer og går. Men det som er med frivillig arbeid, er at når du har tid så deltar du. Mange har sluttet og det er mange som ikke vil delta. Men når vi har markeringer eller festivaler så vet vi at det er der de trekker inn (vil bidra). Når det gjelder ungdommene og festivalene, så er det de som egentlig lager tiltakene og bestemmer hvordan festivalene skal se ut. Vi (voksne) er der for å tilrettelegge for dem, og stort sett er tiltakene ungdomsbeveget eller ungdomsinspirert. De har fashion show, sports Entertainment og alt som faller inn».

Jeg tolker dette sitatet uttrykker kompetanse i henhold til Hur (2006) ved leder besitter ferdigheter og evner som leder (jf. kompetanse), som skaper innsats, deltakelse og utvidet kompetanse hos medlemmene.

### 6.5.1.3 Selvbestemmelse

For øvrig viser lederne at de har stort initiativ med å engasjere medlemmer og tilrettelegge med å skaffe kursholdere, lokaler og økonomisk støtte til organisasjonsarbeidet. Mange ledere forteller også at de har fortsatt å arbeide som ledere selv etter å ha vært alvorlig syke. Faktorer lederne trekker frem som gjør arbeidet krevende er stor arbeidsmengde, vanskeligheter med å få medlemmer til å påta seg arbeidsoppgaver, at arbeidet er ulønnet, samt uvisshet om hvilke midler organisasjonene har å rutte med fra år til år. Enkelte ledere har inntrykk av at deres arbeid og innsats ikke verdsettes nok av myndighetene og tar dette tungt. Jeg tolker dette som at flere av lederne har selvbestemmelse ved at de viser både initiativ, proaktivitet, konsistens og utholdenhet (jf. selvbestemmelse).

Det kommer til uttrykk i intervjuene at lederne er tilsynelatende rause og konsistente med å vise sosial støtte til medlemmer. Majoriteten sier de ofte opplever at medlemmer har krevende oppførsel og at de må være tålmodige i slike situasjoner. De blir frustrerte, men forteller at de er varsomme med å la frustrasjon gå ut over medlemmene. Eksempler på hendelser lederne opplever som krevende er blant annet at medlemmer ikke vil betale, at de er misfornøyd med pris på aktiviteter, eller at medlemmer lurer seg unna arbeidsoppgaver. Dette tolker jeg sammenfaller med selvbestemmelse i form av at lederne viser personlig kontroll (Hur 2006).

Halvparten av informantene sier at det forekommer baksnakking i organisasjonen. Ofte er baksnakkingen knyttet til mistillit om at lederen har underslått penger i organisasjonen. Noen meddeler at baksnakkingen går inn på dem, men sier at medlemmenes oppførsel er som forventet, og at det er noe de må tåle. Følgende sitat er et eksempel på leders opplevelse av motgang og hva som likevel får de til å stå på videre.

«Jeg tenker noen ganger, hvorfor gjør jeg ikke noe jeg kan tjene penger på, kanskje jeg skal gjøre regnskap? (...) og noen ganger når jeg hører baksnakking tenker jeg, hvorfor sliter jeg for dem? Da må jeg bare slappe av, og på den annen side når jeg ser de damene, ser jeg at jeg har fått et liv som kan hjelpe andre, og at jeg kan gjøre det. Da begynner jeg på nytt igjen».

Med dette tolker jeg at lederne viser selvbestemmelse (Hur 2006), ved at de viser å ha troen på at de har autonomi eller kontroll over hvordan de gjør deres arbeid og ikke lar seg knekke av vanskeligheter de opplever i rollen som leder.

Lederne uttrykker at de har mot til å ta utfordringer, men at det kan gå på bekostning av eget omdømme. Flere synes det er utfordrende å påta seg oppgaver hvor de selv er uerfarne, uvitende, eller som er upopulære innenfor eller utenfor organisasjonen. Noen sier de tar sjanser, og

strekker seg langt med å iverksette og tilpasse seg fordi de opplever stor glede når medlemmene opplever resultater. Det være seg at medlemmer lærer å svømme, fullfører utdanning, samt har sosialt samvær og trygghet. Å ta utfordringer en møter og å ha mot til å ta risiko er knyttet til selvbestemmelse (Hur 2006). Jeg tolker informantenes uttalelser å være i tråd med disse.

I hvilken grad lederne får gjennomslag for saker og tørr stå for hva de mener overfor autoriteter og medlemmer (jf. selvbestemmelse) kommer til uttrykk i ulik grad hos lederne. Flere ledere forteller at de må opptre smidig for å balansere de ulike parters krav og unngå konflikter. Enkelte informanter gir inntrykk at de strever med dette. To organisasjoner fremstår å være meget lojale for medlemmenes ønsker om å forbli en liten og intim organisasjon. Disse organisasjonene fremstår som mer skjermet fra det øvrige samfunnet sammenlignet med de andre organisasjonene. En av disse har ikke opplevd konflikter i deres organisasjon, og mener det skyldes fordelene med å være liten organisasjon. Jeg tolker at dette kan være et uttrykk for at lederne har mangel på selvbestemmelse. Dette vurdert ut ifra Hur (2006) sin beskrivelse om at selvbestemmelse er å ha tro på, og ha autonomi eller kontroll over hvordan man gjør deres arbeid. De fleste lederne der i mot meddeler at de er vant til å få kritikk fra medlemmene og er enige om at ledere må tåle det.

«Noen sier at ingen kommer hvis det er lokale langt ut, men vi har lært at de kommer hvis de er interesserte. Vi må bare gjøre seminaret vårt interessant, så kommer de. De som klager sitter hjemme likevel, hvorfor kan de ikke komme til Tøyen og lære noe? Det er ikke bare bare å si det til dem. Vi sier vi jobber 24 timer i døgnet og at vi kommer for å holde foredrag for dem, fordi vi synes det er viktig. Og hvis de ikke kan bevege deg fra Torshov da synes dem det ikke er viktig. De som er der sier garantert at det var bra til andre. Når andre får høre det sier de søren at jeg ikke var der».

Dette sitatet er et eksempel på at leder balanserer egne og medlemmers krav mot hverandre, men der leder ikke viker for medlemmers krav, men gir uttrykk for ens indre stemme. Jeg tolker dette er uttrykk for at selvbestemmelse er til stede ved at leder viser evner til å opprettholde et fast standpunkt (jf. Hur 2006).

#### **6.5.1.4 Innflytelse**

På bakgrunn av Hur (2006) kan innflytelse beskrives å være den oppfatning av at man har påvirket strategisk, administrativt eller til utfall på jobb eller i samfunnet som gjør en forskjell. Informantene har variert innflytelse, der majoriteten gir uttrykk for å ha begrenset innflytelse. To av lederne opplever å ha noe innflytelse i lokalsamfunnet via andre ressurspersoner i organisasjons styre som har lokalpolitisk verv. De fleste av lederne har først og fremst innflytelse over egne medlemmer. Med bakgrunn av deres kompetanse og nettverk influerer lederne



medlemmene med informasjon og virkemidler de får kjennskap til. Denne gruppen tolker jeg har begrenset innflytelse i samfunnet (jf. Hur 2006). Dette med begrunnelse av at innflytelse på enkeltpersoner som medlemmer, som selv er uten makt eller innflytelsesrik posisjon, har begrenset ringpåvirkning i samfunnet.

To organisasjoner har aktiviteter som berører større samfunnsgrupper og vurderes å ha stor innflytelse. Disse to organisasjonene har vunnet flere priser i løpet av de ti siste årene for sitt arbeid innen folkehelse og integrering. Dette nevner lederne at er en bekreftelse på at organisasjonens arbeid, som de selv har stått i spissen for, har hatt samfunnsmessig betydning. Spesielt en leder har innflytelse ved å ha medvirket til utarbeidelse av integrering- og mangfolddirektoratets (IMDi) retningslinjer og handlingsplaner. Vedkommende samarbeider også med andre offentlige instanser og vedkommende opplever å bli hørt med sine synspunkter. Organisasjonen denne lederen representerer har et høyt antall medlemmer, har nådd flere langsiktige mål og har nettverk og aktiviteter nasjonalt og internasjonalt. Lederne for disse to organisasjonene tolker jeg har innflytelse på et høyere maktnivå og gjennom flere offentlige kanaler i lokalsamfunnet. Totalt har to organisasjoner også innflytelse på nasjonalt og internasjonalt nivå.

Noen ledere har opplevd å ha innflytelse i politiske saker på bakgrunn av å ha stor medlemsmasse i organisasjonen. En av disse organisasjonene fikk for eksempel økonomisk støtte til et eldresenter for sin etniske gruppe. Lederen forteller at de eldre «slapp» å bli etterlatt blant etnisk norske og de medfølgende kulturelle og språklige utfordringer det ville medføre. En annen leder forteller om betydningen av å stå sammen som gruppe i organisasjonen da de fikk i gang dialog med barnevernet. Dialogen var verdifull og førte til at medlemmene forstod hva barnevernet mente og krevde, for således å kunne ha mulighet til å etterkomme det. Jeg tolker disse eksemplene som former for å ha påvirket strategisk og administrativt (jf. innflytelse, Hur 2006).

En annen informant nevner at de har innflytelse i lokalsamfunnet når prosjekter de iverksatte ble populært og videreført. Et eksempel er ”leksehjelp”, som organisasjonen har stått bak. Lederen sier at organisasjonen samlet har fått til å gjøre noe for samfunnet. Han som leder vil ikke ta æren alene, men organisasjonen hadde ikke eksistert uten en leder.

«Leksehjelp var det største og var på en måte starten. Det var ikke vanlig da. Det var ingen andre som gikk til skolen og hadde leksehjelp der. Ingen frivillige organisasjoner, ikke Røde Kors engang. De så det fungerte og det ble videreført».

I følge Hur (2006) omkranser innflytelse også håndterbarhet og beslutningsprosessevne. Jeg tolker eksempelet om å påta seg ansvaret som leder, i henhold til Hur (2006), kan være en forutsetning for innflytelse. Å iverksette tiltaket «leksehjelp» som også er videreført, kan forstås å være en form for innflytelse i et langtidsperspektiv.

Lederne har innflytelse i samfunnet ved å være bindeledd mellom samfunn og organisasjon. Som frontfigurer for organisasjonene er de tilgjengelige for folk utenfor som ønsker kontakt. Flere ledere nevner at de ofte tilbys tjenester og aktiviteter, eller bes om å bistå med sin kompetanse. Det kan være å delta i forskning eller å uttale seg i media og dermed være organisasjonens talerør utad.

Selv om organisasjonens tilbud etterspørres sier majoriteten av lederne at mangel på arbeidskapasitet og ressurser hindrer lederne å utvide organisasjon. Flere organisasjoner tar et bevisst valg om å begrense tilbudene i størrelse og antall. Mangel på ressurser og arbeidskapasitet tolker jeg bidrar til å hemme leders og organisasjonenes innflytelse (jf. innflytelse, Hur 2006).

## **6.5.2 Kollektiv empowerment på bakgrunn av intervju**

### **6.5.2.1 Kollektiv tilhørighet**

I følge Hur (2006) kan kollektiv tilhørighet beskrives som fellesskapstilhørighet og identifisering med tilsvarende andre. Medlemmenes liknende bakgrunn og utfordringer i hverdagen bidrar til min tolkning av at medlemmer finner fellesskapstilhørighet i organisasjonene. Seks av organisasjonene har medlemmer med lengre botid i Norge enn de andre. Blant disse sees en trend der menn har vært eller er yrkesaktive. Kvinnene på den annen side har tatt eller tar seg av hus og omsorgsarbeid.

«Mange av kvinnene har hatt et veldig hardt liv. Da de kom til Norge hadde de en plan om bare å jobbe og jobbe, sånn at de kunne reise tilbake og kjøpe leilighet til seg selv og barna sine. Nå er de helt utslitt og de har ikke vært så mye ute. De har bare reist frem og tilbake mellom Pakistan og Norge».

Denne gruppen med lang botid i Norge har jobbet hardt for å legge til rette for sine barn og de har i liten grad hatt anledning til å ivareta egen fysisk, psykisk og sosial helse. Felles for denne medlemsgruppen er at de sliter med livsstilssykdommer, isolasjon i hjemmet og aldersrelaterte sykdommer. I følge informantene er denne medlemsgruppen godt etablert. Følgende sitat illustrer godt gruppen med lengst botid i Norge;

De organisasjonene som har medlemmer med kortere botid i Norge er generelt yngre. Informantene fra disse organisasjonene forteller at organisasjonene jobber spesielt for å øke

medlemmenes kompetanse og kunnskap om rettigheter og plikter. Felles for medlemsgruppen med kort botid i Norge er utfordringer de har med å følge opp barna tilstrekkelig, lav utdanning, og livsstilssykdommer. Kvinnene isoleres i stor grad i hjemmet på grunn av barnepass.

Informantene fra disse organisasjonene uttrykker til dels fortvilelse og bekymring for fremtiden, spesielt dersom de ikke klarer å få bedre kontroll over barna. Følgende sitat viser til utfordringer gruppen organisasjoner som har medlemmer med kortere botid i Norge har;

«Hadde de vært i hjemlandet så hadde vi vist hva vi kunne (kulturelt) gjøre med barna. Når de begynner på ungdomsskole her, hører de ikke på foreldrene. Barna gjør som de vil, og foreldrene vet ikke hva de skal gjøre med dem. Når barna går på ungdomsskolen så kommer de klokken ti, elleve og tolv på kvelden og spiller (data) til midt på natten. Hvis de går på skolen neste dag så sover de bare, fordi de ikke har sovet nok om natten. Foreldrene (medlemmene) sier det ikke er lov, men barna hører ikke. Vi trenger informasjon om oppdragelse, så vi vet hvor høyt foreldrene står, og hvilken makt de har over barna. Og hvis barna ikke hører, må vi vite hvordan vi skal snakke med dem, og få dem til å gå på skolen og hvordan vi skal gjøre ting riktig».

Jeg tolker at denne gruppen opplever kollektiv tilhørighet ved å tilhøre et sosialt nettverk med andre foreldre. Det at foreldrene er i samme situasjon gir rom for at kollektiv solidaritet vektlegges (jf. Hur 2006).

To organisasjoner blant de som har medlemmer med lang botid i Norge har underorganisasjoner med yngre medlemmer. Disse er engasjert om tema som opptar dem, det være seg ekstremisme, rasisme og integrering, og består av sosialt nettverk av jevnaldrende (jf. Hur 2006). De har mål om å påvirke egne medlemmer og samfunnsgrupper med holdningsskapende arbeid.

### **Forts. kollektiv tilhørighet - Felles språk**

Felles språk knytter medlemmer sammen i organisasjonen og medvirker i stor grad til at det dannes et internt fellesskap. På grunn av at aktiviteter foregår på språk som medlemmene mestrer godt, spiller organisasjonene en rolle som lavterskeltilbud for personer med innvandrerbakgrunn. Følgende sitat illustrerer betydningen av at det finnes tilbud på medlemmenes eget morsmål:

«Det har vært viktig å opprettholde den gruppen hvor de kan få snakket deres eget språk fordi vi har damer i 60- 65 års alderen, og i dag hadde jeg tre nye medlemmer fra Punjab og (...). De hadde ikke mulighet til å lære norsk, hindu eller urdu. De forsto ikke noen av de språkene så jeg forklarte på punjabi. For denne gruppen er det særlig viktig å være to- eller trespråklig gruppe».

Tre av organisasjonene har medlemmer som forstår og snakker norsk, men som snakker eget språk på møter fordi det ellers hemmer aktivitet og deltakelse. Tre organisasjoner har medlemmer med dårligere norskkunnskap, og det er viktig at møtene holdes på deres språk. For to organisasjoner er det absolutt nødvendig at deres aktiviteter foregår på deres morsmål for at

møtene skal ha noen hensikt. Kun en organisasjon har medlemmer med solide norskkunnskaper. Denne gruppen har størst etnisk variasjon av medlemmer.

Informantene sier at å kunne benytte eget morsmål dreier seg om behovet for å uttrykke seg tilstrekkelig. Følgende sitat illustrerer språkets betydning for medlemmenes trivsel og tilhørighet i organisasjonen;

«Vi har forskjellige språkgrupper her (personer med ulik etnisk bakgrunn forsøker seg), men de som trives best er de fra India og Pakistan. Vi tror kanskje det er på grunn av språk at de kommer og går igjen. Det er de fra India og Pakistan som blir værende her. De sier at det går bra uten tolk, men når de kommer her for hyggetimer eller lignende, da vil de gjerne bruke sitt eget språk».

Språket fremstår som svært viktig for at medlemmene skal ivareta personlig autonomi og samtidig oppleve fellesskapsfølelsen (jf. Hur 2006). Informantene forteller at de på møtene snakker om følelser, politikk og nære ting som kan være komplisert å snakke om på et fremmed språk. Videre sier informantene at medlemmene opplever solidaritet når det er rom for å kunne dele nære ting med andre. I tillegg er det et ønske å få snakke sitt eget morsmål, fordi det har en egen verdi. I følge Hur (2006) oppleves kollektiv tilhørighet når personlig autonomi kan opprettholdes samtidig som solidaritet vektlegges.

### **Forts. Kollektiv tilhørighet - Kjønnroller**

Hur (2006) beskriver kollektiv tilhørighet som identifisering med tilsvarende andre, og der personlig autonomi vektlegges. Informantene forteller om mange gruppekonstellasjoner som danner grunnlag for kollektiv tilhørighet. De snakker om konflikter og motsetninger mellom mann/kvinne, foreldre/barn og ung minoritet i et majoritetssamfunn som årsak til at disse gruppene skaper kollektiv tilhørighet i adskilte grupper.

De aller fleste organisasjonene har kjønnsspesifiserte grupper. At organisasjonene retter seg mot kun menn eller kvinner er ifølge de fleste informantene hensiktsmessig av flere grunner. For det første forteller informantene at det er ulike interesser blant kjønn som gjør noen aktiviteter mer egnet for mann eller kvinne. Det nevnes også av flere at maktforhold mellom kjønnene gjør det vanskelig å ha felles møter. Særlig kvinnene unngår å møte opp eller er tilbakeholdne når menn er til stede. Ulikhetene og maktforskjeller mellom kjønn tolker jeg hindrer opplevelse av solidaritet i gruppen når de har felles aktivitet. Dette truer dermed også opplevelsen av fellesskapstilhørighet (Hur 2006). Adskilt grupper fremstår i mange organisasjoner som nødvendig for å skape en følelse av kollektiv tilhørighet blant medlemmene.

Det er tre organisasjoner som er engasjert i tema relatert til kjønn og maktforhold. Lederen for en av disse sier at mange kvinner som kommer til Norge er vant til, fra hjemlandet, at menn har flere koner. En annen informant forteller at hvor de kom fra, eier mannen huset og er ansvarlig for økonomien. I følge informanten er kvinnen nå mindre avhengig av mannen enn før. Det tidligere økonomiske skillet fra hjemlandet mellom mann og kvinne er endret og er erstattet av trygdekontor, sosialkontor, studielån eller annet i Norge. Det byr på nye utfordringer innad i familien og for dets medlemmer fordi maktforholdene er endret.

Enkelte informanter sier adskilte kjønnsgrupper er ren tradisjon. De sier at familielivet til mange medlemmer er basert på store kjønns skiller, inkludert adskilte aktiviteter og oppgaver.

Informantene forteller at det å endre på det de er vant med, som å ha felles aktiviteter, oppleves ubehagelig og er stressende spesielt for kvinnene. Et eksempel som trekkes frem er svømming. De sier det er nødvendig å ha denne aktiviteten adskilt for at kvinnene/jentene skal føle seg trygge. Min tolkning av dette er at kjønnsforskjeller mellom mann og kvinne er utpreget i disse gruppene, slik at begge kjønn, opplever liten personlig autonomi eller lite identifisering med annet kjønn (jf. Hur 2006).

To organisasjoner var engasjerte om mannens rolle i Norge. Menn kan oppleve å ha minst makt i familien, etterfulgt av både kone og barn. En organisasjon sier deres mannlige medlemmer kan oppleve situasjoner hvor kona truer med å kaste de ut hjemmefra dersom de ikke jobber, eller dersom de lager bråk hjemme. Mennene snakker om dette adskilt fra kvinnene og er frustrerte over situasjonen. I slike situasjoner vil menn kunne være solidariske over for andre menn, mens kvinnene er konkurrenter og ikke vil kunne gi støtte og være solidarisk (jf. Hur 2006) slik andre menn i tilsvarende situasjon kan.

Fire av informantene nevner at foreldre føler at barna har mer makt enn dem selv. Foreldrene sier at når barna kan norsk så har barnet mer makt. Et sitat beskriver situasjonen godt for flere av informantene og omhandler distanse mellom barn og foreldre.

«Foreldrene er ikke så innblandet i den norske kulturen, de er isolert og har bodd her i mange mange år. Etter at de har fått barn og når barna lærer å snakke med foreldrene, da forstår de ikke hva og hvor barna kommer fra. For de har ikke oppdratt dem (barna) på den måten, så barn og foreldre har ulik forventning fra hverandre. De ser at barna snakker et annerledes språk og de spør seg hvordan barna deres er? Barna er ikke en del av deres system, samfunn eller familie».

Følgende sitat illustrerer foreldrenes frykt for at barna mister sin religion;

«Det var en familie, barnet ble slått eller sånne ting. De er muslimske og tenker at hvis barna går til en familie som ikke er muslimsk så vil barna miste sin religion».

Foreldrene føler at barna er fremmede for dem fordi barna påvirkes i større grad gjennom den norske barnehage og skole. Foreldre derimot har liten kunnskap om den norske kulturen fordi de lever i et mer lukket miljø og har vokst opp i et annerledes land. I følge informantene sier medlemmene at det oppstår en distanse mellom generasjonene og hvor de ikke forstår hverandres oppførsel. Informanten som forteller at foreldrene er redde for at barnet mister sin tro på islam når de blir med norske skolekamerater hjem er tegn på konflikt som oppstår ved at det er maktubalanse mellom parter, i dette tilfelle mellom foreldre og barn. I denne sammenhengen opplever menn og kvinner kollektiv tilhørighet, ved at de har samme målsetning og ønsker overfor barna, og menn og kvinner fremstår mer solidariske overfor hverandre. Dette tolker jeg som et tegn på at kollektiv tilhørighet er situasjonsavhengig og kan endres når omstendighetene endres (Hur 2006).

Organisasjonene forholder seg til tema om integrering sekundært til andre tema, i følge majoriteten av informantene. De fleste medlemmene lever til dels isolert fra majoritetssamfunnet, men uten av det påpekes som særlig problematisk. Flere ønsker samtidig en nærere kontakt mellom ulike minoriteter, eller majoritet og minoritet, men de forstår også at det er mange barrierer for det. En informant forteller at unge menn i organisasjonen står i en vanskelig posisjon mellom to kulturer. Gjennom organisasjonen opplever de indentifisering med tilsvarende andre (jf. Hur 2006) som opplever isolasjon fra majoritetssamfunnet og press fra foreldre. De opplever at det er press fra foreldre om gode prestasjoner i studier og jobb. Samtidig opplever de stigmatisering fra det norske samfunn som fundamentalist.

### **6.5.2.2 Samfunnsdeltakelse**

#### **Samfunnsdeltakelse - Ordinær aktivitet**

Engasjement i lokalsamfunnet kommer til uttrykk på mange ulike måter i organisasjonsarbeidet. Majoriteten engasjerer egne medlemmer slik at individene kan utvikle seg og øke sin makt. Sosial aktivitet tolker jeg bidrar til å styrke enkeltindividet. Samtlige organisasjoner har en sosial ramme for sine aktiviteter. Alle aktiviteter foregår i grupper og aktivitetene er lagt opp på en måte som fører til sosial interaksjon blant deltakere.

Tre organisasjoner tilbyr fysisk aktivitet og tre tilbyr aktivitet for psykisk helse. Alle disse organisasjonene jobber nært til tradisjonell helse i sitt ordinære arbeid, og nært opp til en norsk tradisjon for helse. De resterende tre organisasjonene har aktivitet kategorisert som psykisk og opplysningsaktivitet. Sistnevnte har liten forankring til tradisjonell helse i sitt ordinære arbeid. Sitatet under er eksempel på det.

«I Norge er mange deprimert og de trenger å høre at noen elsker dem. Vi går ut (på gata) cirka to timer hver dag og vi (møter mennesker) og hjelper dem å komme ut av den vanskelige situasjonen de er i».

Videre sier vedkommende at de ber for folk som velger å komme til dem, og at de som jobber i organisasjonen snakker til dem (vanskeligstilte menneskene) og beskytter dem. På den måten kan de (vanskeligstilte menneskene) åpne seg og da er det mulig å hjelpe. I følge Hur (2006) defineres samfunnsdeltakelse ved at en tar del i samfunnsaktiviteter som kan føre til endring i, eller påvirke maktforhold i lokalsamfunn. Overnevnte ulike engasjement tolker jeg på sikt kan påvirke maktforhold ved at individet tar ansvar for egen helse gjennom aktivitet i organisasjonen.

Arbeidet og engasjementet i organisasjonen preges i noe grad av om organisasjonen har fast lokale eller ei. En av organisasjonene uten fast lokale sier følgende;

«Folk kontakter oss og alt vi gjør er basert på konferanser og møter. Så leier vi lokale også bare ringer de». .... «vi fikk låne svømmehallen av svømmeforbundet en gang og fikk støtte til et svømmekurs for femten jenter fra Groruddalen». Videre sier vedkommende: «Vi snakker om familieplanlegging. Det er ikke bare å føde barn, man må planlegge, det handler om barnas fremtid, og din egen helse og fremtid. Om man har fem unger hjemme, har man ikke kapasitet til å følge opp alle fem med å ta de med ut og leke, å følge de opp i skole, å vaske klær og å legge dem. Og herre Gud, det er en kjempe jobb... ».

Tre organisasjoner som ikke har fast lokale sier det er en ulempe for deres medlemmer ikke å kunne tilby regelmessig tilbud. De reiser rundt og holder foredrag for ulike grupper, og ofte er det en del faste tilhørere som kommer. De fleste organisasjonene har fast lokale. Det fremstår som om organisasjonene som har fast lokale har sterkere sosialt fellesskap på grunn av faste og hyppige møter. Følgende sitat illustrer godt disse organisasjonene;

«Vi har yoga og chi- gong ukentlig, og gåtur en gang i måneden. Og så besøker vi kjente steder i Oslo. Vi har overnattingstur en gang om sommeren (...). Og så har vi svømming to ganger i uken. Det er frivillig hvem som vil være med på det. For å lære å lage sunn mat, har vi ernæringseksperter».

En annen informant forteller;

«Vi er et samlingssted, (...) Vi serverer te, kaffe, avis, tv, senior-net, trimrom, norsk og nyheter fra hjemlandet. Vi spiller kort og noen diskuterer. Her får medlemmene informasjon om helse og alt mulig, om deres rettigheter og om lokalsamfunnet, i Norge og hjemlandet».

En organisasjon tilbyr medlemmene et variert prosjekttilbud. Det fører til at medlemmene kan engasjere seg og delta i prosjekter de har interesse i. De unge i organisasjonen har blant annet laget en film om æresdrap som er distribuert til bruk i skoler og undervisning. For å bekjempe

rasisme og ekstremisme har de arrangert musikkonsert for minoritetsbefolkningen i Oslo hvor artister med minoritetsbakgrunn opptre og skaper møteplass for ulike etniske grupper.

En annen organisasjon har møter en gang i måneden, mens de yngre barna i organisasjonen aktiviseres ukentlig med skole og idrettsaktivitet. De voksne tar opp saker som angår barna i nærmiljøet samt vurderer pågående arbeid. Er det nye saker som kommer frem vurderer de om de skal lage et prosjekt. De voksne jobber med å bedre egen helse, å få folk i jobb, samt å støtte familier. Lederen fortalte at organisasjonen ble kontaktet og deltok i forskningsprosjekt om D-vitamin mangel. De ble opplyst om betydningen av D-vitamin som har hjulpet mange medlemmer. De ulike formene for samfunnsdeltakelse omkring helse som er presentert over tolker jeg er samfunnsaktivitet som kan føre til endring i, eller som initierer påvirkning av maktforholdet i samfunnet (jf. samfunnsdeltakelse, Hur 2006).

### **Forts. Samfunnsdeltakelse - Helsetiltak**

Generelt tilbys helsetiltakene omtrent fire ganger årlig. De går kun over noen dager og gir i hovedsak innføringskunnskap i et tema. Flere av organisasjonene har hatt tiltak med samme tema tidligere år slik at de får repetert eller fordypet seg i tema.

Tema kosthold er hyppigst brukt ved helsetiltak. Deretter følger tema som psykisk helse, fysisk aktivitet, sosial og samfunn, diabetes og tannhelse. Halvparten av tiltakene består av at fagpersoner holder foredrag i organisasjonen. Jeg tolker at tiltakene som har kort varighet og foregår sjelden, har begrenset påvirkningskraft på maktforhold i samfunnet, slik Hur (2006) beskriver samfunnsdeltakelse. Tiltak som har lenger varighet og foregår hyppigere tolker jeg har større potensiale til å påvirke maktforhold i samfunnet. En leder sa følgende om organisasjonens helsetiltak.

«Matlagingskurset er to ganger i året. Vi tar fler ganger også, når kursholderen har tid. Hun viser hvordan vi kan lage maten og vi snakker. Sist var det grønnsaksuppe, og vi har hatt grillet fisk med pakistansk krydder og fiskekarri. Vi har hatt lapskaus også, og det er jo allerede uten mye fett. Medlemmene prøver å spise sånn mat hjemme. Det (kunnskapen) sitter noen dager i hodet, og de prøver å holde seg i samme vekt. De går ikke ned, men heller ikke opp (i vekt) og det er viktig det».

Følgende sitat presenterer et tiltak hvor organisasjonen får besøk av lege;

«I år har vi hatt lege, fysioterapeut, tannlege og ernæringsekspert her. Da legen kom her fikk han høre at det er mange som er syke her. De har hjerteproblem, diabetes, høyt blodtrykk, nyreproblem eller kols. Han spurte hva vi spiser. De fleste spiser vanlig tradisjonell pakistansk mat. Legen sa at vi måtte endre rutiner. Han sa dere må forandre kosthold eller trene. Det er ikke så gøy for alle å trene. De (medlemmene) er ikke aktive lenger, det er problemet. Men når legen sier det så skjønner dem alvorret».



Halvparten av organisasjonene har iverksatt helsetiltak med overlappende aktivitet med det de tilbyr til daglig. I disse organisasjonene fremkommer det ikke noe klart skille mellom ordinært daglig arbeid og ”helsetiltak”. For de andre organisasjonene har ”helsetiltak” ulike tema enn deres ordinære aktivitet. Eksempler på det er organisasjoner som ordinært tilbyr fysisk aktivitet til daglig, tilbyr helsetiltak med tema kosthold og ernæring. En informant forteller om deres helsetiltak om diabetes.

«Foredragsholderen var flink til å illustrere ting, han kjøpte matvarer og viste deltakerne. Han tok en kopp vann og sukker og viste hvor mange skjeer sukker en cola inneholder. Det ble veldig visuelt og folk sa åååå er det mulig. Vi skal aldri drikke cola mer. Han viste dem hva de skulle kjøpe og da blir de bevisst også. Selv tenker jeg ikke på innholdet, men kun på smaken. Han sa at man kan fortsatt handle billig, men sunnere. Seminaret handlet om mosjon også. Foredragsholderen sa at mosjon ikke bare er å løpe rundt på skitur, men at du kan mosjonere hjemme, og for eksempel gå tur. Man må tenke. Veldig mange spurte om hvitt brød og hva brød bør inneholde. Det var veldig nyttig når det gjaldt kost og mosjon, som er forebygging. Han (foredragsholderen) fortalte at du kan unngå å ha det alvorlig ved å endre livsstilen din».

En annen forteller;

«Vi delte ut maskiner som de kan teste blodsukkeret med, og det er viktig for å vite om man har diabetes. Diabetes kan jo være litt farlig. Du kan ha det og ikke vite om det. Vi lærte symptomene på diabetes, så du vet når ungen din har utviklet diabetes. De testet ut maskinene og de lærte å ta blodprøver. Det (tiltaket) var vellykket og folk sa at det må gjenta seg».

På bakgrunn av overnevnte sitater tolker jeg disse tiltakene som samfunnsdeltakelse i henhold til Hur (2006). Kvaliteten på flere av tiltakene fremstår imidlertid å være begrenset, disse tiltakene synes dermed å ha begrenset påvirkningsmulighet til endring av maktforholdet i lokalsamfunnet (jf. Hur 2006).

### **Forts. Samfunnsdeltakelse - Fysisk, psykisk og sosial helse.**

Samfunnsdeltakelse som kommer til uttrykk omkring fysisk, psykisk og sosial helse handler i stor grad om at medlemmene tar ansvar for egen helse. Dette kan føre til utvikling av makt først og fremst hos individet, å utvide deres empowerment (jf. Hur 2006), og det kan gi ringvirkning til familien blant befolkningen med minoritetsbakgrunn. Sitatet under viser hvordan kvinnene har betydning for familiens kosthold fordi de står for innkjøp og matlaging. Et sunnere valg hos kvinnene fører til sunnere valg hos hele familien.

«Jeg ser at gjennom disse helseseminarene som vi har hatt mange av, så viser kvinnenens tilbakemeldinger at små drypp hit og dit får de til å tenke. For eksempel en dag vi hadde helsepersonell og Diabetesforbundet her, sa en dame til hele forsamlingen at hun hadde

kuttet ut cola etter at hun hørte det ikke var bra. Hun er en dame med fem barn, mann og familie. Hun sa til hele familien at de måtte slutte å kjøpe cola».

Samtlige ledere mener at aktivitetene som organisasjonen tilbyr har betydning for medlemmenes helse. Organisasjonens ordinære arbeid består av fysisk aktivitet eller sosial støtte, samt opplysning. Informantene mener dette er helsefremmende for medlemmene. De fleste sier at deres aktiviteter i mange tilfeller erstatter annen behandling fra helsevesenet, kriminalomsorg eller tilbud fra utdanning- og informasjonsinstans.

I fem av organisasjonene kommer samfunnsdeltakelse (jf. Hur 2006) til uttrykk gjennom at medlemmene møtes i organisasjonen, et sted der trivsel og helseverdi er til stede. For det første sier flere av organisasjonslederne at det har stor betydning for medlemmenes mentale helse, å sosialisere seg med andre utenom familie og å ha et sted å reise til. Dette er spesielt viktig på vinteren da vær og føre er en barriere for mange i å gå ut på gaten. Flere sier det er nyttig for medlemmene å snakke med andre i samme situasjon som en selv, samt å ha noen å dele sorger og gleder med.

Medlemmenes samfunnsdeltakelse omkring helse i organisasjonene påvirkes av om profesjonelle fagpersoner presenterer tema når de har helsetiltak eller andre aktiviteter. Noen ledere forteller at når fagpersoner forteller om for eksempel livsstilsendring har det større betydning for medlemmene enn om ufaglærte formidler samme budskap. Flere ledere forteller at selv om det presenteres nye helserelevante tema når de har tiltak, og selv om tiltakene bare varer noen timer, vekker de interesse hos medlemmene. Ved gjentatte foredrag om samme tema påvirkes medlemmene også til å endre livsstil eller holdning.

«Jeg ser at gjennom disse helseseminarene som vi har hatt mange av, så viser kvinnenes tilbakemeldinger at små drypp hit og dit får de til å tenke. For eksempel en dag vi hadde helsepersonell og Diabetesforbundet her, sa en dame til hele forsamlingen at hun hadde kuttet ut cola etter at hun hørte det ikke var bra. Hun er en dame med fem barn, mann og familie. Hun sa til hele familien at de måtte slutte å kjøpe cola».

En organisasjon som først og fremst tilbyr sosial aktivitet, sier at de holder seg til enkle aktiviteter og at det er godt nok.

«Vi har ikke gått så dypt (med aktivitetene våre). Det trenger vi ikke. Vi er blitt så gamle. Målet er at vi blir glad når vi er her, og det holder. Dette er ikke behandling. Når vi har helsetiltak finner vi et miljø med fagpersoner. Det er ikke noe problem å få folk til å komme. De kommer med glede. Mange av våre medlemmer har barn som er leger og de har kontakter. Målet vårt med aktiviteter og helsetiltak er først og fremst og møte medlemmene på deres nivå. Mange er syke og mange har bare jobbet og jobbet. Mange vet lite om hva som foregår rundt dem. Her får de all informasjon. De treffer forskjellige mennesker med forskjellige erfaringer. De fleste er interessert i hva andre har av erfaring.

Det er derfor de kommer. Det er mange som ikke prater fordi og er blitt isolert. Her begynner de å prate og det er sunt for dem. De fleste lever i sin egen verden. Her har de muligheten til å sosialisere seg, forstå hverandre og å høre på hverandre, om verdensproblem, samfunnsproblem, familieproblem og sykdom. Det er mange som har psykiske og kroniske problemer, og de trenger et sted hvor de kan snakke om det. Formålet er å ha det gøy og å kunne føle seg trygg her».

Jeg tolker tiltakene som å være bevis på at medlemmene tar del i samfunnsaktiviteter som kan føre til endring i maktforhold i lokalsamfunnet (jf. Hur 2006). Dette fordi tiltakene fremstår å ha helsefremmende effekt på individnivå og med mulighet for positive ringvirkninger i familien og lokalsamfunnet.

En leder husker selv å ha fått dårlige tilbakemeldinger fra medlemmene da de forsøkte aerobic en periode i samarbeid og regi av fysioterapistudenter. Treningen ble for belastende slik at mange fikk vondt etterpå. Mens nåværende tilbud med yoga, trengs verken musikk eller utstyr, og øvelsene gjøres hjemme. Selv gjør hun øvelser daglig i stuen. De kombinerer yoga med meditasjon, og på den måten får de mental avspenning. Yogaøvelsene løser på spenninger slik at det blir lettere å snakke åpent etterpå. Lederne for tre av organisasjonene som tilbyr medlemmene fysisk og sosial aktivitet får tilbakemeldinger fra medlemmene om økt smidighet, redusert smerte, økt styrke og utholdenhet, samt bedre trivsel. Sitatet illustrer tydelig betydning av aktiviteter for helse og bakgrunn for et stort engasjement omkring fysisk aktivitet i flere organisasjoner;

«Når de kommer hit så får de ikke bare trening, men de får snakke med alle damene som kommer hit, og vi prater om både vondt og godt. Vårt tilbud er en grunn til å reise ut og det er et møtested for dem. I det de kommer forteller de alt det de har på hjertet. Vi har en dame som du kan snakke med etterpå. Da hun begynte tok hun mange medisiner for høyt blodtrykk, depresjon og hodepine. Nå har hun sluttet med de tablettene. Hun sier at når hun må være borte en stund, som når hun reiser til hjemlandet, så får hun vondt igjen. Vi har veldig stor tillit til hverandre og vi hjelper hverandre. Medlemmene snakker høyt og ler høyt. Når de er ferdige med trening da kommer alt ut (følelser og tanker), alt som sitter inni, det som er vondt og det som de gjerne vil fortelle».

Hos en ungdomsgruppe har fysisk aktivitet bidratt til at ungdom driver mindre «dank», noe som førte til opphør av det lokale narkotikaproblemet. Informanten var stolt over hvordan de helt på egen hånd i organisasjonen klarte dette. Metoden var å få den aktive ungdommen til å snakke med og motivere ungdom som ikke kom på trening og som solgte narkotika, til å bli med. Følgende sitat illustrer hvordan aktivitetene i en organisasjon har gjort at de har fått bukt med narkotikakriminalitet i lokalmiljøet;

«Vi har vår egen måte vi har ikke gått gjennom politi og sånne ting, vi har familien, slektninger, og folk i vårt miljø har stoppet de som selger narkotika. Det var veldig,

veldig vellykket. De som har fortsatt har flyttet til sentrum eller andre steder, jeg vet ikke. Vi har ikke fått noen bekymringsmeldinger om flere som selger narkotika. (...) Nesten alle guttene pleide å komme og spille her på helligdager. På søndagene kom veldig få ut (og hang og solgte narkotika) fordi de var slitne, og det var veldig bra. Et annet tiltak vi begynte med er leksehjelp for de barna som ikke får hjelp hjemme. (...) tilbudet om leksehjelp er fortsatt. Jeg tror det er to ganger i uken. Det kommer nesten tretti elever. Etter at det ble leksehjelp, har vi fått mange elever på videregående skole og som fullfører tredje klasse på videregående. Vi har også mange gutter som har fortsatt med høyere utdanning».

Dette tiltaket gjaldt ungdom og narkotika, og det kan tenkes at dersom tiltaket ikke hadde lyktes, ville det kunne fått alvorlige konsekvenser for det aktuelle lokalsamfunnet. Jeg tolker dette tiltaket som et eksempel på samfunnsdeltakelse i henhold til Hur (2006). I dette tilfellet bidrar engasjementet til at skoleungdom ikke faller utenfor samfunnet. Slik jeg tolker det vil det å falle utenfor samfunnet på sikt ha betydning for disse barnas utviklingsmuligheter og hvorvidt de kan bidra positivt til å styrke sitt eget lokalsamfunn.

Organisasjonene som tilbyr helsetiltak i form av informasjon og integreringstiltak nevner blant annet at flere unge fullfører utdanning, at kriminalitet forhindres og at dialog mellom minoritet og majoritet bedres. Dette tolker jeg er eksempler på samfunnsdeltakelse som kan føre til endring i maktforholdet (jf. Hur 2006).

Et par organisasjoner engasjerer medlemmer til å snakke om tabu-tema. Psykisk helse, æresdrap og seksuelt overførbare infeksjoner nevnes som tabu å snakke om. En informant opplever at det er mer åpenhet og forståelse omkring psykisk helse hos organiserte grupper enn uorganiserte grupper. Følgende sitat beskriver utfordringer og samtidig nytten ved å snakke om psykisk helse, som for mange oppleves som tabu.

«Når jeg har kurs hender det folk sitter med bena høyt og er uinteressert eller sier « å.. nei vi vil ikke høre på deg, du må ikke tro at du kan fortelle oss, de tror at noen i Norge har fortalt hva jeg skal si. Mange er ikke så interessert å snakke om psykisk helse for de synes det er for tøft. De sier at de er ikke dumme og at de ikke har problemer. Da kan jeg spørre hva de har av problemer. Da snakker de, de baksnakker sine menn, snakker om konflikter, familieproblem og om problemer som barna deres har. De ser ikke selv at de har noe problem, men de ser at alle andre har problemer. Jeg peker på hva de kan gjøre og sier de kan starte der. Når jeg kommer hører jeg at de ikke skjønner hva psykisk helse er, men når jeg er ferdig hører jeg at de har skjønt hva psykisk helse er».

Deltakelse i aktivitet omkring psykisk helse er igjen eksempel på at medlemmene kan bidra til å bedre befolkningen med innvandrerbakgrunn sin helse og dermed påvirke maktforhold i lokalsamfunnet (jf. Hur 2006).

En annen organisasjon har god erfaring med bruk av infotainment som metode, der tabubelagte tema flettes sammen med underholdning. Metoden vekker både interesse og trekker nye mennesker. Et annet poeng i følge leder er at infotainment er at deltakere slipper ubehagelig konfrontasjon om hva de har deltatt på. Deltakerne kan ved spørsmål glatte over ved å si at de har vært på underholdning. Etter gjentatte seminarer om seksuelt overførbare infeksjoner nevner informanten at det observeres en mer åpen adferd hos deltakere enn tidligere. Blant deres etniske gruppe så en sjelden at kjærestepar viste kjærtegn i det offentlige rom. Dette observeres stadig oftere og er positivt forteller informanten. Dette tolker jeg føyer seg inn i rekken av overnevnte samfunnsdeltakelses-engasjement som gjennom bedring av befolkningen med innvandrerbakgrunn sin helse, kan føre til endring i, eller påvirke maktforholdet i lokalsamfunnet (jf. samfunnsdeltakelse, Hur 2006).

### **Forts. Samfunnsdeltakelse - Tilskudd**

De fleste er enige om at det økonomiske tilskuddet gjør det mulig for organisasjonene å tilby helsetiltak eller forbedre eksisterende aktiviteter. Bedret helse blant innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre tolker jeg gir økt mulighet til utvidet makt (jf. Hur 2006).

Organisasjonens arbeid er i stor grad basert på frivillig arbeid, men mange organisasjoner får tilskudd for å gjennomføre helsetiltak. Noen organisasjoner får også tilskudd gjennom andre støtteordninger. Ingen av organisasjonene mottok den sum penger de hadde søkt om, og alle organisasjonene måtte nedjustere opprinnelige planer for gjennomføring av tiltak. Generelt kommer det til uttrykk ved intervjuene at tilskuddene stimulerer til økt deltakelse og engasjement blant medlemmene.

Tilskuddene går med til å dekke honorarer, lokale, materiell med mer. Kun en organisasjon samler selv inn penger utenom kontingent for å dekke utgifter. Organisasjonene har i utgangspunktet store utgifter, slik at mange mener tilskuddene har begrenset betydning. To organisasjoner som ikke har fast lokale, sier at høye leiepriser hindrer dem i å anskaffe det. Fast lokale mener de har betydning for videreutvikling av organisasjonen ved økt tilgjengelighet for informasjon og råd, samt å fremstå som profesjonell aktør og å øke deres profilering av organisasjonen. Selv om organisasjonene uttrykker begrensninger ved den sum de mottar, tolker jeg det som at tilskuddene likevel bidrar til å støtte organisasjonenes ordinære tilbud og helsetiltak, og således har en indirekte påvirkning på endring av maktforholdet i lokalsamfunnet (jf. Hur 2006).

Søknadskriteriene for tilskudd legger i noen grad føringer for valg av aktivitet eller utforming av aktivitet i organisasjonen. Få ledere opplever det negativt. Flere organisasjoner sier de har opparbeidet nye samarbeidspartnere med andre organisasjoner på grunn av at samarbeid kvalifiserer til å søke. Andre som ikke jobber med helse i sitt ordinære arbeid har gjennom tilskuddsmidler sett mulighet til å kunne introdusere helsetema til sine medlemmer. Følgende sitat representerer slik flere av organisasjonene opplever søknadsarbeidet.

«Jeg kjenner til det med støtte, det kommer på nettet, og da ser jeg de organisasjonene som har samling en og to ganger i året og som får like mye støtte som oss som har tre ganger i uken. Så hvis vi får mer støtte, så kan vi leie en person som kan jobbe for oss (med søknader), isteden for at jeg hele tiden må streve for å søke. Jeg bruker mye tid på å skrive og viske, og skrive igjen for at søknaden skal bli ordentlig».

Informantene er samstemte om at det å sende søknader om tilskudd krever kompetanse. Tre av organisasjonene sier de mestrer jobben med søknader godt. En leder vet hva myndighetene er positive til, en annen har jobberfaring med behandling av søknader, og en tredje leder sier organisasjonen har gode ideer til tiltak og opplever at det er lett å få støtte. Tre andre organisasjoner har større utfordringer med søknadsjobben. De må streve med søknadene alene fordi andre i styret ikke har tilstrekkelig kompetanse (data-, norsk- og skriftlig norsk) til å gjøre det, eller til å hjelpe.

Nesten samtlige ledere gjør jobben med søknader selv. Kun en organisasjon får hjelp av kommunen med dette. Totalt opplever over halvparten av organisasjonene strev med søknader. Søknadsarbeidet tolker jeg er en barriere for mange ledere til å søke på utlyste midler og gjennom tiltakene ta del i samfunnsaktiviteter som kan påvirke maktforhold. Å skrive søknad, til tross for at det er utfordringer knyttet til det, tolker jeg er tegn på samfunnsdeltakelse (jf. Hur (2006) fra leder og organisasjonen).

Noen ledere mener det å ha føringer for aktivitet for tilskudd har noen negative konsekvenser. Flere informanter er frustrert over at det ikke bevilges støtte til kurs eller for å leie ekspertise. Halvparten av organisasjonene ønsker seg midler til opprettelse eller vedlikehold av internettside. Føringer for valg av aktivitet kan tolkes ikke å dekke organisasjonenes primær behov og dermed ikke gi ønsket utbytte for disse organisasjonene.

«Medlemmene har lyst til å lære data, men vi fikk ikke lov til å bruke internett her. Vi har vi ikke råd til å betale en datainstruktør, så vi venter og ser om vi får tak i en gratis datainstruktør. Hvis vi får det av EMI, så har vi det»

### **Forts. Samfunnsdeltakelse - Lik kulturell bakgrunn**

Kulturelle innslag er vanlig på møter i mange organisasjoner. Over halvparten av organisasjonene sier kulturelle innslag er en stor motivasjonsfaktor for medlemmene for å møte

opp. For eksempel bidrar medlemmer med kulturelle bidrag innen sang, dans, dikt og bevertning. En leder sier at kulturelle innslag inkluderer medlemmene som føler de bidrar til møtene gjennom dette.

Lederne sier det er lavere terskel for medlemmene å møte opp i en gruppe hvor en deler felles språk, kulturelle koder og hvor det er stor grad av tillit. Ledere forteller om at medlemmer kan være skeptiske til hvilken intensjon etniske norske har med sine tiltak. Informantene sier at medlemmene i større grad opplever anerkjennelse av personer med lik etnisk bakgrunn. Flere informanter mener medlemmene har større oppslutning og engasjement når aktivitet formidles av personer med samme etnisitet og som tilrettelegges på en måte som appellerer til dem. Medlemmene tillater ledere av samme bakgrunn å være mer direkte og åpne i dialog enn med etnisk nordmenn. Dersom etnisk norske er for direkte eller kritiserer medlemmer, kan utsagnet lett tolkes som rasistisk. Sammensetning av etnisitet tolker jeg har påvirkning på medlemmenes engasjement under deres aktivitet. Sammensetning av etnisitet kan dermed tolkes å stimulere engasjementet som har betydning for endring av maktforhold i lokalsamfunnet (jf. Hur 2006). Følgende sitat er et eksempel der leder og medlemmer har lik bakgrunn og der leder har stor tillit hos medlemmene.

«...Når du fra Somalia har fem barn samtidig er det noe som er galt. Du tenker galt i forhold til familieplanlegging. Deltakerne sier at de som planlegger på norsk måte ikke tror på Gud. Jo nordmenn tror på Gud sier jeg, men nordmenn tenker samtidig på babyens fremtid og deres egen tid. Så for at dere og barna deres skal ha det bra så må dere planlegge, dere er nødt til det. Historien er litt ekstrem, men man må tenke og det handler om å planlegge. Hvis du bare velger å føde barn, får du dårlig økonomi. Du kan risikere å bo i en sosial leilighet og som ikke er ditt ønske. En foredragsholder som er etnisk norsk og forteller det samme, ville vært tatt for å være rasist med en gang. Jeg tror at jeg kan tillate meg å være litt direkte».

Følgende sitat forteller om at lik etnisk bakgrunn fremstår som rollemodell;

«Folk med minoritet kommer og forteller oss om deres utdanning og arbeidsdag. Det er den gruppen vi identifiserer oss med. På et møte var det en sivilingeniør og en som hadde doktorgrad som snakket. Det har ikke samme effekt om Ola Nordmann forteller. Noen tror at det er en selvfølge at nordmenn klarer seg og fikser utdanning og jobb. Men når de har den samme bakgrunn som oss lurer de på om det er mulig, og hvordan de klarte det. Det er først de siste fem-seks årene at folk fra mitt hjemland har fokusert på høyere utdanning. Nå er det mange i høyere utdanning. Jeg var blant de første, og da var vi såkalte rollemodeller. Folk tok ofte kontakt med meg og kulturforeningen. De inviterte meg på diverse møter for at jeg skulle fortelle om det, fordi det var nytt».

### 6.5.2.3 Kontroll over organisasjoner i lokalsamfunnet

#### Kontroll over organisasjoner i lokalsamfunnet - Samarbeid

I følge Hur (2006) betyr «kontroll over organisasjonene i lokalsamfunnet» å få krefter til å påvirke representative grupper, pluss effekten av dette arbeidet samt gruppens eller organisasjonens politiske kontroll. Jeg tolker organisasjonens samarbeid med andre aktører som et ledd i denne prosessen med kontroll over organisasjoner (jf. Hur 2006). Samarbeidet vil styrke organisasjonen til å kunne påvirke representative grupper. Samarbeid foregår på forskjellige måter i organisasjonene, og noen måter er svært like. I alle organisasjonene samarbeides det med enkeltpersoner utenfra. Disse personene er ofte ressurspersoner i familien, bekjente eller fremmede personer med lik etnisk minoritetsbakgrunn. I flere av organisasjonene samarbeides det med kommunen og bydelen. Samarbeidet dreier seg for mange av lån eller leie av lokale, leksehjelp, informasjon, barnepass med mer. En informant forteller at samarbeidet med kommunen, spesielt en ressursperson, har vært betydningsfullt og læringsfullt for deres organisasjon.

«Hun forteller meg mange ting. I begynnelsen tenkte vi bare hvordan vi skulle gjøre noe for de fra vårt hjemland, for eksempel hvordan de kunne spille fotball sammen. De to første årene var det bare barn fra vårt hjemland på fotballaget, men etterpå så var det hun som sa det var best at vi også integrerte oss i det norske samfunnet. For å integrere oss så måtte vi invitere etnisk norske. For eksempel kunne vi invitere norske for å snakke sammen. Vi gikk rundt til sykehjem og traff eldre så de også skulle forstå oss innvandrere, at vi er like dem».

Tre organisasjoner har fast samarbeid med andre organisasjoner. Dette bidrar blant annet til at de kan dele på arbeidsoppgaver. Det være seg å gå sammen om felles seminarer, festivaler, markeringer og liknende, og i mindre grad samarbeid om det ordinære aktivitetstilbudet. En leder forteller å ha vært i kontakt med en gruppe som jobber med problemstillinger rundt tvangsekteskap. De hadde ulike synspunkt om hvordan dette skulle gjøres og ble ikke enige om et samarbeid.

Nesten alle organisasjonene er blitt invitert til samarbeid med andre organisasjoner. Hvor det samarbeides med etnisk norske organisasjoner vises en tendens til at etnisk norske organisasjoner eller personer tilbyr fagkompetanse og at innvandrersamfunnsorganisasjoner samler tilhørere fra sitt nettverk. Sitatet under er typisk for hvordan organisasjoner samarbeider med etnisk norske organisasjoner eller ressursgrupper.

«Jeg liker å invitere norske tradisjonelle organisasjoner som kan det faglige. Diabetesforbundet for eksempel kan det faglige og vi har nettverket. De (for eksempel



Diabetesforbundet) kan da komme med informasjon til hver bruker og det er det veldig nyttig for våre brukere å vite blant annet hvordan vi kan forebygge sykdom. Det er også bra for dem (for eksempel Diabetesforbundet), for de ønsker å nå nye målgrupper. Vi ønsker å bli kjent med nye folk, så for begge parter er det en kjempe fordel. Vi hadde samarbeid med Svømmeforbundet også»

Fem ledere som har fagkompetanse deler sin kompetanse med medlemmene. En leder forteller at deres innvandrersorganisasjon selv sitter på fagkompetanse og at de formidler dette til etniske og norske aktører, både kommunalt og nasjonalt. Sitatet er hentet fra denne organisasjonen.

«Retningslinjer fra IMDI, departementene har retningslinjer og handlingsplan som vi har vært med å lage (...), det er i forhold til mental helse, og da vet vi mer eller mindre hva som står i disse handlingsplanene og retningslinjene. Når vi vet hva som prioriteres, da vet vi hva vi skal jobbe med. Retningslinjene og handlingsplanene er grunnlaget fra myndighetene for hva vi (i samfunnet eller organisasjoner) skal satse på».

Vedkommende forteller at ved å forholde seg til myndighetenes planer og retningslinjer opplever de gjensidig støtte gjennom sitt påvirkningsarbeid. Dette tolker jeg som tegn til stor påvirkningskraft på representative grupper, samt betydelig politisk kontroll (jf. Hur 2006)

I følge informantene har samarbeidet også som funksjon å påvirke og profilere seg overfor majoritetsbefolkningen, styresmakter, og mulige samarbeidspartnere. En informant forteller om en samarbeidsform hvor leder deltar på nettverksmøter med fagpersoner, og at det er viktig for kompetanseheving i organisasjonen.

Noen opplever ulemper med det å samarbeide. Flere av organisasjonene sier de på grunn av kapasitet sliter med å kunne ta i mot flere medlemmer, som de kan risikere ved samarbeid. Dette kan tolkes som et hinder for organisasjonen til å få kontroll over organisasjoner i lokalsamfunnet og et hinder for organisasjonen til utadrettet påvirkningsarbeid av representative grupper (jf. kontroll over organisasjoner i lokalsamfunnet, Hur 2006)

Media benyttes også til å påvirke i lokalsamfunnet. Tre organisasjoner har samarbeid med ulike medieforum, hvorav en organisasjon benytter radio til opplysningsarbeid og debattering av aktuelle tema. En annen organisasjon har webcastet sine daglige aktiviteter og er tilgjengelig for betalende medlemmer. En tredje organisasjon har laget TV-program tidligere og har nå produsert undervisningsmaterieell som distribueres til interessenter. To organisasjoner har internasjonalt samarbeid og nettverk. En av disse jobber også med bistand. Dette tolker jeg er eksempler på organisasjonens påvirkningsarbeid på representative grupper og har betydning for organisasjonens arbeid med «kontroll over organisasjonene i lokalsamfunnet» slik Hur (2006) beskriver det.

## **Forts. Kontroll over organisasjonene i lokalsamfunnet - Politisk påvirkningsarbeid**

I følge Hur (2006) har politisk kontroll betydning for organisasjonens mulighet til å påvirke representative grupper i lokalsamfunnet, og således utvide sin makt. En organisasjon jobber sentralt opp mot politikere. To organisasjonsledere har lokalpolitiske verv og en et styreverv i lokalpolitikken. Ingen av disse skal ha noen politisk faglig utdanning, men alle har annen høyere utdanning. Samtlige mener dette politiske arbeidet er nyttig og lærerikt. En leder mener politisk representasjon har ført til økt profilering av deres organisasjon blant etnisk norske, og at kontakten mellom minoritet og majoritet er bedre som følge av det.

Tre andre organisasjoner sier de har hatt anledning til å møte politikere og at de har kunnet fortelle om deres situasjon. De resterende organisasjonene har ikke noe politisk tilknytning. En informant forteller at han har vært misfornøyd med møtet med politiker og sier følgende;

«Når vi blir invitert til dem eller dem til oss. De ser ikke... de viser oss ikke den veien du kan gå. De sier ja ja, de setter veldig pris på det vi gjør sier de, de sier bare hemm, mm, det er veldig mye mm, de viser ikke hva man kan gjøre eller hvordan vi kan gjøre det».

På den annen side viser sitatet under at politisk deltakelse kan føre til medhold i saker. Følgende sitat er et eksempel på det;

«De ønsker fast lokale og det kan rådgiveren i styret hjelpe med. Han sitter i bydelen, i et råd. Han har kontakter i SV, Høyre og FRP og han kan gjøre det hvis han vil. Vi har vært her i mange år. De hører på han».

## **Forts. Kontroll over organisasjonene i lokalsamfunnet – Begrenset kapasitet**

De fleste organisasjonene opplever at det er stor etterspørsel om deres tilbud fra målgruppen. Informantene forteller at folk står på venteliste, det etterspørres flere kurs, samt kurs for nye grupper i ulike kjønn og aldre. Med unntak av to organisasjoner gir lederne inntrykk av ikke å ha organisasjonskompetanse til å imøtekomme etterspørselen. Flere av disse frykter at utvidelse går utover kvaliteten på tilbudet.

«De har ikke lyst til at det blir alt for mange kvinner da får vi ikke så mye tid til oss selv. Vi er omtrent 18-19-20 deltakere, noen ganger 12 -14 også, og det holder. Når vi har temadag er vi 35 -40. Da hadde vi ikke fått plass til å gjøre noen ting. For eksempel kunne vi ikke ha 40 stykker på tur. På yogatrening kan vi ikke ha mer en 20. Det går bare når vi har temadager. Ville det påvirke samholdet i gruppen? Ja det kan skje uenighet, krangel eller misforståelse. Medlemmene trives i en liten gruppe og den er ikke så liten heller».

I henhold til Hur (2006) sin teori viser dette at flere organisasjoner har liten påvirkningskraft på målgruppen uten for organisasjonen. Jeg tolker dette som tegn på fravær av «kontroll over organisasjoner i lokalmiljøet» (jf. Hur 2006).

Majoriteten av organisasjonene drives ved at styremedlemmene gjør nærmest alt arbeidet. Flere informanter sier de tenker på å lære bort sine ferdigheter for at arbeidet skal kunne fordeles, og at andre skal kunne ta over når de selv gir seg. Lederne motiverer medlemmene i organisasjonen og de lederne som har oppsøkende organisasjonsvirksomhet oppfordrer folk til å organisere seg. En informant forteller at medlemmene er villige til å lære. Enkelte informanter sier de har medlemmer som er ressurssterke, men allikevel ikke ønsker å hjelpe. Det nevnes av flere informanter at det er liten vilje fra medlemmene til å påta seg ansvar og at det ikke alltid handler om manglende evner. Dette tolker jeg som at flere ledere opplever at medlemmene av ulike grunner bidrar til å hindre videreutvikling av organisasjonsarbeidet og «kontroll over organisasjoner i lokalsamfunnet» slik Hur (2006) uttrykker det.

#### **6.5.2.4 Samfunnsbyggingen**

I følge Hur (2006) betyr samfunnsbyggingen at medlemmene har en følelse av fellesskap og sosial tilhørighet. Medlemmene eller beboerne som gruppe vil med fellesskapsfølelse og personlig frihet øke sin evne til å samarbeide og løse problemer for sosial endring (ibid.). De fleste organisasjonslederne som jeg har snakket med forteller at organisasjonene er åpne for andre etniske grupper enn deres egen. Sitatet under gjenspeiler hvordan noen organisasjoner har deltakelse av etniske grupper:

«Det er hovedsakelig folk fra Pakistan, men det er også andre bakgrunner. Hun ene er norsk også, hun gikk tidlig hun hadde noe hun skulle gjøre. Vi har foreløpig en norsk og vi har fem indiere og resten er pakistanere. Men vi får besøk fra forskjellige nasjonaliteter vi har hatt besøk fra Bosniere og en fra Ukraina og vi har hatt mange norske også. Hun som er læringseksperter hun er norsk, så det er jo forskjellige språkgrupper».

Tre organisasjoner har klare regler for hvordan de tar i mot andre etniske grupper på en inkluderende måte. En organisasjon er bevist at deres navn på organisasjonen skal omfavne og ikke ekskludere ulike etniske grupper. I fire av organisasjonene er et av styremedlemmene etnisk norsk. Åpenhet til andre organisasjoner tolker jeg som betydningsfullt for at organisasjonen skal kunne utvide sin makt gjennom «samfunnsbyggingen» (jf. Hur 2006). Sett fra en annen side vil segregering redusere følelse av personlig frihet i nabolaget (jf. samfunnsbyggingen).

Aktivitetene i de fleste organisasjonene er derimot rettet mot konkrete målgrupper og flere ledere uttrykker at andre utenfor målgruppen sjelden finner interesse av å delta på disse aktivitetene.

Enkelte organisasjoner har aktiviteter der det snakkes norsk og som er åpne for alle.

Organisasjonene som har hovedfokus på integrering arbeider for økt utdanning, arbeid, eller familieplanlegging hos medlemmene.

En organisasjon jobber omfattende med integrering på flere arena. Informanten betegner deres arbeid som folkehelsearbeid. De tilrettelegger for eldre med minoritetsbakgrunn i norske eldresenter, gjør holdningsskapende arbeid om seksuelt overførbare infeksjoner og psykisk helse, samt tilrettelegger for at etnisk norske og offentlige myndighetspersoner skal kunne besøke de lukkede etniske miljøene. Hur (2006) vektlegger betydningen av å endre negative situasjoner og hindre gjentakelse av disse for å oppnå utvidet makt og bidra til «samfunnsbyggingen».

Overnevnte er eksempler på arbeid som bidrar til samfunnsbyggingen og følelse av fellesskap blant beboerne/medlemmene.

Aktivitet som interkulturelle årlige festivaler med hensikt å knytte bånd på kryss og tvers av ulike kulturer er populære i noen av organisasjonene. I forbindelse med disse festivalene bryter organisasjonene opp de faste aktivitetene og lager arrangement som appellerer til en bred befolkningsgruppe. Det skapes en møteplass for lokale aktører med variert etnisk bakgrunn og hvor det legges til rette for interaksjon mellom ulike grupper i samfunnet. To organisasjoner tilbyr en eller to slike festivalene årlig og tiltakene er rettet mot store deler av Oslos befolkning. Sitatet under er hentet fra en organisasjon som jobber med integrerende tiltak sekundært til ordinær aktivitet. «Vårt mål med festivalen er at der må man snakke med hverandre og forstå hverandre fordi der kommer det forskjellige kulturer. Jeg har oppdaget at for innvandrere så er språk makt. Førstegenerasjon har ofte ikke mulighet til å lære språk og til å lære norsk. For dem blir det, hva skal jeg si, kanskje et vakuum i dette samfunnet hvor vi verken sitter sammen, snakker sammen eller forstår hverandre. Så det er vårt hovedmål at vi skal vise frem at vi er en del av samfunnet, at vi ønsker og vil samarbeide med dere, og at vi ønsker å integrere med dere».

Det integrerende tiltaket viser å ha mål om økt sosial tilhørighet (jf. samfunnsbyggingen Hur 2006) i nabolaget ved å stimulere kontakt mellom ulike grupper.

## **7. DRØFTING AV EMPIRISKE FUNN**

Drøftingen er gjennomført i lys av andre empowermentkomponenter og veien til empowerment (jf. modell s. 19).

### **7.1 Personlig empowerment**

#### **7.1.1 Mening**

I følge Hur (2006) er kulturell identitet en faktor som påvirker mening. I både dokumentanalysen og intervjuene er det sterk konsensus om at lederne og medlemmenes felles tokulturelle bakgrunn (jf. mening, Hur 2006) bidrar til et meningsfylt arbeid for lederne. Slik ledernes empati overfor medlemmene kommer til uttrykk, tolker jeg har å gjøre med deres felles tokulturelle identitet. Dette kan forklares ved at kultur kan sies å påvirke menneskers syn på anatomi og fysiologi, smerte, sykdom, funksjon, sykerolle, og syn på behandling (Keesing 1981). Lik kultur påvirker dermed ledernes evne til å sette seg inn i medlemmenes situasjon. Det påvirker også at å yte støtte til gruppen de kan identifisere seg med oppleves meningsfylt.

Lederne i studien viser at mening spiller en rolle for deres «selvbestemmelse», slik Hur (2006) definerer det. Det at lederne finner mening i arbeidet, gjør at de har drivkraft og for eksempel «holder ut» organisasjonsarbeidet over tid. Dette viser at de har konsistens og utholdenhet og betegnes som selvbestemmelse (jf. Hur 2006). I likhet med Hur (2006), mener Thomas & Velthouse (1990) og Spreitzer et al. (1997), at mening er drivkraften til andre komponenter i empowermentprosessen. Enkelte ledere uttrykker derimot at deres kompetanse har vært medvirkende årsak til å starte organisasjonsarbeidet, og kan forstås som meningsbærende faktor i organisasjonsarbeidet. Dette strider imidlertid mot Hur (2006) sin oppfatning av mening. Mine tolkninger samsvarer imidlertid med Hur (2006) fordi jeg tolker at kompetanse ikke fremstår som drivkraft nok til å holde på med organisasjonsarbeidet.

Empowermentarbeid har ikke alltid den ønskede effekten på medlemmene. Til tross for at ledere anerkjenner medlemmer, og forsøker å hjelpe, styrker det ikke alltid medlemmene eller organisasjonen. Ser en på lederstil og organisasjonskultur som faktorer i prosessen for utvidelse av empowerment kan en vurdere om disse faktorene truer utvidelse av empowerment hos medlemmene eller organisasjonen. Conger & Kanungo (1988) mener at en upersonlig organisasjonskultur, en autoritær eller negativ lederstil kan hindre empowerment. I studien finner jeg at den tokulturelle identitet (jf. mening), som leder og medlemmer ofte har felles, skaper en personlig organisasjonskultur, og således kan tolkes å fremme empowerment. Empirien viser også at lederne fremstår som støttende og lite autoritære, og fremstår heller ikke som en trussel

for utvidelse av empowerment. På den annen side forteller lederne at de mange ganger blir frustrerte og slitene, og at de forsøker å skjerme medlemmene for negative reaksjoner. Dersom lederne ikke klarer å skjerme medlemmene tilstrekkelig, men fremstår som negative, kan det hemme utvidelse av empowerment.

Mening fremstår som drivkraft til selve organisasjonsarbeidet. Jeg finner også at mening bidrar til å styrke lederne, og deres «makt innen» (jf. bevissthet, veien til empowerment, Hur 2006). Leders nøkkelrolle som kontaktperson utad og som ansvarshavende, tolker jeg utvider leders bevissthet, og således leders empowerment. Det kan forklares ved at lederne i lederrollen utvider deres forståelse for sosiale forskjeller, politisk struktur og dets påvirkning på samfunnet gjennom deres varierte arbeidsoppgaver og kontakt med mange ulike mennesker. Denne erfaringen vil også trolig kunne bedre ledernes håndtering av følelser og ferdigheter, samt utvikle nødvendig kunnskap (jf. bevissthet, Hur 2006), og således utvide deres egen empowerment. At lederne gjennom jobben i organisasjonen utvider egen empowerment kan styrke deres lederkompetanse (jf. kompetanse, Hur 2006) og komme medlemmene til gode. Dette støttes av Putnam (2000) som sier at en utadvendt lederrolle gir rom for ”brobyggende” sosiale relasjonene på tvers av sosiodemografiske skillelinjer. Relasjonene bidrar med ressurser som informasjonsutveksling, sosial kontakt, samhandling og å skape tillit. Dette er ressurser som sees på som spesielt viktig for ”å komme seg frem i livet” (ibid.) og kan styrke både leder og medlemmer.

Når jeg vurderer mening opp mot veien til empowerment (jf. modell s. 19) kan funnene i denne studien tolkes som at lederne er betydningsfulle i prosessen med å utvide empowerment hos medlemmene og således har betydning for helsefremmede arbeid i befolkningen med innvandrerbakgrunn. Dette vises ved ledernes anerkjennelse av medlemmene, og deres funksjon som «empowermentagenter» (jf. eksistens av klasseskiller og undertrykkelse). I henhold til Hur (2006), er empowermentagenter en nødvendighet for at personer som opplever undertrykkelse (jf. veien til empowerment) skal finne mening i tilværelsen deres og stimuleres til å utvide deres empowerment. Å bedre helsen hos innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre ved empowermentarbeid, er i tråd med St. meld. nr. 47 (2008-2009) og St. meld nr. 6 (2012-2013). I følge disse stortingsmeldingene inkludert St. meld. nr. 39 (2006-2007), sees frivillige organisasjoner som viktige møteplasser for personer med innvandrerbakgrunn. Således kan organisasjonslederne tolkes som betydningsfulle fordi de bidrar til at mange innvandrerorganisasjoner eksisterer. Andre studier som presenterer organisasjonsledere som ressursfulle nøkkelpersoner er Takle (2012b). Hun har studert politisk orienterte

innvandrersorganisasjoner i Oslo og blant annet undersøkt hvordan økonomisk støtte til innvandrersorganisasjoner står i forhold til de demokratiske modeller som frivillighet er tuftet på.

### **7.1.2 Kompetanse**

I følge Hur (2006) og andre empowermentteoretikere (Freire 1973, Gibson 1995, Parapart et al. 2003) er det av stor betydning at leder har kompetanse til å fremme empowerment hos medlemmer, for at medlemmene skal bli styrket og på sikt delta i kollektivt arbeid med utvidelse av empowerment til representative grupper. Lederne i denne studien viser generelt å ha kompetanse. Det opplyses for øvrig lite om ledernes kompetanse i søknadene, men i langt større grad i intervjuene. Flertallet av lederne har høyere utdanning og fagkompetanse, men er uten formell lederkompetanse. Samtlige har jobbet som organisasjonsledere i flere år og har opparbeidet en viss erfaring som leder.

En kan videre stille spørsmål om kompetansen lederne har er relevant for å fremme empowerment hos medlemmene. Funn i denne studien uttrykker at lederne har stor fokus på empowerment og lite paternalisme. Paternalisme kan sees på som det motsatte av empowerment (Andersen et al. 2000). Eksempler på ledernes fokus på empowerment er at de lar medlemmene få si sin mening og /eller være med å ta beslutninger. Økt medvirkning er for øvrig et av fokusområdene ved det offentlige helsetjenestetilbudet for å fremme empowerment og tilfredshet hos befolkningen med innvandrerbakgrunn (St.meld.nr. 47 (2008-2009)). Medvirkning er sett på som et viktig anliggende i empowerment (Gibson 1995). Funn av medvirkning i denne studien, tolker jeg således å fremme empowerment hos medlemmene og i befolkningen med innvandrerbakgrunn.

Sett i forhold til veien til empowerment kan deltakelse og medvirkning ha innvirkning på bevisstgjøring (jf veien til empowerment). Medlemmene gjennom medvirkning lærer å ha ansvar samt å måtte ta konsekvenser av egne valg. Dette gir bevissthet om hvordan samfunnet er sammensatt (jf. bevisstgjøring), og mulighet til utvidelse av deres empowerment.

Samtidig sier Hur (2006) at for å oppnå utvidet empowerment, i dette tilfellet hos medlemmene, må kunnskap og ferdigheter de skal lære være egnet og i trinn med den tiden man lever i. Majoriteten av lederne forteller at mye tid går med på å formidle informasjon og kunnskap til medlemmene. Jeg tolker dermed at lederne bidrar til å bevisstgjøre medlemmene. Lederen som veileder medlemmene til selv å skape tiltakene samt å delta i utarbeidelse av rapporter og lignende er et eksempel på egnet kompetanseformidling. Når medlemmene i denne organisasjonen opparbeider praktiske ferdigheter utvikler de også viktige «verktøy» som bidrar

til å skape tillit hos medlemmene til at forandring er mulig (jf. bevisstgjøring, veien til empowerment, Hur 2006).

Andre eksempler der leder viser egnet lederstil for å utvide empowerment, er lederen som underviser om familiestrukturer og kultur i det norske samfunn, eksempelvis familieplanlegging. Ved å opplyse om risikoen ved å ha mange barn, ingen eller lav utdanning i det norske samfunn, bevisstgjøres medlemmene slik at de kan ta valg som innebærer mer verdsatte sosiale roller, og personlig tilfredsstillelse (jf. bevisstgjøring, Hur 2006). Et par andre ledere jobber med bevisstgjøring av medlemmene på betydning av utdanning i det norske samfunn. Forskningen viser en klar sammenheng mellom utdanning og helse, og utdanning og sosioøkonomisk status (Blom 2008, Syed et al. 2006), således kan slik skolering sees som tidsriktig kunnskapsformidling for å fremme empowerment.

Eksemplene der medlemmene utvikler verktøy til å kunne påvirke, og lærer om familiestruktur kan tolkes som tiltak som berører determinanter for helse. Personer opplever å få en stemme gjennom organisasjonen og en bedret familiestruktur vil gi mulighet for arbeid og fordeler ved det. Disse kan således tolkes som «tidsriktig» kunnskapsformidling i og med at de bakenforliggende faktorer har sterk betydning for helse.

Eksemplene er også hentet fra organisasjoner der lederne har høyere utdanning. Ut fra mine funn kan det se ut som om ledere med høyere utdanning oftere tilbyr kunnskap og opplysning i deres tilbud og således bidrar til økt bevisstgjøring (jf. veien til empowerment). I følge Hur (2006) er kunnskap viktig for å forstå hvordan sosiale og politiske strukturer påvirker makt og sosial ulikhet (jf. bevisstgjøring), og er således et sentralt ledd i empowermentprosessen. Blant de fire organisasjonene som formidler lite kunnskap tilbys medlemmene en møteplass for medlemmene eller fysisk aktivitet. Sosialt samvær (Kaplan et al. 1988) og fysisk aktivitet (Jenum et al. 2009) er helt klart relevante tiltak for å fremme fysisk og psykisk helse, og har således betydning i prosessen med utvidelse av empowerment (Abebe 2010). I følge Hur (2006) er sosialt samvær og fysisk aktivitet viktig for å «helbrede sykdom» (jf. eksistens av classeskiller og undertrykkelse). Både kunnskap og opplysning, samt fysisk aktivitet kan dermed forstås å være nødvendige for å utvide empowerment.

I følge Hur (2006) har likevel personer som er bevisstgjorte omkring sin vanskeligstilte situasjon, mer empowerment enn personer som ikke er bevisstgjorte (Hur 2006). Dermed kan en tolke at bevisstgjøring ved hjelp av kunnskap er nødvendig for større utvidelse av empowerment. Kunnskap kan øke empowerment ved blant annet økt mulighet til å nyttiggjøre seg samfunnets



tilgjengelige ressurser (van Oort 2005). Organisasjonene som vier mindre tid til kunnskap, kan tolkes å bli hengende etter i konkurranse med organisasjoner og samfunnet for øvrig som tilbyr kunnskap, i prosessen med utvidelse av empowerment.

Det kan stilles spørsmål om de svakeste gruppene, som har kommet kort på veien til empowerment, og som sliter med sykdom (jf. eksistens av klasseskiller og undertrykkelse), det være seg rusmisbrukere, alvorlig psykisk syke eller lignende klarer å nyttiggjøre seg eventuell tilgjengelig kunnskap og opplysning. Tilgjengelig informasjonen (på internett, brosjyrer o.l.) kan være vanskelig å forstå på grunn av fagspråk og liten skrift (Dahle & Ryssevik 2011). En forklaring på hvorfor noen ledere fokuserer mer på kunnskap og opplysning enn andre kan være at de er mer bevisst fordelene med kunnskap. Fordelene ved å ha kunnskap kan forklares ved sammenhengen mellom høy utdanning og god helse (van Oort 2005) som trolig skyldes at utdanning øker mulighetene til å nyttiggjøre seg tilgjengelige ressurser.

Mine funn kan tyde på at ledere med høyere utdanning kan lede medlemmene lenger i empowermentprosessen (jf. veien til empowerment). For lederne som fokuserer lite på kunnskapsformidling i organisasjonen vil det være av stor betydning at myndighetene satser sterkere på å frembringe tilpasset kunnskap og informasjon som også de svakeste grupper kan dra nytte av (jf. St.meld.nr 47 (2008-2009), Dahle & Ryssevik 2011)). Kezo (2010) på bakgrunn av sin dokumentanalyse kritiserer myndighetene i arbeidet med å fremme helse i befolkningen med innvandrerbakgrunn. Hun mener at innvandrerorganisasjoner i svært liten grad blir brukt som ressurs til formidling av kunnskap.

### **7.1.3 Selvbestemmelse**

Det fremstår blant lederne i denne studien som at det å ha god selvbestemmelse er en fordel for å kunne utvide sin makt og få kontroll over andre organisasjoner. Med andre ord fremstår det som at å tørre å stå for ens mening og ha personlig kontroll (jf. selvbestemmelse, Hur 2006), har betydning for å få krefter til å påvirke representative grupper (jf. kontroll over organisasjoner i lokalsamfunnet, Hur 2006), og således mobilisere (jf. veien til empowerment) og utvide organisasjonens empowerment.

Dette kan forklares på bakgrunn av hvordan selvbestemmelse kommer til uttrykk hos lederne. I utgangspunktet kan en tolke at samtlige ledere har en viss grad av selvbestemmelse. Dette begrunner jeg med at samtlige kan vise til den prestasjon det innebærer å være leder for organisasjonen i flere år. Resultatene viser at lederne uttrykker at de nedlegger mye tid i

organisasjonsarbeidet og at det ofte er tøft, som i henholdt til Hur (2006) er uttrykk for initiativ, utholdenhet og autonomi (jf. selvbestemmelse, Hur 2006).

Resultatene viser at to ledere uttrykker mindre selvbestemmelse enn de andre organisasjonslederne og at deres organisasjoner, og den kollektive empowermentprosessen påvirkes av dette. Disse organisasjonene påvirker i mindre grad representative grupper og har mindre kontroll over organisasjoner i lokalsamfunnet (jf. kollektiv empowermentprosess). Vurdert opp mot veien til empowerment har ikke disse kommet til mobiliseringsfasen. I disse organisasjonene jobbes det med bevisstgjøring av medlemmene, og således tolker jeg at de befinner seg i stadiet med bevisstgjøring (jf. veien til empowerment).

En tredje leder uttrykker også begrenset selvbestemmelse sammenlignet med de øvrige organisasjonslederne, men vedkommende mobiliserer større grupper og påvirker andre organisasjoner i lokalsamfunnet. Forklaringen på at vedkommende viser større mobiliseringskraft, kan være at vedkommende har et politisk påvirkningsarbeid gjennom lokalpolitikken, i motsetning til de andre. I følge empirien har dette bidratt til utvidet nettverk og sosial støtte til å påvirke i lokalsamfunnet. Dette er i tråd med Predelli (2006) som viser at innvandrerorganisasjonene gjennom politisk deltakelse påvirker holdninger i nærmiljøet, mens langsiktig politikktvikling påvirker de i mindre grad.

#### **7.1.4 Innflytelse**

Vi ser det er mange ulike former lederne har innflytelse på. Mine funn viser først og fremst innflytelse ved god økonomi og nettverk, det å ha mange medlemmer, samt politisk innflytelse. To organisasjoner har større innflytelse, og disse har noen fellestrekk (når en vurderer opp mot lederne kompetanse og selvbestemmelse). De to lederne med mest innflytelse, leder begge organisasjoner med mange medlemmer, har eget lokale, samt har nasjonale og internasjonale nettverk. Betydningen av nettverk støttes av Ødegård (2010), som hevder det er verdifullt at organisasjoner og nettverk knytter seg opp mot andre og overordnede organisasjoner/nettverk for å utvide deres innflytelse og påvirkningskraft.

Den ene av disse lederne har større politisk innflytelse (og nær kontakt med lokale myndigheter), og langt høyere kompetanse enn den andre lederen. Å delta politisk kan i henhold til Hur (2006) forstås som strategisk adferd for å øke innflytelse (jf. personlig empowerment, Hur 2006). Det kan også tolkes som tegn på mot (jf. selvbestemmelse, Hur 2006) som kan føre til økt innflytelse. Det fremstår altså fordelaktig for ledere å ha politisk innflytelse (Predelli 2006), høy kompetanse, samt selvbestemmelse for å kunne oppnå god innflytelse. Ser en på alle personlige

empowermentkomponentene i helhet skapes et inntrykk der lederne med god innflytelse er sterkere stilt innen flere av empowermentkomponentene, mens ledere med liten innflytelse har mindre gode egenskaper innen flere av empowermentkomponentene. Dette kan tolkes som at det å ha gode egenskaper innen fler eller alle empowermentkomponentene har betydning for hvor sterk innflytelse lederen og organisasjonen har.

For effektivt å kunne utvide empowerment, vektlegger Hur (2006) som nevnt vekt på betydningen av at organisasjonens arbeid tilpasses det miljø og tid som de er i. Å ta i bruk dagens teknologi for effektiv medlems- og nettverkskommunikasjon er et eksempel på hva som er tidsriktig arbeid som påvirker innflytelse. To av organisasjonene med stor innflytelse har effektiv nettverkskommunikasjon via sosiale media og mail. Dette tolker jeg er tilpassing til det miljø og den tid vi lever i. Disse to organisasjonene viser at deres tiltak også fremstår som profesjonelle. Et eksempel på dette er at lederne viser en empowerment lederstil ved å la de yngre få utfolde seg. De voksne lederne veileder de yngre og ser til at aktivitetene er innenfor rammer av hva som er hensiktsmessig og lovlig i organisasjonen og samfunnet, fremfor å styre tiltakene. Når jeg vurderer innflytelse opp mot veien til empowerment (Hur 2006) viser innflytelse å ha betydning for effektivt å kunne mobilisere representative grupper og således oppnå utvidet empowerment (Ødegård 2010, Hagelund & Loga 2009).

I følge Hur (2006) er innflytelse en empowermentkomponent som ligger i mellomrommet mellom personlig empowerment og kollektiv empowerment. Dette fordi innflytelse er resultatorientert mot organisasjoner og samfunnet som helhet. For å kunne fremme helse i befolkningen med innvandrerbakgrunn, som er et implisitt mål i samtlige innvandrerorganisasjoner i studien, vil leders innflytelse dermed ha stor betydning for hvordan organisasjonene lykkes i sitt arbeid. Mine funn viser tre organisasjoner som har gjort en «forskjell» (jf. innflytelse) gjennom strategisk eller administrativt arbeid. En leder ordnet fast lokale til foreningen, en annen påvirket nasjonale retningslinjer, og en tredje holdt flerkulturelle tiltak rettet mot hele bydelen. Ødegård (2010) og delvis Hagelund & Loga (2009) peker på at å involvere lokale myndigheter som skaper en pågående kontakt mellom beboere og nettverk, og mellom ulike aktører i lokalsamfunnet er viktig for innflytelse. For å oppnå økt innflytelse og maksimering (jf. veien til empowerment) fremstår det også viktig å drive organisasjons- og foreningsskolering (ibid.). På bakgrunn av denne faktoren ser vi et skille mellom de to organisasjonene med mest innflytelse. Kun en organisasjon tilbyr påløpende organisasjons- og foreningsskolering til sine medlemmer, samt holder pågående kontakt med lokale myndigheter og aktører.

Vurderer en innflytelse opp mot veien til empowerment, viser det seg at innflytelse i form av at både leder og medlemmer kjenner organisasjonssystemet og dets muligheter for innflytelse har størst betydning for maksimering (jf. veien til empowerment). Innflytelse på samfunnsnivå og på strukturelle virkemidler, slik en organisasjon viser i denne studien, gir handlingsrom til å påvirke store grupper og gjøre en forskjell (jf. maksimering). Denne organisasjonen kan tolkes å påvirke både fra «top down» og «bottom up». Ved å ha påvirkning på myndighetenes utforming av skriftlige veiledere og lover vil organisasjonen kunne føle at «top down- strategi» fra myndighetene delvis vil være i tråd med deres visjoner. Dette fordi de har vært med å påvirke. Organisasjonen sikrer også «bottom up- innflytelse» når medlemmene skoles i organisasjonen. Dette fordi det bidrar til at medlemmene lærer om organisatoriske påvirkningsmåter som organisasjonen har erfart kan bidra til å påvirke myndighetsaktører.

## **7.2 Kollektiv empowerment**

### **7.2.1 Kollektiv tilhørighet**

At grupper organiserer seg er i utgangspunktet tegn på at gruppene er undertrykte eller vanskeligstilte (Hur 2006). Organisering i grupper, slik innvandrerorganisasjonene er eksempel på, blir sett på som en motreaksjon til undertrykkelse i følge empowermentlitteraturen (Wieloch 2002). Empirien viser at innvandrerorganisasjonene består av (nyankomne) immigranter, enslige, kvinner, familiemedlemmer i konflikt, barn og unge, arbeidsløse, grupper med nedsatt helse, grupper med lav utdanning med fler. Dette er grupper som av mange betegnes som vanskeligstilte (Abebe 2010, Syed & Vangen 2003, Syed et al. 2006, Dougstad 2008, St. meld. nr. 47 (2008-2009)). I likhet med overnevnte kan organisasjonene i denne studien tolkes å være et mottiltak i forhold til at de er i en vanskelig situasjon og har begrenset empowerment (jf. modell s. 19). På den annen side viser mine funn at noen av innvandrerorganisasjonene er mindre vanskeligstilte enn andre. Det hentyder at det er forskjeller blant organisasjonene på hvor utvidet empowerment hver organisasjon har. I følge Hur (2006) er man mindre vanskeligstilt jo lenger man kommer i empowermentprosessen (jf. veien til empowerment). Alt i alt, viser resultatene at organisasjonene befinner seg i mange ulike faser av empowermentprosessen (jf. veien til empowerment), men at de fleste organisasjonene har medlemmer som befinner seg aller kortest på veien til empowerment (jf. Hur 2006). Befolkningen med minoritetsbakgrunn er generelt mer vanskeligstilt enn majoritesbefolkningen. De har mindre ressurser og nye grupper vanskeligstilte med innvandrerbakgrunn kommer stadig til organisasjonene. På bakgrunn av dette kan det tolkes at denne forskjellen vil opprettholdes mellom minoritet og majoritet også i fremtiden. Dette støttes i en oppdatert rapport fra Folkehelseinstituttet som først ble utgitt i 2007 og som

omhandler sosial ulikhet i helse. Oppdateringen viser at levestandarden for lavere sosiale lag har forbedret seg dramatisk de seinere årene på grunn av bedret levestandard. Likevel opprettholdes den sosiale gradienten som betyr at jo lavere en kommer på den sosiale rangstigen, jo dårligere er helsen (Folkehelseinstituttet 2013). Dette bildet er viktig å ha med seg i prosessen med utvikling av samarbeid mellom lokale myndigheter og organisasjonene for i størst grad og lykkes med å bedre helse i befolkningen med innvandrerbakgrunn (St.meld. nr. 47 (2008-2009), St.meld. nr. 6 (2012-2013)).

Med bakgrunn i funnene i denne studien om at organisasjonene synes å ha et svært ulikt utgangspunkt og ressurser, er det viktig å ta lærdom av tidligere erfaringer og unngå å gjenta de samme feilene. For eksempel vil måten en kontakter organisasjonene på, telefon vs. mail, påvirke responsen fra organisasjonene og muligheter for dialog og samarbeid. Dersom det ikke tas tilstrekkelig hensyn med egnet og tilrettelagt kommunikasjon og kompetanse, fremstår det som en stor risiko for at kun de best posisjonerte organisasjonene har ressurser til å nyttiggjøre seg det samarbeidet myndighetene kan by på. Det kan føre til at de svakeste organisasjonene, som har størst nytte av samarbeidet, faller utenfor. Til tross for at myndighetene har gjort mye for å gjøre informasjon og kommunikasjon mer egnet og tilgjengelig, gjenstår det en del arbeid med dette (Dahle & Ryssevik 2011).

Når en ser på hva som gjør at medlemmene finner kollektiv tilhørighet i organisasjonen, viser det seg, i likhet med Ødegård (2010), at språk og kulturelle barrierer har stor påvirkning på dette. Samtidig vet vi at mange i befolkningen med innvandrerbakgrunn har helseutfordringer og er lite tilfredse med det offentlige helsevesen (Syed & Vangen 2003). Dårlig kommunikasjon og etniske og kulturelle forskjeller med mer (ibid.) kan være forklaring på at mange medlemmer søker til organisasjoner for blant annet sosial støtte, informasjon og aktivitet (Annaniassen & Kristiansen 2010, Ødegård 2010). Organisasjonene i studien kan dermed oppfattes, i likhet med Syed & Vangen (2003), som en erstatning eller supplement til deler av det offentlige helsetjenestetilbudet. Med dette tolker jeg at organisasjonene bidrar til empowerment hos befolkningen med innvandrerbakgrunn spesielt ved å fremme deres helse ved å tilby et sted der medlemmene har tilhørighet (Kaplan et al. 1988), og økt tilgang til ressurser som kan komme gjennom sosial tilknytning. I tillegg viser studien at organisasjoner bidrar til å fremme helse og utvidelse av empowerment ved opplevelse av redusert smerte, økt fysisk kapasitet, opplysning med mer. På den annen side skal man i følge Pearce & Smith (2003) være kritiske med å tillegge det sosiale samværet (kapitalen) i innvandrerorganisasjonene for stor verdi. De hevder at å

verdsette organisasjonsdeltakelse for høyt kan gå på bekostning av myndighetenes arbeid med bedre grunnleggende strukturelle forhold som ligger til grunn for at folk er vanskeligstilte.

Vel halvparten av organisasjonene består av blandede etniske grupper. De resterende organisasjonene består av grupper med samme nasjonalitet. De viktigste begrunnelsene for deres gruppekonstellasjoner, viser seg å være medlemmenes behov for å snakke eget språk, dele felles interesser, behov for samme informasjon, samt følelse av autonomi og trygghet. Mange uttrykte at de ønsket å knytte nærmere kontakt med majoritetsbefolkningen, men at deres andre behov var mer prekære og uten barrierer. Dette kan tolkes som at organisasjonene som består av grupper med samme nasjonalitet og som fremstår mer lukket er en konsekvens av at disse organisasjonene forsøker å dekke gruppens diverse behov, og ikke et ønske om å skjerme seg fra majoritetssamfunnet.

Ved at kontakt med majoritetsbefolkningen nedprioriteres, kan innvandrersamfunnene forstås å hindre integreringen. Flere forskere kommer med antydninger til dette, men ingen klare svar. Ødegård (2010), Hagelund og Loga (2009) og Nødland (2007) viser i sine studier at innvandrersamfunnene som ble undersøkt var til dels skjermet ved å være opptatt av egen kulturidentitet og livserfaring, men ble sett på som medborgere fordi de viste deltakelse i det norske samfunn. Slik jeg tolker det, viser mine funn omtrent lik fremstilling som de nevnte studiene. Den begrensede kontakten som finner sted i denne og overnevnte studier, mellom minoritet og majoritet, kan skape tvil om effekten av den integrerende organisasjonsdeltakelsen.

Mange av medlemmene i denne studien er voksne eller eldre, og mange har ikke vært sysselsatt til tross for lang botid i Norge. Samfunnstilknytning for innvandrere og etterkommere måles som regel etter levekår og grad av deltakelse. Å være utenfor arbeidslivet er et hinder for kontakt med majoriteten og integrering. Når det gjelder sysselsetting viser studien til Dougstad (2008) at sysselsetting ikke nødvendigvis blir bedre hos pakistanske og somaliske menn etter relativt lang botid (7 år). Sysselsetting hos pakistanske kvinner er kun litt bedre og øker litt med botid (ibid.). Medlemmer med pakistansk og somalisk etnisitet er høyt representert i denne studien. Mine funn sett i lys av forskningen til Dougstad (2008) taler således for at mange med pakistansk og somalisk bakgrunn vil være uten arbeid også i fremtiden, og vil trekke til organisasjoner for sosial støtte blant andre i samme situasjon og fordi de opplever stigmatisering fra majoritetsbefolkningen (Holm 2011). Det kan tale mot en eventuell mulighet for en bedre integrert organisasjonskultur og større kontakt mellom innvandrersamfunnene og majoritetsbefolkningen. Dersom medlemmenes behov for å møte grupper i lik situasjon er av høyere prioritet og lavere barriere enn å møte grupper fra majoritetsbefolkningen, slik funn i

denne studien gir inntrykk av, kan det bety at en del organisasjoner, dersom utviklingen fortsetter slik som Dougstad (2008) viser, stagnerer i første faser av empowermentprosessen (eksistens av klasseskille og undertrykkelse)(jf. veien til empowerment), skjermet fra majoritetssamfunnet.

### **7.2.2 Samfunnsdeltakelse**

Alle tema for tiltakene og deres ordinære arbeid er relevante tema for å bedre innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldres helse, sett ut i fra det litteraturen sier om deres utfordringer. Det være seg psykisk helse, følge opp barna, livsstilssykdommer, kjønnsroller, sysselsetting, integrering og rasisme (Abebe 2010). Engasjement rundt fysisk aktivitet vil dermed være egnet for blant annet for å redusere risiko for livsstilsproblemer som overvekt, inaktivitet, og andre livsstilssykdommer som diabetes (type 2) og CVD som er utbredt blant minoritetsgrupper som er representert i denne studien (Abebe 2010, Jenum 2009).

Jenum et al. (2005) og Hjellset et al. (2011) påpeker nødvendigheten av tilpassede grupper, spesielt for kvinner, når en skal fremme fysisk aktivitet og endret livsstil. Jeg finner både i søknadsdokumentene og intervjuene at flere tiltak er rettet kun mot kvinner. Dette kan forstås som at å tilpasse grupper tas hensyn til i noen grad i utforming av tiltakene i denne studien og samsvarer med Jenum et al. (2005) og Hjellset et al. (2011). På den annen side ser vi eksempler der tiltakene er lite egnet målgruppen. Eksempelvis har kun en organisasjon tilbud om fysisk aktivitet for voksne og eldre menn. Tilbudet er en ergometersykkel, og lederen for dette tilbudet forteller at de sliter med å motivere mennene til å bruke trimsykkelen. En annen organisasjon sier de ikke har kapasitet til å sette i gang aktivitet for menn. Dette tolker jeg er uttrykk for manglende og svært lite tilpasset tilbud om fysisk aktivitet til mennene i organisasjonene. For å lykkes med endring av livsstil hos kvinner, viser Jenum et al. (2005) og Hjellset et al. (2011) at sosial støtte fra familie, opplevelse av kontroll og identitetsfølelse var knyttet til økt deltakelse i fysisk aktivitet. I følge Andersen (2012) er det ikke annerledes for menn. Å ha en ergometersykkel stående er dermed ikke nok for å få mennene mer aktive. Andersen (2012) har fulgt opp pakistanske menn gjennom tilpasset trening og veiledning. Han vektlegger spesielt betydningen av sosial støtte fra familie for å lykkes. Pakistanske menn har høy risiko for CVD og diabetes (type 2), og etter regime med tilpasset trening, hadde deltakerne både høy motivasjon for fysisk aktivitet og redusert risiko for CVD og diabetes (type 2) (ibid.). Tiltak som bedrer medlemmenes helse tolker jeg bidrar til å øke medlemmenes bevissthet (jf. veien til empowerment). For eksempel vil økt fysisk aktivitet og reduksjon av sykdom øke bevissthet om betydning av god helse for å kunne ta tak i egne utfordringer og å komme seg frem i livet (jf. utvidet empowerment).

Funn fra min studie viser at mange tiltak er kortvarige og sporadiske. Det kan stilles spørsmål om det har noen nytteverdi i form av økt helse eller bevissthet (jf. veien til empowerment) å ha korte og sporadiske tiltak i form av informasjonsmøter. Lederne i undersøkelsen forteller at tilskuddene ofte stimulerer til å lære om nye tema og andre ganger hjelper tilskuddet organisasjonen til å bedre kvaliteten på det de holder på med. Sett at organisasjonene hadde jevn kontakt med brukerorganisasjoner slik det er målsetninger om i samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009)), og at en egnet og langsgående informasjonsstrøm var til stede mellom ekspertise og organisasjon kan en argumentere at korte og sporadiske tiltak har en effekt (Mæland 2010). En annen måte å forklare dets helsefremmende betydning på er at «små drypp her og der» slik det fremkommer i et av sitatene, har effekt dersom «dryppene» er en del av et helhetlig tiltak/strategi der medlemmer stimuleres på mange områder over en lengre periode. En slik strategi kan tilsvare en befolkningskampanje. I henhold til Mæland (2010) kan befolkningskampanjer være effektive virkemidler for å påvirke helse. Viktige forutsetninger for at personer med innvandrerbakgrunn skal kunne dra nytte av ulike helsetiltak utenfor organisasjonen, er at de har norsk språkferdigheter og at de deltar i majoritetsamfunnet og har tilgang på informasjon. Funnene i denne studien viser at det kan være en utfordring for mange.

I likhet med Annaniassen & Kristiansen (2010) viser denne studien at innvandrerorganisasjonene tilbyr en «kombipakke», det vil si en sosial møteplass kombinert med et tilbud med (forebyggende) helseformål for deltakerne. Videre finner jeg støtte i deres studie for mine funn om at innvandrerorganisasjonene som har målrettet helsearbeid ofte samarbeider med interesseorganisasjoner med ekspertise, samt at brukermedvirkning i innvandrerorganisasjonene er av variert karakter.

Litteraturen viser at tilgjengelig informasjon om helsefaglig tema bidrar til å bedre innvandrerbefolkningens helse (Abebe 2010, Fangen & Thun 2007). I samsvar med dette viser mine funn at organisasjonene har stor helseeffekt av opplysning om blant annet D-vitaminmangel, diabetes, og tabu-tema som seksuelt smittsomme infeksjoner (SOI) og omskjæring (ibid). Fangen & Thun (2007) tar også opp utfordringene med å ta opp sensitive tema da de det kan formidles på en måte som oppleves krenkende. Dette støtter funn i denne studien, hvor tre av lederne vektlegger dette betydning.

Mulighet til å jobbe med helsefremmende arbeid i organisasjonen påvirkes av om organisasjonen har ressurser. Min studie viser at det er en stor fordel og ha eget lokale til organisasjonen. Ikke å ha lokale går ut over organisasjonens samfunnsdeltakelse og påvirkningsarbeid (jf. kollektiv empowerment, Hur 2006). Lokaler fremstår som å være en betydningsfull ressurs, spesielt når



organisasjonene har høye leiekostnader. Mange av organisasjonene er enige om at tilskuddsordningen hjelper på en presset økonomi og at organisasjonene gis mer handlingsrom i arbeidet med deres tiltak. Nødland et al. (2007) vurderte tilskuddsordningen for blant annet aktivitetsstøtte og dens betydning for integrering. Evalueringsrapporten indikerer at aktiviteter med formål om å bedre integrering når sine mål og bidrar til bedre integrering. Dette kan forstås å støtte mine funn.

I henhold til Ødegård (2010) er samarbeid viktig for at organisasjonene skal kunne komme ut av sin innadvendte posisjon. Se også Hagelund & Loga (2009). Det kommer imidlertid ikke frem, verken i dokumentanalysen eller intervjuene, funn av kommunikasjon mellom lokale myndigheter og organisasjonen. Dette kan skyldes at en slik kommunikasjon i liten eller ingen grad finner sted. I følge St. meld. nr. 47 (2008-2009), er målet at organisasjonene skal være bindeledd mellom offentlige myndigheter og en kanal for informasjon og kunnskap til innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Kontakt gjennom tilskuddsmidlene regner jeg ikke som en slik dialog, fordi den ordningen er et «one shot» i løpet av året. At en bedre dialog mellom organisasjon og offentlige myndigheter er nødvendig synes klart ut fra resultatene. Dette støttes av Dahle & Ryssevik (2011) og Keizo (2010). I denne studien uttrykker flere ledere forvirring om hvilken rolle som forventes av deres organisasjon i samspill med det offentlige. Vurderer en dette opp mot veien til empowerment (jf. modell s. 19) vil erfaring fra samarbeid være viktig å oppleve for organisasjonene. Et samarbeid med andre vil gi økt bevissthet (jf. veien til empowerment) for betydning samarbeid kan ha på empowerment.

Ødegård (2010) vektla på bakgrunn av sin studie, betydningen av organisasjonsskolering for ledere og medlemmer, for at organisasjonene bedre kunne nyttiggjøre seg offentlige støtteordninger. Det kan forklare resultatene om at den ene organisasjonen som jobber med skolering av medlemmer og den andre organisasjonen som har deltatt på dette tidligere er de organisasjonene som håndterer søknadsarbeidet i organisasjonene best. Dette gjelder imidlertid et fåtall av organisasjonene, og er tegn på at mangel på slik skoleringen kan hindre tilgang til tilgjengelige ressurser og hindre fremgang i organisasjonen.

### **7.2.3 Kontroll over organisasjoner i lokalsamfunnet**

En organisasjon som jobber aktivt med å påvirke representative grupper (jf. kontroll over organisasjoner i lokalsamfunnet, Hur 2006) viser at medlemmene er bevisstgjorte og at de i stor grad bidrar i mobiliseringen med å dele makten med større grupper (jf. veien til empowerment,

Hur 2006). Det fremkommer et klart skille mellom denne organisasjonen og de andre organisasjonene sett ut fra hva medlemsgruppen bidrar med i deltakelse og ansvar.

De som har liten kontroll over andre organisasjoner i lokalsamfunnet ser ut til å ha begrenset mulighet til utvidet kontroll og empowerment (jf. kollektiv empowerment, Hur 2006). Lederne for disse gruppene gir uttrykk for at de sliter med lav deltakelse og ansvar fra medlemmene med å påvirke representative grupper (jf. kontroll over organisasjoner i lokalsamfunnet, Hur 2006).

Hur (2006) påpeker imidlertid at organisasjoner som har ledere som har utvidet personlig empowerment ikke nødvendigvis har godt utvidet kollektiv empowerment. Dette kan se ut til å være tilfelle ved flere organisasjoner i denne studien. Organisasjoner kan sikres noe innflytelse dersom leder har politiske verv eller organisasjonen er del av et større nettverk, men dersom lederen ikke får medlemsgruppen delaktig er organisasjonens innflytelse beskjeden.

Hva som hindrer støtte fra medlemsmassen, kan være aktuelt for de berørte lederne å finne ut av, for å kunne bedre situasjonen. Disse organisasjonene som opplever liten støtte fra medlemmene, gir uttrykk for delvis å slite seg ut med lederansvaret. Uten at empirien gir noen klare svar, blir en sittende igjen med spørsmål om organisasjonens utvikling vil stagnere dersom medlemsmassen ikke blir mer delaktige. Dersom utviklingen vil stagnere vil mulighet organisasjonene har for å bedre medlemmenes helse stoppe opp. Noe av forklaringen ligger i manglende kompetanse. Kompetanse som for eksempel organisasjonsskolering vil effektivisere samarbeid og utvikle kontroll over organisasjoner i samfunnet. Andre faktorer som forklarer dette er manglende økonomiske ressurser og nettverk som gjør det lettere å komme seg opp og frem.

#### **7.2.4. Samfunnsbyggingen**

Mine funn viser at flere organisasjoner er åpne til alle etniske grupper og ønsker mer kontakt med majoritetsbefolkningen. Dette kan tolkes å være holdning som støtter integrering og samfunnsbygging slik Hur (2006) definerer det. Samfunnsbyggingen refererer blant annet til at beboere i et samfunn vil øke sin evne til å arbeide sammen, løse problemer, og ta beslutninger for sosial endring sammen i gruppe, samt eksistens av sosial samhörighet (ibid.). Samtidig viser funn i studien at mange organisasjoner er innadvendte og deltar i liten grad i samfunnsaktivitet utenfor organisasjonene. Dette er i tråd med Predelli (2006) som viser at minoritetsbefolkningen deltar mindre enn majoritetsbefolkningen i de allmenne frivillige organisasjonene vi har i Norge. De har også lavere deltakelse i arbeidslivet og i utdanning (Dougstad 2008). Når det gjelder helse har lav deltakelse ved blant annet sysselsetting og sosial tilknytning en klar negativ

påvirkning på helsen (Blom 2008). Den innadvendte tendensen jeg finner i min studie kan således tolkes å ha negative konsekvenser for medlemmene i organisasjonen og deres helse. Det søkes imidlertid mer kunnskap om betydning av integrasjon og helse i innvandrersorganisasjoner (Eimhjellen & Seggaard 2010).

På den annen side viser denne studien at to organisasjoner jobber med tilpassede integreringstiltak for bedret samhørighet i lokalsamfunnet (bydelen) (jf. samfunnsbyggingen). Disse kan tolkes å ha betydning for integreringen og samfunnsbyggingen og er i samsvar med Dahle og Ryssevick (2011). Deres evaluering av aktivitetstilskudd for aktivitet som var tiltenkt å fremme integrering fant at organisasjonene innfridde målene. På den annen side kan det tolkes som at åpenhet til forskjellige etniske grupper og ønske om større kontakt med majoritetsbefolkningen, slik mange organisasjoner i denne studien uttrykker, ikke er tilstrekkelig for integrering og samfunnsbyggingen. I likhet med Hagelund & Loga (2009) viser denne studien at innvandrersorganisasjonene er positive til større kontakt mellom minoritet og majoritet, men svært få følger opp dette i praktisk handling og kan således tolkes å være av liten betydning for integrering og samfunnsbyggingen.

En organisasjon skiller seg ut. Den har et aktivt inkluderingsengasjement på lokalt, regionalt og nasjonalt plan. Denne organisasjonen er i tråd med hva Ødegård (2010) og Hagelund og Loga (2009) viser bidrar til åpenhet og utvikling av organisasjoner i lokalsamfunnet. Dette integreringsarbeidet tolker jeg å være betydningsfullt for medlemmenes og befolkningen med innvandrerbakgrunn sin helse (Blom 2008). Organisasjonen som viser en åpen holdning til andre etnisiteter, men som tilbyr aktivitet som ikke appellerer til andre enn organisasjonens medlemmer, kan således forstås ikke å bidra til samfunnsbyggingen (jf. samfunnsbyggingen Hur 2006, Hagelund og Loga 2009).

### **7.3 Metodekritikk**

Validitet i samfunnsvitenskapen dreier seg om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke. Det handler også om å vurdere kvaliteten på forskningshåndverket gjennom hele undersøkelsen (Kvale 2009). Innenfor samfunnsvitenskapene foregår validering ved å diskutere troverdigheten, styrken og overførbarheten ved studiet (ibid.). I denne delen skal jeg diskutere hvordan disse faktorene har hatt implikasjoner i denne studien ved å ta utgangspunkt i Maxwell (1992) sin sjekkliste for vurdering av forståelse og validitet. Sjekklisten utgjør en strukturert sammenfatning av elementer som har overbærende betydning for validitet i kvalitativ forskning.

### 7.3.1 Design

Hermeneutikk forstås av mange som en form for meningsfortolkning ved bruk av den hermeneutiske sirkel. Empowerment teori har bidratt til å danne perspektiv i den hermeneutiske sirkelen i denne studien, og ble bestemt før datainnsamling begynte. Ved å ta stilling til dette valget tidlig kunne jeg å frembringe teorirelevant informasjon ved intervjuene og dokumentanalysen. Med dette har jeg kunnet utlede en omfattende rapport i lys av dette perspektivet. Et slikt utgangspunkt kan være en fare ved at funnene i for stor grad blir et forsøk på å passe min teoretiske ramme og overskygger lederne «subjektive perspektiv». Dette har jeg tatt hensyn til under hele prosessen. Det at jeg ikke var for låst til intervjuguiden under intervjuene sikret i stor grad at det lederne ønsket å fortelle hadde mulighet til å komme frem.

I følge Maxwell (1992) og Kvale (2009) kan jeg ikke sikre meg mot at min forforståelse av fenomenet påvirker min fortolkning av data. I studien har jeg opplyst leserne om min forforståelse, samt forsøkt å være tydelig på når jeg rapporterer egne tolkninger. Ved å ha gjennomført en stringent og strukturert metodisk prosess har mine subjektive fortolkninger kunnet begrenses og gjenkjennes, slik at leser kan gjøre egne refleksjoner (Thagaard 2009).

Jeg tolker at bruk av empowermentteori har vært en styrke i denne studien i arbeidet med å følge den hermeneutiske spiral. Teorien vurderer fenomenet på personlig, organisatorisk og samfunnsnivå og bidrar til at forskningsspørsmålene belyses fra ulike perspektiv også innen empowermentteorien.

Kvale (2009) påpeker imidlertid at det subjektive perspektiv i forhold til en økonomisk- og samfunnskontekst ofte overses. Både intervjuene og søknadsdokumenter i denne studien formidler leders subjektiv perspektiv og reduserer det Kvale (2009) advarer mot.

Metodetriangulering slik det har vært brukt i denne studien har hatt til fordel å sikre et bredt datamateriale og mulighet til å verifisere kilder mot hverandre. Det at søknadene var skrevet med et annet formål enn det lederne hadde formål om under intervjuet brakte frem enkelte nye fortolkninger omkring fenomenet. Det er i følge Kvale (2009) en styrke blant annet for intervjuforskningen. Det er i tråd med de hermeneutiske prinsipper der formålet med analysen er å gi en bredere fortolkning av fenomenet. Rapporteringen i denne studien har til hensikt å formidle funnene slik at leser selv kan gjøre egne refleksjoner.

### 7.3.2 Deskriptiv validitet

Maxwell (1992) betegner deskriptiv validitet til hva forsker rapporterer å ha hørt eller sett (eller følt, luktet osv.). Faktorer som svekker den deskriptive validiteten kan være å unnlate, eller å projisere informasjon som informant mener har betydning og/eller er relevant for å belyse fenomenet. Deskriptiv validitet vurderes mot rammeverk som tid, rom, fysiske objekter, adferd og vår persepsjon av disse. Fordelen med å ta utgangspunkt i slike definerbare rammer, er at mange vitenskapelige uenigheter unngås, og troverdigheten øker. Ved å ta hensyn til disse rammene så godt som mulig har jeg kunnet styrke validiteten og troverdigheten for min studie (ibid.).

Lydopptakene fungerte som en verifisering av informasjonen som kom frem under intervjuet. Intervjuene var dermed ikke truet av at jeg husket feil, eller glemte informasjon. Samtlige opptak var av god kvalitet. Noen ganger under samtlige opptak forekom ufullstendige setninger som jeg ikke forsto. Jeg valgte ikke å ta de setningene med i resultatene. Dette kan ha ført til at jeg mistet relevant informasjon og ha redusert validiteten. Noen ganger kunne jeg støtte meg til informasjon fra dokumentene og forstå hva som ble sagt. Dette understreker styrken ved å ha flere kilder til data (Kvale 2009). For å imøtekomme dette ville det ha styrket validiteten dersom jeg sendte de transkriberte intervjuene til informant for å verifisere teksten. På grunn av tidsbegrensing gjorde jeg ikke det. For øvrig gjøres dette sjelden og denne studien skiller seg ikke negativt ut.

Ved to anledninger ville to av informantene vise meg filmopptak av tiltak under intervjuet. Dette var en utfordring da det ikke ble fanget opp på lydopptaket. Informantene mente filmopptaket beskrev mer enn de selv kunne beskrive. Det var korte klipp som jeg lot de vise for ikke å virke uinteressert. For å få med informasjonen på opptaket oppmuntret jeg informantene til å fortelle så mye som mulig under videosnuttene fremfor å vise video. Informantene viste meg videoklipp og kunne for eksempel si «på noen møter er det færre personer og på andre møter er det mange. Du kan se!!». I etterkant brukte jeg kun informasjonen som kom frem på lydopptaket.

I følge Kvale (2009) kan det og ikke være konsekvent gjennom hele intervjurekken være et eksempel på en trussel for validiteten i studien. Fordelen med å være konsekvent er større dersom utvalget sammenlignes. I denne studien er formålet å skape et inntrykk av mangfoldet. Jeg vurderte det derfor å være meningsbærende å se litt på disse videoklippene da det ga nyttig innsikt og bedre forståelse i hvordan organisasjonen kommuniserte med sine medlemmer og således av stor relevans for problemstillingen. Det bidro til tilleggsinformasjon i lik linje med

den informasjon jeg fikk ved research i forberedelsesfasen av studiet. Det viktigste hensynet jeg tok var ikke å virke uinteressert i deres arbeid. Dette kunne ha ledet til en dårlig stemning og demotivert informantene videre i intervjuet og påvirket det som ble sagt.

Forsker- informantrollen kan i stor grad påvirke svarene informanten kommer med under intervjuet. En trygg og komfortabel setting vil kunne virke oppmuntrende til en rik og åpen dialog, noe som er relevant for å besvare problemstillingen godt (Kvale 2009). En «myk» innledning, samt å avskrekke en mulig frykt for at jeg var kontrollør for myndighetene virket å fungere i de fleste intervjuene. Min erfaring som fysioterapeut og med konsultasjoner med klienter kan ha medvirket til tillitsfulle samtaler. På den annen side kan informasjonsflyten ha blitt hemmet ved at jeg representerte majoritetsbefolkningen og informantene minoritetsbefolkningen, samt ved kjønnsforskjeller som kan oppleves som maktposisjonering mellom meg og de (Kvale 2009). En hendelse forekom der en informant ba om å få lese spørsmålene før intervjudagen. Informanten godtok at jeg ikke ønsket dette. Jeg vurderte at svarene ville oppleves mer troverdige når informanten svarte spontant. Ønske om å lese intervjuguide kan ha vært tegn på at informanten liker å være forberedt i uvante situasjoner. På den annen side kan det tenkes at intervjuet ble oppfattet som en kontroll av deres organisasjonsarbeid, og at de ønsket å stille forberedt. Dessuten ble intervjuet holdt på annet språk enn deres morsmål. Jeg opplevde intervjuet litt anspent i begynnelsen. Det kan også ha skyldtes at vedkommende var en eldre mann fra Pakistan og at det var et symptom på maktubalanse. Stemningen myknet heldigvis opp og vi kunne le litt. Jeg følte for øvrig at tonen var god i de fleste intervjuer. Flere sa at de synes det var interessant å komme i kontakt med folk som jobber med tema som de selv er opptatt av, noen var smigret over at jeg var interessert i deres arbeid, mens andre så det som et håp om at deltakelse i studien kunne profilere deres organisasjon eller utvide deres sosiale nettverk.

Forståelsen og således troverdigheten av intervjusamtalen kan også påvirkes av settingen for intervjuet (Kvale 2009, Maxwell 1992). At samtlige intervjuer, unntagen to ble holdt i organisasjonens lokale hvor informantene var vant, gjorde at settingen opplevdes uformell og avslappet, noe som er viktig for å skape ro og flyt i samtalen (Kvale 2009, Thagaard 2009). Ved noen intervju forekom mindre forstyrrelser på grunn av at det foregikk organisasjonsaktiviteter i nærheten av lokalet. Et intervju ble holdt på café hvor det var mer forstyrrelser enn de øvrige intervjuene. Lydopptaket var likevel tilfredsstillende, men det at det var andre mennesker i rommet kan ha innvirket på flyten i samtalen og ført til at nyttig informasjon uteble. Et annet intervju ble holdt per telefon. Jeg opplevde at stemningen var god, men kan ha mistet visuell

informasjon og således gått glipp av inntrykk av om informanten var komfortabel ol. For informantene var det for øvrig den eneste mulighet for å få gjennomført intervjuene da de var svært opptatt ellers.

Trusler mot validiteten til selve intervjuet er i følge Maxwell (1992) dårlig styring av intervjuet der informasjonen blir for overflødig eller irrelevant, å stille ledende spørsmål eller ha ledende kroppsspråk. Jeg betrakter dette som en del av den deskriptive validiteten fordi spørsmålsformuleringen påvirker svarene og hva som blir sagt i intervjuet (jf. deskriptiv validitet). Jeg stilte åpne spørsmål og vurderte om jeg fikk konsistente svar for å styre svarene minst mulig og styrke troverdigheten av informasjonen (jf. intra-reliability, Kvale 2009). Dette støttes av (Maxwell 1992). Videre ba jeg de gjenta eller utdype det de hadde sagt. I følge Kvale (2009) er forsker i alt for stor grad opptatt av å unngå å gjenta spørsmål fordi det kan virke som man ikke har fulgt med eller er redd for å gå glipp av annen informasjon. Ved å gjøre dette opplevde jeg å forsikre meg om å ha forstått informantene rett. I tillegg opplevde jeg at jeg fikk mer nyanserte svar noe som styrket min forståelse av svarene. Maxwell (1992) poengterer at forståelsen er essensiell for validiteten av studien. Han hevder at en stringent metode har lite hensikt dersom forståelsen av informasjonen er av svak karakter. Forståelsen og troverdigheten på svarene kan styrkes dersom ulike forskere intervjuet samme person og fikk samme svar og/eller hadde samme fortolkning av svaret (jf. inter-reliability, Kvale 2009). Dette er imidlertid svært ressurskrevende å få til og er ikke prioritert i denne studien.

Jeg forsøkte ved relevante tema å stille oppfølgingsspørsmål inntil det ikke kom mer ny informasjon. Dette frembragte dybdeinformasjon og har bidratt til å styrke min forståelse og således validiteten på svarene. Ved det første intervjuet fulgte jeg ganske strengt intervjuguiden, ved de senere intervjuene lot jeg intervjuet være mer flytende fordi det falt mer naturlig. Fordelen med å følge intervjuguiden er at en sikrer svar som er relevante for forskningsspørsmålet. Det kan imidlertid ha ført til informantens hindres i å komme med andre tema som det ikke stilles spørsmål om, men som også kunne være relevante. Det motsatte kan imidlertid ha funnet sted når jeg lot intervjuet være mer flytende.

### **7.3.3 Fortolkende validitet**

Min forståelse av den verbale og nonverbale informasjonen som kommer frem i intervjuet og i dokumentene har betydning for den fortolkende validitet. I følge Maxwell (1992) refererer fortolkende validitet (jf. interpretive validity) til informantens eget språk. Å være bevisst at deres språk er «opplevelsesnært» det de forteller om, inneholder egendefinerte termer, samt er

spontane begrep som utledes i en setting er viktig for forståelsen. Å problematisere informantens egne termer er således ikke hensikten. God fortolkning i følge Maxwell (1992) kan være å forstå nøyaktig betydningen av ord og termer informanten bruker, selv om ord og termer kan være upassende i sammenhengen de kommer i.

Kulturelle forskjeller mellom informant og forsker øker sjansen for mistolkninger og reduksjon av fortolkende validitet. Med den tiden som var til rådighet opplevde jeg at forberedelsene for å bedre min forståelse var nyttige. Jeg deltok på et planleggingsmøte i en organisasjon. Jeg hadde snakket med personer som organisasjonene har kontakt med, og søkte opp informasjon om organisasjonene på internett. Det var imidlertid ikke alle organisasjonene jeg fikk opplysning om. Dette kan ha ført til at jeg var mindre forberedt til noen av intervjuene. På den annen side hadde jeg lest søknadsdokumentene til alle organisasjonene på forhånd, og satt på litt bakgrunnsinformasjon om organisasjonen og leders verbale uttrykksform. På den måten opplevde jeg selv ikke å være mindre forberedt. Intervjuguiden var dessuten formulert uten fremmedord eller fagbegrep for å redusere mulige misforståelser og således påvirke min eller informantens fortolkning. Dette kan likevel ha forekommet. For å imøtekomme dette har jeg valgt å gjengi mange sitat. På den måten kan leser selv se hva som ble sagt.

At informanten skjuler sine synspunkt, enten det er bevisst eller ubevisst, er i følge Maxwell (1992) en trussel for den fortolkende validiteten. I denne studien kom vi inn på sensitive tema blant annet om helse. Helse er et tema hvor det er sannsynlig at informantene holder informasjon tilbake (Abebe 2010). Jeg stilte ikke direkte spørsmål om sensitive tema, men forsøkte å skape en tillitsfull og åpen dialog.

Det viste seg for øvrig at flere ledere snakket åpent om psykisk helse, til tross for at psykisk helse kan være et tabu-tema. Det kan forklares ved at psykiske lidelser i stor grad også berører majoritetsbefolkningen (Abebe 2010). Det kan også tenkes at det for lederne var lettere å snakke om psykisk helse i tredjeperson (medlemmene/organisasjonen). På den annen side snakket et par ledere åpent om å ha slitt personlig med psykisk lidelse. En leder hadde imidlertid fagkompetanse innen psykisk helse og var vant til å snakke om det. Dette kan forstås å være et uttrykk for at psykisk helse i relativt liten grad ble holdt tilbake av lederne.

For å unngå en forsterking av den stigmatiseringen som mange innvandrere opplever i samfunnet kan lederne i studien også ha valgt å tie om dimensjoner knyttet til lav sosioøkonomisk status, sosial isolasjon, diskriminering, nederlag i jobb/skole og kjønns- og generasjonsroller, dårlig arbeidsmoral, ulovlydighet med mer (Abebe 2010). På den annen side kan det tenkes at lederne



har valgt å overdrive eventuelle problemer, med hensikt å få mer medlidenhet, oppmerksomhet og hjelp. Et annet tema som kan oppleves sensitivt, er leders holdninger til myndigheter og helsepolitikk. På bakgrunn av dette kan informantene ha unnlatt å kritisere tilskuddsordningen som myndighetene er ansvarlige for, i frykt for slike holdninger blir brukt mot dem senere, eller får konsekvenser ved fremtidig tildeling. En informant nektet på å ha mottatt tilskuddsmidler for deres tiltak. Dette stemte ikke med tildelingsdokumentene. Av ulike årsaker hadde helsetiltaket deres blitt svært begrenset, og det er mulig vedkommende ønsket å forsvare sin situasjon. Dette er for øvrig den eneste informasjonen som har vært inkonsistent i kildene i studien. Dette viser igjen styrken ved å ha ulike kilder for data. Konsistens av data fra ulike metoder styrker dets troverdighet.

#### **7.3.4 Teoretisk validitet**

For å bedømme den teoretiske validiteten må en i følge Maxwell (1992) se på om kategoriene og sammenhengen mellom kategoriene i teorien er egnet/valide som teori av fenomenet.

Empowermentteorier brukes for øvrig i analyse av sosial utvikling og bevegelser i lokalsamfunnet slik det gjøres i denne studien (Freire 1973, Parpart et al. 2003, Wallerstein 2006).

Hur (2006) som danner rammeverket for empowermentteori i bruk i denne studien har definert kategorier på bakgrunn av hva det er konsensus om i den øvrige litteraturen. Kategoriene er dermed definert med et mangfold av termer, og som gjør det lett å kategorisere data. Det er likevel mulig å kategorisere på andre måter enn det jeg har gjort, eller å være uenig med min måte. Jeg har verifisert min kategorisering underveis i resultatdelen med henvisninger til Hur (2006). På den måten har leseren mulighet til å vurdere egnethet og logikk ved min bruk.

Kategoriene henger sammen ved å være en progressiv utviklingskjede av empowerment (Hur 2006). Lite empowerment har sammenheng med de øverste komponentene i modellen og mye empowerment befinner seg i de nedre komponentene. Hvor langt organisasjonene eller leder har kommet på veien til empowerment er vurdert i forhold til hvilken styrke de uttrykker i de ulike komponentene. For eksempel viste det seg at noen ledere hadde stor innflytelse (godt utvidet empowerment) pga. politisk deltakelse, men at de stilte svakere i andre kategorier. Det at kategoriene skulle vurderes opp mot hverandre gjorde at et helhetlig bilde ble dannet og at jeg unngikk snartenkte konklusjoner på basis av enkeltvurdering av komponenter. Den fungerte således som en verifisering (Hur 2006) ved at jeg måtte vurdere hvor mye verdi jeg hadde vektlagt de de ulike komponentene. Vurderingene ble dermed mer balanserte og tydelige, og

gjorde det således lettere å indikere hvor organisasjonene befant seg i empowermentprosessen (jf. veien til empowerment).

Teorien er i følge Hur (2006) egnet ikke bare til forskere, men til at organisasjonene eller ledere kan evaluere deres egen empowerment. Eksempelvis viste studien at begrenset selvbestemmelse hos leder kan være et hinder for utvidet kollektiv empowerment og overordnet empowerment. En slik evaluering ville hjulpet med å klargjøre hva organisasjonen eller leder slet med i empowermentprosessen, og som kunne forbedres. Empowermentteori er på den annen side blitt kritisert for å være for individualistisk orientert (Breton 1994). Breton (1994) hevder at selv om individet styrkes gjennom kognitive eller adferdsendringer, er det vanskelig å argumentere at disse endringene har innflytelse på sosial urett som påvirker folks liv. Hun hevder at realiteten med empowerment ligger i den strukturelle situasjonen som fordeler makt i samfunnet og gir tilgang til ressurser. For å påvirke dette kreves sosial aksjon ikke bare for å få tilgang til eksisterende ressurser, men for å få rett og ansvar til å delta i å skape ressurser, samt å fjerne upassende og ineffektive ressurser (ibid.). Hur (2006) sin teori tar høyde for noe av denne kritikken i og med at både individuelle og kollektive komponenter vurderes og sees som en helhet og gir mulighet til å kunne påvirke de strukturelle situasjoner.

### **7.3.5 Overførbarhet**

Overførbarhet (jf. generalizability) refererer til den grad man kan overføre funn fra en spesiell situasjon eller populasjon til andre personer, tider og settinger enn de som ble direkte studert (Maxwell 1992). I følge Kvale (2009) kan en dersom resultatene i den kvalitative forskningen er rimelige troverdige og gyldige, vurdere om resultatene kan overføres til andre relevante situasjoner. For å imøtekomme dette har jeg fulgt intervju-kvalifikasjonskriterier til Kvale (2009) for å kunne gjøre så gode intervju som mulig. Til tross for dette er kvalitativ intervjuing et håndverk som krever lang praksis for å bli god på. For eksempel hvilke tema man velger å forfølge og gå i dybden av vil trolig være annerledes dersom man er ekspert på fagfeltet og har lang erfaring med kvalitativ forskning (Kvale 2009). For øvrig har jeg fulgt relativt stringente metodiske retningslinjer også når det gjelder dokumentanalyse. Også dette arbeidet ville kunne bedres dersom jeg hadde lenger erfaring. På den annen side er det en styrke at jeg har lagt stor fokus på transparens og mulighet til å gjenta en tilsvarende undersøkelse, samt verifisering gjennom hele prosessen. Det at funn i denne studien har stor grad av konsistens, og er uten logiske motsigelser understøtter dette.

Formålet med studien var å gjenspeile et mangfold av innvandrerorganisasjoner i deres arbeid med helsefremmende arbeid, uttrykt i en empowermentteoretisk ramme. Den høye deltakelsen (9 av 12) i studien er en styrke og gir god bredde i resultatene og innsikt i et mangfold av meninger og opplevelser fra mitt utvalg. På grunn av overnevnte kan funnene sies å ha overførbarhet til andre organisasjoner lignende de som er representert i denne studien. Overførbarhet (generaliserbarhet) begrenses i denne studien imidlertid til intern overførbarhet, som for øvrig er mest relevant i kvalitativ forskning (Maxwell 1992). Med lignende organisasjoner kan det i denne sammenheng forstås som at organisasjonene driver med helsearbeid, har fått innvilget tilskudd til helsetiltak, har tilnærmet lik etnisk bakgrunn, har lignende organisasjonskontekst, samt tilhører Oslo. At overførbarheten er liten til organisasjoner utenfor Oslo er at konteksten for organisasjonsarbeidet er annerledes og således vil organisasjonens funn være ulike enn for utvalget i denne studien. At organisasjonene i denne studien har fått tilskudd til helsetiltak påvirker organisasjonsarbeidet og gjør at de skiller seg fra andre organisasjoner uten tilskudd. I tillegg vil store kulturelle forskjeller mellom etniske grupper gjøre det vanskelig å overføre mine funn til andre etniske grupper som ikke var representert i utvalget. Dette er forskjeller som sannsynlig vil bidra med nye meninger og opplevelser som ikke er beskrevet i mitt utvalg. Funnene kan dermed sies å ha liten overføringsverdi til andre innvandrerorganisasjoner enn de som har likhetstrekk med mitt utvalg (jf. ekstern validitet, Maxwell 1992).

### **7.3.6 Pragmatisk validitet**

Jeg har forsøkt å imøtekomme krav om å produsere nyttig forskning. I dette ligger det en avveining mellom plikt til å rapportere og etikk. Resultatene er rapportert på en så riktig og saklig måte som mulig tatt i betraktning at hensyn til informantenes og befolkningen med innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldres omdømme skal ivaretas. På bakgrunn av at befolkningen med innvandrerbakgrunn er en utsatt gruppe med fare for stigmatisering, har jeg passet på å unngå former for klientifisering av gruppen i rapporteringen. På den annen side har jeg vært opptatt av ikke å kamuflere funn kun fordi de kan oppfattes negative overfor gruppen. Jeg har vurdert funn, språk og litteratur med denne bevisstheten i mente og forsøkt å balansere dette.

Eksempelvis vurderte jeg hvordan personene og medlemmene i studien skulle betegnes. I følge Bhopal (2004) vises større hensyn ved å benevne person eller gruppe med deres spesifikke etniske bakgrunn. Ved å følge anbefaling fra Bhopal (2004) så jeg en økt risiko for sporbarhet av resultat tilbake til person, og valgte dermed ikke å gjøre det. Jeg har i stor grad valgt benevnelser som personer eller grupper med innvandrerbakgrunn. Denne brukes i offentlige dokumenter og

kan anses som vanlig bruk (Barne- Likestillings- og Inkluderingsdepartementet 2013). En mer egnet betegnelse er innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre som også brukes i studien. Samlebetegnelsen «innvandrerbefolkningen» ble oppfattet av mange å være negativt ladet og skilte dårlig mellom forskjellene blant de to gruppene og ble avvirket i offentlig bruk av myndighetene i 2008 (SSB 2013b).

Studien har hatt en samfunnsverdi ved at den har både bidratt med nye funn og funn som støttes i annen forskning som er relevante for å forstå hvordan innvandrerorganisasjoner fungerer med å fremme helse i befolkningen med innvandrerbakgrunn. Å gjennomføre liknende studier av empowermentprosessen i organisasjoner som har fått tilskudd til helsetiltak i Oslo, kan være nyttig for å etterprøve mine funn. Ved å ta utgangspunkt i andre byer eller tettsteder i Norge, vil bidra med informasjon knyttet til bosted, og belyse andre relevante perspektiv i arbeidet med fremme helse i befolkningen med innvandrerbakgrunn.

Min studie viser at innvandrerorganisasjoner ofte tilbyr et kombinert tilbud av møteplass og informasjonsformidling/aktivitet. Dette er i samsvar med Annaniassen & Kristiansen (2010). Min studie viser også et behov for mer tilpasset informasjon til innvandrerorganisasjonene, samt nærere kontakt med brukerorganisasjoner og myndigheter. Dette støttes av Dahle & Ryssevik (2011), Ødegård (2010) og Keizo (2010). Videre er det støtte for mine funn av at integreringstiltakene som organisasjonene gjennomfører, fører til økt kontakt mellom minoritet og majoritet (Dahle & Ryssevik 2011). Språk og maktubalanse mellom kjønn fremstår i denne studien, i likhet med Ødegård (2010), blant de største barrierene for kontakt med majoritetsbefolkningen. Videre viser denne studien at mange organisasjoner opererer alene og isolert og trenger hjelp til å komme seg ut av isolasjonen (Ødegård 2010).

## 8. KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE

Denne studien viser at organisasjonsledere som tilbyr helsetiltak fremstår som ressurssterke personer som tar stort ansvar i arbeidet med å bedre situasjonen for personer med innvandrerbakgrunn. Det kan tyde på at ledere med høyere utdanning i stor grad bidrar med å bevisstgjøre sine medlemmer. Studien viser også tegn til at ledere som skolerer sine medlemmer i organisasjonsdrift vil kunne lede sine medlemmer langt i empowermentprosessen. At lederne fremstår som ressurssterke og som tar stort ansvar er betydningsfullt i arbeidet med å videreutvikle dialog og samarbeid mellom myndigheter og organisasjoner med innvandrerbakgrunn (jf. st. meld. nr. 47 (2008-2009)). Samtidig viser studien at mange ledere føler at deres arbeid med å fremme helse ikke verdsettes av myndighetene, samt at samarbeid mellom myndigheter og organisasjoner i stor grad er fraværende. Videre undersøkelse av ledernes holdninger og synspunkt til hvordan et slikt samarbeid kan fungere i praksis anbefales. At ledere føler å bli verdsatt er viktig for å bevare deres betydningsfulle engasjement i organisasjonsarbeidet for å fremme helse i befolkningen med innvandrerbakgrunn. Et annet viktig funn ved studien er den store forskjellen blant organisasjonene i henhold til hvor godt utvidet empowerment de har. Noen organisasjoner synes å befinne seg i starten på veien til empowerment, mange underveis, mens enkelte synes å ha kommet langt på veien til empowerment. Å undersøke bakgrunnen for dette nærmere vil være nyttig for å unngå ulik mulighet for utvikling blant organisasjonene som en følge av manglende ressurser. Kursing av ledere om organisasjonsvirksomhet fremstår imidlertid som nyttig for empowermentutvikling i organisasjonene. Betydningen av slik kursing, samt ledernes tanker om hvordan dette kan gjennomføres bør studeres nærmere og vil sikre deres medvirkning i prosessen. Kursing i organisasjonsvirksomhet kan stimulere organisasjonene til økt samarbeid. I min studie finner jeg at mange av organisasjonene har lite formelt samarbeid med andre. Samarbeid som er til stede er i de fleste tilfeller midlertidige, og har kommet i gang som et krav til tilskuddsordningen. Videre er det funn i studien som viser at det finnes lite tilpasset aktivitet for menn, til tross for at det er et stort behov. Årsaken til dette og hva som skal til for å få i gang slike tiltak er tema som anbefales å følge opp i videre forskning. Min studie viser i tillegg funn som er kjent fra tidligere forskning. Dette gjelder funn som at innvandrerorganisasjoner ofte tilbyr en kombinasjon av møteplass og informasjon/aktivitet, at integreringstiltak i organisasjonen er nyttige, samt at språk og maktubalanse er barrierer for at befolkningen med innvandrerbakgrunn deltar i etablerte aktiviteter sammen med majoritetsbefolkningen. Overnevnte viser funn av empowermentkomponenter slik de har kommet til uttrykk gjennom lederne i denne studien og som sees som viktige i arbeid med å fremme helse i befolkningen med innvandrerbakgrunn.

## KILDELISTE

Abebe, D. S. (2010). Public Health Challenges of Immigrants in Norway: A Research Review. *Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI), Rapport 2010:2.80 s.*

Allern, E., Helgesen, M. & Predelli, L.N. (2001). Mellom konflikt og integrasjon. Evaluering av Kontaktutvalget mellom innvandrere og myndighetene. *Norsk institutt for by- og regionforskning*. Rapport 2001:11. 120 s.

Andersen, J. (2003). *Empowerment i storbyens rum: et sosialvidenskabeligt perspektiv*, København: Hans Reitzel. 251 s.

Andersen, M.L., Brok, P. & Mathiasen, H. (2000). *Empowerment på dansk*. Frederikshavn:Dafolo. 180 s.

Annaniassen, E. & Kristiansen, I-H. (2010). Eldre innvandrere og organisasjoner. *Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring*, Rapport 2010:13. 79 s.

Askheim, O. P. & Starrin, B. (2007). *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk. 221 s.

Baillie, L., Broughton, S., Bassett-Smith, J., Aasen, W., Oostindie, M., Marino, B.A. et al. (2004). Community health, community involvement, and community empowerment: Too much to expect? *Journal of Community Psychology*, 32(2): 217-228.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84: 191-215.

Barne- Likestillings- og Inkluderingsdepartementet. (2013). Tilskudd til innvandrersorganisasjoner og annen frivillig virksomhet. Oslo: Barne- Likestillings- og Inkluderingsdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/tema/integrering/tilskudd-til-innvandrersorganisasjoner.html?id=115221> (lest 23.04.2013).

Becker, J., Kovach, A.C. & Gronseth, D.L. (2004). Individual empowerment: How community health workers operationalize self-determination, self-sufficiency, and decision-making abilities of low-income mothers. *Journal of Community Psychology*, 32(3): 327-342.

Bhopal, R. (2004). Glossary of terms relating to ethnicity and race: for reflection and debate. *Journal of Epidemiology and Community Health* 48: 441-5.

Blom, S. & Henriksen, K. (2008). Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006. *Statistisk sentralbyrå (SSB)*, Rapport 2008:35. 62 s.

Boehm, A. & Staples, L.H. (2004). Empowerment: The point of view of consumer. *Families in Society*, 85(2): 270-280.

Boydell, K.M. & Volpe, T. (2004). A qualitative examination of the implementation of a community-academic coalition. *Journal of Community Psychology*, 32(4): 357-374.

Breton, M. (1994) "On the Meaning of Empowerment and Empowerment-Oriented Social Work Practice", *Social Work with Groups*, 17(3): 23-37.

Conger, J. & Kanungo, R. (1988). The empowerment process: Integrating theory and practice. *Academy of Management Review*, 13(3): 471-482.

Dahle, M. & Ryssevik, J.(2011). Tilrettelegging av offentlig informasjon for innvandrere. En studie av policy og praksis i tre sektorer. *ideas2evidence*, Rapport 2011:6 104 s.

Daugstad, G. (red.). (2008). Innvandring og innvandrere. *Statistisk sentralbyrå (SSB)*. Oslo. 2008: 200 s.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2011). *Komite for medisin og helsefag*. Oslo. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/Vart-arbeid/Hvem-er-vi/Komite-for-medisin-og-helsefag/> (lest 04.05.2011).

Diversi, M. & Mecham, C. (2005). Latino(a) students and Caucasian mentors in a rural afterschool program: Towards empowering the adult-youth relationship. *Journal of Community Psychology*, 33(1): 31-40.

Djuve, A.B. (2010). Veileder i brukerundersøkelser når innvandrere er brukere. *Integrerings- og mangfoldsdirektoratet*, 97 s.

Doore, G. (1988). Shaman's path: Healing, personal growth, and empowerment. Boston, MA: Shambhala Publications. 236 s.

Eimhjellen, I. & Seggaard, S. B. (2010). Etniske minoriteter og frivillige organisasjoner. *Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor*, Rapport 2010:8. 60 s.

EMI. (2011b). 2011 Fordeling av midler til frivillig virke: saksfremstilling, *Arkivavdelingen EMI*, Oslo: Enhet for mangfold- og integrering, 53 s.

EMI. (2011c). 2011 Fordeling av midler til kommunale integreringsmidler: saksfremstilling, *Arkivavdelingen EMI*, Oslo: Enhet for mangfold- og integrering, 58 s.

EMI. (2011a). Retningslinjer 2011 Oslo Kommunes tilskudd til integrerings- og mangfoldstiltak. *Arkivavdelingen EMI*, Oslo: Enhet for mangfold- og integrering, 6 s.

Enjolras, B. & Wollebæk, D. (2010). Frivillige organisasjoner, sosial utjevning og inkludering. *Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor*. Oslo. Rapport 2010:2. 36 s.

Fangen, K. & Thun, C. (2007). Unge somaliske kvinner snakker om omskjæring. *Sosiologi i dag*. 37 (3-4): 107-141.

Fetterson, M.D. (2002). Empowerment evaluation: Building communities of practice and a culture of learning. *American Journal of Psychology*, 30(1): 89-102.

Folkehelseinstituttet.(2013). Sosial ulikhet i helse-faktaark. Oslo: Folkehelseinstituttet (FHI). Tilgjengelig

fra:[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6263:0:25,6603&MainContent\\_6263=6464:0:25,6604&List\\_6212=6218:0:25,6605:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6603&MainContent_6263=6464:0:25,6604&List_6212=6218:0:25,6605:1:0:0:::0:0) (lest 20.3.2013).

- Freire, P. (1974). *De undertryktes pedagogikk*. Oslo: Gyldendal. 155 s.
- Friedmann, J. (1992). *Empowerment: Politics of alternative development*. Malden, MA: Blackwell Publishers. 212 s.
- Gele, A. A. & Harsløf, I. (2012). Barriers and Facilitators to Civic Engagement Among Elderly African Immigrants in Oslo. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 14 (1): 166-174.
- Gibson, C.H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6): 1201-1210.
- Gist, M.E. (1987). Self-efficacy: Implication for organizational behavior and human resource management. *Academy of Management Journal*, 12: 472-485.
- Gladwell, M. (2001). *Det magiske vendepunktet. Når små ting skaper store endringer*. Oslo: Gyldendal. 243 s.
- Greenberg, D.B., & Strasser, S. (red.). (2003). Behavior in organizations: understanding and managing the human side of work / Jerald Greenberg, Robert A. Baron. 8. utg. Greenwich, Upper Saddle River, N.J.:Prentice Hall. 691 s.
- Gutierrez, L.M. (1990). Working with women of color: An empowerment perspective. *Social Work*, 35(2): 149-153.
- Hagelund, A. & Loga, J. (2009). Frivillighet, innvandring, integrasjon. En kunnskapsoversikt. *Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor*, Rapport 2009:1. 94 s.
- Helsedirektoratet. (2009). *Migration and Health. Challenges and trends 2009*. Oslo. Helsedirektoratet. 91s.
- Hjellset, V.T., Bjørge, B., Eriksen, H.R. & Høstmark. A.T. (2011). Risk Factors for Type 2 Diabetes Among Female Pakistani Immigrants: The InvaDiab-DEPLAN Study on Pakistani Immigrant Women Living in Oslo, Norway. *Journal of Immigration and Minority Health*, 13(1): 101-110.
- Holm, I.M. (2011). *Somaliere og norsk skole. En studie av somaliere i Norge med særlig fokus på relasjoner mellom lærere og foreldre*. Dr. Avhandling. Universitetet i Tromsø. Institutt for sosiologi, statsvitenskap og samfunnsplanlegging. 378 s.
- Meyer S. (2012). *Dokumentanalyse*. Tilgjengelig fra: <http://www.jbi.hio.no/kilden/sidse/skriftlige/kilder/dokumentanalyse.htm> (lest 2.2.2012).
- Hur, M. H. (2006). Empowerment in terms of theoretical perspectives: Exploring a typology of the process and components across disciplines. *Journal of Community Psychology*, 34 (5): 523-540.
- IMDi. (2011). Retningslinjer 2011 for tilskudd til frivillig virksomhet i lokalsamfunn som bidrar til deltakelse, dialog og samhandling. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi). Tilgjengelig fra: [http://www.imdi.no/Documents/BrosjyrerHefterHaandbok/Retningslinjer\\_2011\\_2korr.pdf](http://www.imdi.no/Documents/BrosjyrerHefterHaandbok/Retningslinjer_2011_2korr.pdf) (lest 10.08.2010).



- Itzhaky, H. & York, A.S. (2000). Sociopolitical control and empowerment: An extended replication. *Journal of Community Psychology*, 28(4): 407–415.
- Jenum, A.K, Holme, I., Graff-Iversen, S. & Birkeland, K.I.(2005). Ethnicity and sex are strong determinants of diabetes in an urban Western society: implications for prevention. *Diabetologia*, 48(3):435-9.
- Jenum, A.K., Lorentzen, C.A. & Ommundsen, Y.(2009). Targeting physical activity in a low socioeconomic status population: observations from the Norwegian “Romsas in Motion”study. *British Journal of Sports Medicine*, 43(1):64-9.
- Kaplan, G.A, Salonen, J. T., Cohen, R. D., Brand, R. J., Syme, S.L. & Puska, P. (1988). Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, 128(2):370-380.
- KIM. (2011). Årsrapport 2010. Oppsummering av KIMs arbeid. Oslo: *Kontaktutvalget mellom innvandrerbefolkningen og myndighetene*. 40 s.
- Krokstad, S., Ringdal, K., Westin, S. (2002): Classifying people by social class in population based health surveys: Two methods compared. *Norsk epidemiologi* 12(1):19-25.
- Kumar, B.N., Grøtvedt, L., Meyer, H.E., Sjøgaard, A-J. & Strand, B.J. (2008). The Oslo Immigrant Health Profile. *Folkehelseinstituttet*, Rapport 2008:7 59 s.
- Kvale, S. (red.). (2005). *Det kvalitative forskningsintervju*. 7 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 236 s.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk. 344 s.
- Lyhmann, J. (2011a). E-post med arkivansvarlig Jørn Lyhmann ved EMI. Oslo (25.10.2011).
- Lyhmann, J. (2011b). E-post med arkivansvarlig Jørn Lyhmann ved EMI. Oslo (25.10.2011).
- Mathiesen, T. (1992). *Det uferdige: tekster om opprør og undertrykkelse*. Oslo: Pax. 152 s.
- Maxwell, J. A. (1992). Understanding and Validity in Qualitative research. *Harvard Educatioanal Review*, 62 (3): 279-300.
- Mellin-Olsen, T. & Wandel, M. (2005). Changes in food habits among Pakistani immigrant women in Oslo, Norway. *Ethnicity & health*, 10 (4): 311-339.
- Melve, J. (2003). Innvandrersorganisasjoner i Norge. I: Flemming Mikkelsen. (red.). *Innvandrersorganisasjoner i Norden*, s. 171-233. København: Nordisk Ministerråd (NORD).
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl. 234 s.
- Nødland, S.I., Allred, K., Berg, C. & Opedal, S. (2005): Skal alle gjør alt? Evaluering av landsdekkende organisasjoner på innvandrerfeltet. *Rogalandsforskning*, Rapport 2005:61.188s.

- Nødland, S.I., Hidle, K. & Kvaale, G. (2007). Organisasjoner for identitet og integrering: Evaluering av tilskuddsordning for lokale innvandrersorganisasjoner og lokalt frivillig virke. *International Research Institute of Stavanger (IRIS)*, Rapport 2007:64. 113 s.
- Page, N., & Czuba, C.E. (1999). Empowerment: What is it? *Journal of Extension*, 37(5): 24–32.
- Parpart, J.L., Rai, S.M. & Staudt, K. (2003). “Rethinking Empowerment, Gender and Development: An Introduction,” I: J.L. Parpart, S.M. Rai, & K. Staudt. (red.). *Rethinking Empowerment: Gender and Development in a Global/Local World*, s. 3-21. New York: Routledge.
- Peterson, N.A., Lowe, J.B., Aquilino, M.L. & Schnider, J.E. (2005). Linking social cohesion and interactional empowerment: Support and new implications for theory. *Journal of Community Psychology*, 33(2): 233–244.
- Predelli, L.N. (2006). Innvandrersorganisasjoner i Norge. Utforming, aktiviteter og politisk deltakelse. *Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR)*, Rapport 2006:16. 72 s.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster. 541 s.
- Rogstad, J.(2007). *Demokratisk fellesskap: Politisk inkludering og etnisk mobilisering*. Oslo: Universitetsforlaget.197s.
- Slettebø, T. (2000). Empowerment som tilnærming i sosialt arbeid. *Nordisk sosialt arbeid*, 20(2): 75-85.
- Solomon, B. (1976). *Black empowerment: Social work in oppressed communities*. New York: Columbia University Press. 438 s.
- Spilker, R.S, Indseth, T. & Aambø, A. (2009) *Tilstandsrapport: Minoritetshelsefeltet i Norge*. Oslo: Nasjonal Kompetanseenhet for minoritetshelse. 51 s.
- Spreitzer, G.M., Kizilos, M.A., & Nason, S.W. (1997). A dimensional analysis of the relationship between psychological empowerment and effectiveness, satisfaction, and strain. *Journal of Management*, 23(5): 679–704.
- SSB. (2011). *Innvandring*. Oslo. Statistisk Sentral Byrå (SSB). Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/innvandring> (lest 09.09 2011).
- SSB. (2013a). *Innvandring*. Oslo. Statistisk Sentral Byrå (SSB). Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef> (lest 23.04.2012).
- SSB. (2013b). Definisjoner og betegnelser i innvandrersstatistikken. Hva skal «innvandrer» hete?. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/hva-skal-innvandrer-hete> (lest 01.02.2013).
- St. meld. nr. 20 (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 91 s.
- St. meld. nr. 39 (2006-2007): *Frivillighet for alle*. Oslo: Kultur- og Kirke departementet. 291 s.

St. meld. nr. 6 (2012-2013). *En helhetlig integreringspolitikk: Mangfold og fellesskap*. Oslo: Barne- og Likestillings- og Inkluderingsdepartementet. 141 s.

St.meld. nr. 47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. 150 s.

Staples, L.H. (1990). Powerful ideas about empowerment. *Administration in Social Work*, 14(2): 29–42.

Syed, H. R., Dalgard, S.D., Hussain, A., Dalen I., Claussen, B. & Ahlberg N.L. et al. (2006). *Inequalities in health: A comparative study between ethnic Norwegians and Pakistanis in Oslo, Norway*. *International Journal for Equity in Health* 2006. Tilgjengelig fra: <http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-5-7.pdf> (lest 09.11.2011).

Syed, H.R. & Vangen, S. (2003). Health and migration: A review. *Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse*, Rapport 2003:2. 94 s.

Takle, M. (2012b, 24. februar). “Aktivistenes arena” *Klassekampen*, s.1.

Takle, M. (red.). (2012a). *Membership and Internal Democracy Immigrant Organisations in the City of Oslo. GRITIM Working Paper Series No. 12. Summer 2012*. Barcelona: GRITIM-UPF Editorial Board at the 12th GRITIM-UPF Conference, Interdisciplinary Research Group on Immigration (GRITIM), Universitat Pompeu Fabra 32 s.

Terblanche, F. (2003). Empowering people in organization. *Mousaion*, 21(2), 128–137.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget. 250 s.

Thomas, K. & Velthouse, B. (1990). Cognitive elements of empowerment: An interpretive model intrinsic task motivation. *Academy of Management Review*, 15: 666–681.

van Oort, F.V.A., van Lenthe, F.J., Mackenbach, J.P. (2005). Material, psychosocial, and behavioural factors in the explanation of educational inequalities in mortality in the Netherlands. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59:214-220.

Wagner, J.A., III. (1995). On beating head horses, reconsidering reconsiderations and ending disputes: Further thought about a recent study of research on participation. *Academy of Management Review*, 20(3): 506–509.

Wall, T.D., Cordery, J.L., & Clegg, C.W. (2002). Empowerment, performance, and operational uncertainty: A theoretical integration. *Applied Psychology*, 51(1): 146–165.

Wallerstein, N. (2006) *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* København: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) Tilgjengelig fra: <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf> (lest 15.12.2011).

WHO. (2011a). The Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21. november 1986. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (lest 11.12.2011).

WHO (2011b). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, Bangkok, 11. august 2005. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/en/](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/) (lest 11.12.2011).

WHO. (2013). 7th Global Conference on Health Promotion, Nairobi, 26-30. oktober 2009. Geneve: WHO. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/> (lest 05.01.2013).

Wieloch, N. (2002). Collective Mobilization and Identity from the Underground: The development of "Oppositional Capital" in the Harm Reduction Movement. *Sociological Quarterly*, 1 (43): 45-72.

Wollebæk, D. & Sivesind, K.H. (2010), Fra folkebevegelse til filantropi? Frivillig innsats i Norge 1997-2009. *Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor*, Rapport 2010: 3. 114s.

Ødegård, G. (2010). Foreningsliv i et flerkulturelt lokalsamfunn: En studie om integrasjon og sosial kapital. *Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor*, Rapport 2010: 6. 116 s.

## VEDLEGG 1

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet Innvandrersorganisasjoner og helsetiltak, en kvalitativ studie om empowerment hos personer med innvandrerbakgrunn**

#### **Bakgrunn og hensikt**

I Norge har det vært forsket på migranters helse siden 1990. I hovedsak presenterer studiene at helseproblemer opptrer ulikt blant etniske grupper i Norge. I tillegg viser forskningen at helsevesenet mangler gode helsetilbud og har mangelfull kunnskap om helseutfordringer knyttet til ulike etniske grupper. Innvandrerbefolkningen har rapportert selv å være mindre tilfreds med helsetjenestetilbudet. Disse forholdene ønsker en å forberede. Gjennom å dele din kunnskap og positive og negative erfaringer med oss, kan du være med å bidra til forskning som vil gi innvandrerbefolkningens bedre helse.

Derfor vil vi med dette spørre deg om du vil delta i en forskningsstudie som vil se på helsetiltak som innvandrerorganisasjoner har iverksatt. I denne studien ønsker vi å finne ut hva slags helsetiltak dette er og mer om betydningen disse helsetiltakene har for innvandrerbefolkningen. Denne studien vil gjennomføres som en masteroppgave i Folkehelse ved Universitetet for Miljø- og Biovitenskap (UMB) på Ås. Faglig veileder jobber parallelt med et prosjekt om innvandrerorganisasjoner og deltakelse i et lokalt demokrati.

Faglig ansvarlig for prosjektet er Marianne Takle, seniorforsker ved Norsk Institutt for Velferd, Oppvekst og Aldring (NOVA), Formell veileder, førsteamanuensis Ruth Kjørsti Raanaas ved UMB og mastergradsstudent Christine Heni vil stå for gjennomføringen av studien.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Hvis du sier ja til å delta, vil vi be deg om å gjennomføre et intervju i form av en samtale omkring organisasjonens erfaring med å iverksette helsetiltaket og selve helsetiltaket.

Mastergradsstudent Christine Heni vil komme til deres organisasjons lokaler. Intervjuet vil ta ca. 45 min. Intervjuene blir tatt opp med båndopptaker, og vil senere bli skrevet ut på papir.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Fordelen med å være med er at du får mulighet til å reflektere over et tema som vi alle har et forhold til: helse. I intervjuet er det du som forteller din historie og i stor grad velger hva du ønsker å ta opp. I alle intervju er det imidlertid slik at det kan dukke opp tema som er vanskelig å snakke om. Du kan selvsagt når som helst velge å avbryte, eller si fra hvis det er noe du ikke ønsker å snakke om.

Noen ganger blir forskning publisert i media, og det er ikke alltid forskerne og de som har deltatt i studien kjenner seg igjen i fremstillingen. Dette er viktig å være klar over før man deltar i forskning. Det kommer imidlertid ikke til å bli publisert noe fra denne studien som kan spores til enkeltpersoner.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Det er kun studenten som gjennomfører intervjuene som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det samme gjelder adgang til båndopptakene og utskriften av intervjuet. Båndopptakene slettes etter at intervjuene er skrevet ut på papir. Datamaterialet anonymiseres innen prosjektslutt den 15.08.2012.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Det er ikke deg som individ det blir fokusert på i etterarbeidet, men innvandringsorganisasjoner generelt.

**Frivillig deltakelse** Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:  
Masterstudent: Christine Heni tlf.: 484 97 759

Eller:

Faglig veileder: Førsteamanuensis Marianne Takle på tlf.: 913 45 134

## VEDLEGG 2

### **Samtykke til deltakelse i studien**

«Innvandrerorganisasjoner og helsetiltak, en kvalitativ studie om empowerment hos personer med innvandrerbakgrunn»

Gjennomført av Christine Heni  
Student på Master i Folkehelse ved Universitetet for Miljø- og Biovitenskap  
Jeg er villig til å delta i studien.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## VEDLEGG 3

### INTERVJUGUIDE

#### Første kontakt

- Takke for deltakelse
- Presentere meg selv
- Informere om prosjektet og hva det stilles spørsmål om
- Si litt om konsekvenser, bla om tilbakemelding og om resultat
- Garantere anonymitet eller sikre tillatelse til å bruke dataene om informanten skulle identifiseres
- Informere informanten om retten til å avbryte intervjuet når som helst

Huskeliste: Bekreftende oppfølgingsspørsmål; “ forstår jeg deg rett ...”

#### Fakta spørsmål:

- Enkle spørsmål for å opparbeide god relasjon og som ikke skremmer

Familie, jobb eller karriere, forhold til helse, begrepet helse, når organisasjonen ble opprettet,

#### Innledning, det løpende organisasjonsarbeidet/service

1. Fortell om hvilken profil dere har hatt /har? Organisasjonens styrker og svakheter? Integreert i lokalsamfunnet? Synlighet utad?
2. Fortell hva som kjennetegner deres medlemmer? Hva tror du deres medlemmer vektlegger når de velger deres organisasjon? Hva skiller dere fra andre? Kulturelt tilpasset? Hva gjør dere for å holde på medlemmer? Beskriv miljøet i organisasjonen. Fortell om samhold i organisasjonen? Fortell om hvilken dialog dere har i organisasjonen?
3. Beskriv en typisk møtedag for organisasjonen
4. Har du tillit til at dine kollegaer, medlemmer representerer organisasjonen på en god måte?
5. Kan du fortelle om organisasjonenes arbeidsoppgaver? Er dere gode på å gjøre disse arbeidsoppgavene? Hva gjør dere for å bli bedre? Fortell om kvaliteten av aktivitetene/tilbudene deres?
6. Hvilken kompetanse legger organisasjonen vekt på å ha eller utvikle, faglig, formelt og/eller med hensyn til erfaringer?
7. Er dere fornøyd med situasjonen slik den er? Er dere en bedre organisasjon i dag enn for 1,2, 3 år siden? Hvordan?

#### Tema. Organisasjonsarbeidets effektivitet og kapasitet

1. Hva tilbyr dere deres medlemmer? Er det andre organisasjoner det samme som dere? Bærekraft? Kapasitet? Kunne dere gjort mer?
2. Kan du fortelle om organisasjonens arbeidsmetoder? Hva består denne i så fall i?
3. Kan du fortelle om hvordan organisasjonen tar beslutninger? Kan du fortelle om rettigheter og plikter i organisasjonen? Bli medlemmenes meninger tatt hensyn til? Kan du fortelle hvordan håndterer organisasjonen konflikter og berømmelser? Eks? I hvilken grad har organisasjonene kontakt med sine medlemmer?



4. Kan du fortelle om organisasjonens målsetninger og hvordan de er satt? Kortere og lengre perspektiv?
5. Kan du fortelle om hvordan lederskapet er i organisasjonen?
6. Kan du fortelle om medlemmenes deltakelse? Passive/ aktive? Engasjement? Eksempel?
7. Kan du fortelle om samarbeid organisasjonen har med andre: Hva ville du lagt vekt på ved vurderinga av å stifte samarbeidspartnere? Hva er betydningen av at dere er i lokalsamfunnet? Eks. bydel? Har dere samarbeidspartnere? Hvem? Har dere noen gang hatt eller vurdert å samarbeide med andre? Hvilke? Har dere blitt spurt eller oppfordret om å samarbeide med andre? Hvilke?

#### **Tema: Motiv til helsetiltak/behov**

8. Hvilken betydning har tiltaket for organisasjonen? Mestring? Styrket etterpå? På hvilken måte? Hvor viktig er tema for tiltaket for organisasjonen?
9. Hvordan vil du beskrive situasjonen i samfunnet til målgruppen? -Hva kan de gjøre for å bedre sin situasjon? Makt til å handle? Hva inspirer dere?
10. Hvilken betydning har det å gjøre noe sammen? Sosial aksjon? Dialog?
11. Hvilke omstendigheter utløser initiativ til tiltak?
12. Fortell om hvem som var drivkraften (organisasjon/ledelse el eksterne/samfunnet) Har dere erfaring fra før? Hvem sin ide? Spesiell kompetanse? Har dere opplevd tidligere at tiltak har ført til forandring? Har det vært en del av langsiktig plan? Hvordan blir dere påvirket av media?
13. Hva tror du er viktigste årsak til at medlemmer støtter dere? Hvorfor er noen lojale overfor dere? Har dere konkurrenter? Hvem?
14. Hva er viktigst å oppnå med dette tiltaket? Hva slags behov har målgruppen?
15. Kan du fortelle hva dere ønsket å oppnå med tiltaket?
16. Kan du fortelle/ beskrive stemningen i organisasjonen når det ble bestemt at dette tema for tiltak ble valgt?
17. Kan du fortelle om hvor du tror dere er om 5 år? - kan du fortelle om organisasjonen har endret visjoner det siste året?
18. Hvor mye av arbeidet i organisasjonen handler om helse?

#### **Tema: Forberedelser til helsetiltak, prosess og ressurser**

19. Kan du fortelle om hvordan planleggingen av tiltaket foregikk?
20. Hvilke kilder benytter dere dere av ved valg av tiltak? Hvor stor innflytelse har disse på valg av tiltak?
21. Har dere vurdert hva dere får igjen ved å velge et tiltak fremfor et annet?
22. Hva er hovedgevinsten ved å velge dette tiltaket?
23. Hvordan henter dere inn hjelp, ressurser, ekspertise?
24. Hva legger dere vekt på ved vurdering av ekspertise?

#### **Tema: Gjennomføring/Utforming av tiltak /tilpasset**

25. Hva gjorde til slutt at tiltaket ble som det ble?
26. Hva ville du legge mest vekt på om tiltaket skulle gjøres igjen? Hva er minst viktig?
27. Har det skjedd endringer i organisasjonen i etterkant av tiltaket? Hvilke?
28. Kan du fortelle/beskrive om utformingen av tiltaket
29. Kan du beskrive målgruppen for tiltaket?
30. Hva er denne gruppens spesielle helseproblemer?
31. Kan du fortelle om rammene/ytre omstendigheter som påvirker utformingen? Hva har muliggjort/begrenset?
32. Kan du beskrive stemningen under utforming av tiltaket?

33. Vil du si at utformingen er tilpasset målgruppen?

**Tema: Oppslutningen om tiltakene/betydning for medlemmene**

34. Kan du beskrive en dag under tiltaket?

35. Kan du beskrive aktiviteten til de som bidro med utformingen.

36. Hva slags reaksjoner fra medlemmene kunne en se under og etter tiltaket?

37. Hva slags aktivitet fra medlemmene kunne en se under og etter tiltaket?

38. Hvor mange deltok under utformingen?

39. Hvilken betydning har tiltakene for målgruppen?

40. Hva har dere oppnådd med dette tiltaket? Medlemmene styrket etter tiltaket?

41. Hva førte tiltaket til? Nye medlemmer? Nytt engasjement? Nye ideer?

42. Hva har dere lært med tiltaket?

43. Kan du fortelle hvordan tiltaket har betydning for gruppens helseproblemer?

**Avslutning:**

Forberede informanten på at det nærmer seg slutten.

Tid til avsluttende kommentarer

Oppklare eventuelle uklarheter

Eventuelle spørsmål eller noe på hjertet

Igjen takke for deltakelsen