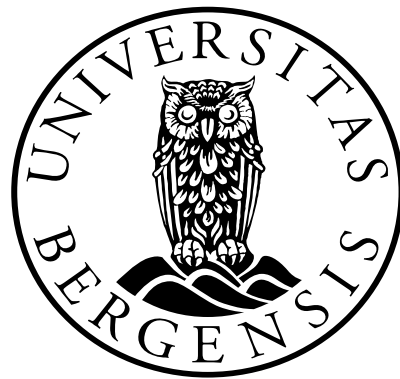


Evaluering av Helseambassadørprosjektet: Påvirkning av innvandrere i rollen som helseambassadører under pandemien.

Marta-Johanne Svendsen



MAPSYK360

Masterprogram i psykologi

Studieretning: sosial- og kognitiv psykologi

ved

UNIVERSITETET I BERGEN

DET PSYKOLOGISKE FAKULTET

HØST 2023

Antall ord: 20006

Veileder: David Lackland Sam, Institutt for samfunnspsykologi

Biveileder: Esperanza Diaz, Pandemisenteret, Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Biveileder: Oddvar Kaarbøe, Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Abstract

The Health Ambassador Project was formed to efficiently distribute information about the COVID-19 pandemic to migrants, by creating possibilities for dialogue between individuals who had key roles in their migrant community (Health Ambassadors (HA)) with health experts and the municipality. The HA would thereafter distribute the information to migrants in their own language. The project started in the spring of 2021 and ended in the fall of 2022, with the later stage including HA from Ukraine. To evaluate how the HA-Project affected the HA themselves we interviewed seven HA about their experiences participating in the project. The individual interviews were analyzed using systematic text condensation. For all HA, participating in the project was an overall positive experience, by getting a sense of meaning and feeling as an important resource during a global crisis. There were also positive social and professional aspects in being able to meet other HA and learning from each other's experiences and challenges. Challenging aspects were having the significant responsibility of conveying information to fellow migrants and fighting misinformation. Several of the HA used more of their free time than was expected of them, helping people in practical ways. HA who came in on a later stage in the project experienced the project as more stressful given the lack of availability of translations to their own language. Targeted health interventions using migrants to address their peers should consider the experiences of those distributing information and minimize their psychological stress.

Keywords: Pandemic, Immigrants, Volunteers, Stress, Resilience, Meaning, Coping

Sammendrag

Helseambassadørprosjektet ble utformet under koronapandemien for å gi informasjon om pandemien til innvandrere ved å skape muligheter for dialog mellom individer som hadde nøkkelrollen i deres innvandremiljø (Helseambassadører (HA) sammen med helseeksperter og kommunen. Deretter kommuniserte HA informasjonen videre til innvandrere på deres morsmål. Prosjektet startet våren 2021 og ble avsluttet høsten 2022, med et senere stadige som inkluderte HA fra Ukraina. Formålet var å evaluere hvordan HA-prosjektet påvirket HA selv, utførte jeg individuelle intervju med syv HA om deres erfaringer med å delta i prosjektet. Intervjuene ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering. Samtlige HA opplevde prosjektet som en positiv opplevelse samlet sett. Positive aspekter ved å være en HA var å få en opplevelse av mening og å føle seg som en viktig resurs under en global krise. Det var positive sosiale og profesjonelle aspekter i å møte andre HA fra ulike kulturer og lære fra hverandres erfaringer og utfordringer. Utfordrende aspekter var å ha det tunge ansvaret med å kommunisere informasjon til andre innvandrere og å bekjempe feilinformasjon. Flere av HA brukte mer av deres fritid enn forventet av dem; de hjalp mennesker med praktiske gjøremål. HA som kom senere inn i prosjektet erfarte prosjektet som mer stressende på bakgrunn av mangel på oversettelser til deres eget språk. Målrettede helseintervensjoner med bruk av innvandrere for å adressere deres likemenn bør ta i betraktning deres erfaringer og minimere psykologisk stress for menneskene som distribuerer informasjon.

Nøkkelord: Pandemi, Innvandrere, Frivillige, Stress, Resiliens, Mening, Mestring

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet som en avsluttende del av masterstudiet i sosial- og kognitiv psykologi ved Universitet i Bergen. Det har vært en svært krevende, men lærerik prosess. Kultur- og migrasjonspsykologi har siden oppstarten av mitt utdanningsløp vært mitt interessefelt, da jeg opplever at feltet er svært viktig og at det er mangel på flerkulturell kompetanse i mange samfunnsinstanser. Gjennom videre utdanning og i kontakt med organisasjoner som driver med tiltak rettet mot innvandrere har jeg fått dypere innsikt i nødvendigheten med et større fokus på innvandrerhelse.

Jeg tok kontakt med Esperanza Diaz, professor ved institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitet i Bergen og leder for Pandemisenteret, på bakgrunn av hennes omfattende arbeid innenfor innvandrerhelse. Jeg er takknemlig for at hun godtok å være veileder. Hun satte meg i kontakt med mange mennesker og har vært tålmodig og gitt meg uvurderlig veiledning. Hun satte meg i kontakt med David Lackland Sam, professor i tverrkulturell psykologi ved Institutt for samfunnspsykologi ved Universitet i Bergen som ble hovedveileder for masteroppgaven og Oddvar Kaarbøe professor ved Institutt for økonomi og institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitet i Bergen som ble biveileder. Jeg vil takke dere så mye for deres fantastiske dyktighet, tålmodighet, motivasjon, konstruktive kritikk og verdifulle tilbakemeldinger. Jeg vil også takke alle tre veiledere for innsikten om viktigheten av tverrfaglig samarbeid.

Tusen takk til alle som har støttet meg og delt kunnskap gjennom denne prosessen. Takk til venner og familie for all deres støtte og spesielt til min kjære mor. Tusen takk til Pandemisenteret for all støtte og inkludering i deres arbeid og aktiviteter. Tusen takk til Caritas Bergen som har latt meg stille spørsmål og latt meg observere og delta på deres møter, og særlig til mine informanter som villig har delt av sine erfaringer.

Bergen, 17.11.23

Innholdsfortegnelse

ABSTRACT	3
SAMMENDRAG	4
FORORD	5
1.0 INTRODUKSJON	8
1.1 PRESENTASJON OG INTRODUKSJON AV TEMA	8
1.2 TIDLIGERE FORSKNING	9
2.0 TEORETISK BAKGRUNN	15
2.1 BEGREPSAVKLARING	15
2.2 HELSEAMBASSADØRPROSJEKTET	16
2.2.1 Helseambassadører.....	17
2.2.2 Modulene.....	18
2.2.3 Kunnskapsutveksling.....	19
2.3 HVORFOR ER EN EVALUERING NØDVENDIG?.....	19
2.3.1 Vi er alle i samme båt, eller?.....	20
2.3.2 NGOs kom på banen mens myndigheten enda satt på benken.....	21
2.3.3 «Infodemic».....	22
2.3.4 Preventive tiltak før, etter og under en pandemi.	23
2.4 PSYKOLOGISK PÅVIRKNING UNDER PANDEMIEN	25
2.4.1 Positiv psykologi og pandemi.	26
3.0 METODE	30
3.1 VALG AV METODISK TILNÆRMING	30
3.1.1 Utvalg og rekruttering	30
3.1.2 Datainnsamling.....	32
3.1.3 Transkribering	33
3.2 ANALYSE	33
3.2.1 Helhetsinntrykk	34
3.2.2 Identifisere meningsdannende enheter.	34
3.2.3. Kondensering	34
3.2.4 Syntese- sammenfatning.....	35
3.3 REFLEKSJONER RUNDT METODE	35
3.3.1 Forforståelse.....	35
3.3.2 Validitet.....	36
3.4 RETROSPEKTIV KOSTNADSANALYSE.....	38
4.0 FUNN	39
4.1 ORGANISERING I SENERE STADIGE: DET UKRAINSKE PERSPEKTIVET.....	39
4.1.1 Spørreskjema.....	40
4.1.2 Språkutfordringer.	40
4.1.3 Misskommunikasjon.....	41
4.2 DIALOG OG SAMARBEID.....	42
4.2.1 Nyttig informasjon.	42
4.2.2 Trygghet i samarbeid.	42
4.3. KOMMUNIKASJON OG SPRÅK	43
4.3.1 Inkludere myndighetene.....	44
4.4 UTFORDRINGER MED FEILINFORMASJON OG KONSPIRASJONSTEORIER	45
4.5 TAKKNEMLIGHET OG ANSVAR	46
4.5.1 Ansvarsfølelse.....	47
4.6 RETROSPEKTIV KOSTNADSANALYSE.....	48
4.6.1 Budsjet HA-prosjektet.....	48
4.6.2 Kostnadsdata.....	49
4.6.3 Lite data.	50
4.6.4 HA tid lagt inn.....	50
4.6.5 Verdien av tid.....	51
4.6.6 Oversettelser og tolk.	52

4.6.7 Fremtidig prosjekter	53
5.0 DISKUSJON	54
5.1 RESULTATDISKUSJON	54
5.1.1 Organisatoriske svakheter.	55
5.1.2 Dialog og samarbeid.....	59
5.1.3 Kommunikasjon og språk.....	60
5.1.4 Utfordringer i møte med feilinformasjon og konspirasjonsteorier.....	62
5.1.5 Takknemlighet og ansvar.	64
5.2 OPPSUMMERING DRØFTING.....	66
5.3 METODEDISKUSJON	67
5.3.1 Perspektivet fra brukeren.....	68
5.3.2 Begrensninger i utvalget.....	68
5.3.3 Forskerens rolle.....	69
5.3.5 Refleksivitet	70
5.3.6 Informasjonsstyrke.....	71
6.0 KONKLUSJON	72
REFERANSELISTE	74
APPENDIKS	80

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Presentasjon og introduksjon av tema

Under pandemien ble innvandrere spesielt hardt rammet. Innvandrere var i større grad representert i statistikken over innleggelser med COVID-19 og hadde hyppigere påvist smitte enn den øvrige befolkningen (Diaz et al., 2020). Individuer født i utlandet hadde i snitt nesten dobbel så høy smitteforekomst som individer som var født i Norge (Indseth, Kjøllesdal, Calero, Nygård, Godøy, 2020). Noen innvandrergrupper i Norge hadde mer enn dobbel så høy risiko som den øvrige befolkningen for å dø av koronaviruset (Telle et al., 2021). Statistikk om høyere dødelighet for innvandrere enn den øvrige befolkningen var også gjeldene internasjonalt for de land som hadde data om innvandrere (Migration Data Portal, 2023). I følge Aambø (2021) er det en politisk målsetting at god helse skal eksistere på tvers av ulike samfunnsgrupper i Norge. Det var derfor grunn til bekymring når smitte- og innleggingsstatistikken viste en overrepresentasjon av ulike innvandrergrupper under pandemien (Aambø, 2021).

På det tidspunktet det ble avklart at innvandrere i Norge var overrepresenterte i statistikken over de smittede, var et av tiltakene som ble satt i gang å tilrettelegge informasjon til innvandrere vedrørende spørsmål som omfattet pandemien (Diaz et al., 2020). Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) hadde midler til dette formålet og ønsket å distribuere ulike tilskudd til frivillige aktører som kunne starte informasjonsprosjekt om pandemien rettet mot innvandrere i Norge. Flere ulike prosjekter fikk midler til dette formålet på litt forskjellige måter; noen av disse prosjektene var Bergen Moské med prosjektet «Informasjonstiltak om COVID-19 for innvandrerbefolkningen 2021», Nordic Chinese Communication med prosjektet «Koronavirus informasjon til den kinesiske gruppen i Norge 2021» og Den Etiopiske Ortodokse Kirke i Norge med prosjektet «Ekstraordinært tilskudd til

informasjonstiltak for innvandrere 2021» (IMDi, 2022). Listen over organisasjoner og prosjekter som fikk midler til ulik informasjonsformidling tyder på at styresmaktene ønsket å nå ut bredt over hele Norge til ulike minoritetsmiljø. Jeg vil evaluere et av disse informasjonsprosjektene som fikk tilskudd fra IMDi: «Helseambassadørprosjektet», ved å undersøke erfaringene til de som skulle gi pandemiinformasjon til innvandrere i Bergen(Helseambassadører). Helseambassadørprosjektet hadde som hensikt å informere innvandrerbefolkningen om ulike spørsmål vedrørende koronapandemien i Norge gjennom velinformerte helseambassadører med innvandrerbakgrunn.

1.2 Tidligere forskning

Etter pandemien har flere evalueringer og undersøkelser blitt gjort på prosjekter og tiltak som ble satt i gang for under pandemien (se for eksempel, Indseth, 2021; Koronakommisjonen, 2022). I denne evalueringen velger jeg å belyse perspektivene til de som fikk ansvaret om å gi informasjon til innvandrere under pandemien. Relevansen for å belyse dette perspektivet blir ansett som stor. Dette på bakgrunn av at denne gruppen gjorde en svært viktig jobb for samfunnet under pandemien, og perspektiv til individer med innvandrerbakgrunn ofte er underrepresentert i forskning (Redwood & Gill, 2013). Dette var også gjeldene for pandemiforskning (Etti et al., 2021). På tross av at slike informasjonsprosjekt som er rettet mot innvandrere kan bli ansett som vellykket, kan det ikke bli tatt for gitt at løsningene som ble utviklet var bra for alle de ulike partene i prosjektene. I følge Baruha og Chetia (2021) blir alle mennesker utsatt for ulike psykologiske påvirkninger gjennom sitt livsløp, og de psykologiske påkjenningene som kan oppstå under en krise kan være utfordrende. God psykologisk helse er avgjørende for at mennesker skal være i stand til å kunne leve gode, meningsfulle, aktive liv (Baruah & Chetia, 2021). Koronaviruset var en alvorlig helserisiko som ledet til helseproblemer og høyere risiko for dødsfall, men

pandemien bidro også til en økning av emosjonell og psykologisk stress og angst i befolkningen (Baruah & Chetia, 2021). Psykologiske påkjenninger var også gjeldene for de frivillige og helsearbeidere som bidro på ulike måter under pandemien (Mo, Layous, & Zhou, 2022; Shechter et al., 2020). Siden frivillige og helsearbeidere spilte en så sentral rolle for å begrense skadevirkningene av pandemien var det relevant å undersøke hvilken påvirkning denne gruppen hadde hatt.

Innvandrere kunne være mer påvirket av konsekvensene og spredningen av COVID-19, men innvandrere spilte også en svært viktig rolle for å bekjempe pandemien ved deres arbeid innenfor ulike kritiske sektorer (Migration Data Portal, 2023). Det er viktig å bemerke at de som var ansvarlige for å gi pandemiinformasjon til innvandrere gjennom Helseambassadørprosjektet selv hadde innvandrerbakgrunn. Dette gir en ekstra dimensjon til de mulige påvirkningene de kan ha vært under, da innvandrere under pandemien var utsatt for ytterlige psykologiske påkjenninger (Angawi, 2023; Baruah & Chetia, 2021). På bakgrunn av at psykiske helseutfordringer har blitt ansett som et av de største folkehelse utfordringene for innvandrere i mange ulike land (Abebe, Lien & Hjelde, 2014), er det relevant å utforske erfaringene til menneskene som var ansvarlige for å gi informasjon til innvandrere, og som også hadde innvandrerbakgrunn selv. I følge (Abebe et al, 201014) vil innhenting av forskningsbasert kunnskap om innvandrerhelse være avgjørende for å være i stand til å utforme tiltak og prosjekter rettet mot innvandrerbefolkningen som også muliggjøre sosiale og politiske handlinger for å nå dem.

Det er lite forskning som omhandler innvandrere som kommuniserer helseinformasjon til andre innvandrere, men det er en del forskning som undersøker hvordan tilpasset helseinformasjon rettet mot innvandrere kan være hensiktsmessig for forbedret helse (Mosdøl, Vist, Straumann, Spilker & Austvoll-Dahlgren, 2018). Mye tyder på at det er bra for

innvandrere å få informasjon fra medlemmer av samme gruppe, spesielt med tanke på nødvendigheten med å få tilgang informasjon på eget morsmål (Brønholt et al., 2021).

Flere offentlige myndigheter i Europa manglet oversatt pandemiinformasjon rettet mot innvandrere, eller så var ikke denne informasjon tilgjengelig for dem, noe som i praksis ekskluderte mange innvandrere fra å motta viktig helseinformasjon om pandemien (Maldonado, Collins, Blundell & Singh, 2020).

I følge (Maldonado et al., 2020) tydeliggjorde pandemien nødvendigheten av å inkludere innvandrere i informasjonsplaner for å kunne få bedre helse til hele samfunnet for stats- og helsemyndighetene. Det ble derfor sett på som hensiktsmessig for myndighetene å samarbeide med ulike organisasjoner som allerede hadde nøkkelroller i innvandrerhelse for å nå ut med informasjon (Maldonado et al., 2020). Likevel kan prosjekter som inkluderer innvandrere i å utføre informasjonsarbeid ha fordeler og utfordringer. På den ene siden, å inkludere innvandrere i utarbeidingen av helsetjenester vil kunne øke den generelle helsekompetansen på et systemrettet nivå i befolkningen (Helsedirektoratet, 2021). På den andre siden, de negative sidene med å bruke innvandrere i informasjonsarbeid kan være de psykologiske påkjenningene et slikt arbeid kan påføre dem (Mo et al, 2022; Shechter et al., 2020).

Temaet for evalueringen var å evaluere et prosjekt som skulle informere innvandrerbefolkningen om koronapandemien, gjennom å se på erfaringene til de som var ansvarlige for å gi informasjon. Med bakgrunn i tidligere forskning på psykologisk påvirkning på frivillige og helsearbeidere under pandemien, har jeg gjennomført en evaluering basert på dette. Det vil kunne gi verdifull innsikt i hvordan slike prosjekt påvirker mennesker som bidrar med informasjonsarbeid til en sårbargruppe under en krise. Det vil gi grunnlag for videre kunnskapsinnhenting og utforming av prosjekt og tiltak som blir nødvendige å sette i gang under fremtidige kriser. Hensikten med evalueringen var å øke kunnskapen om

erfaringene til de som var ansvarlige for å gi informasjon under en krise. Slik at deres kunnskaper og fremgangsmåter kan bli inkludert og videreført i beredskapsplaner for samfunnets beste, samtidig som deres helse blir ivaretatt bedre i utforming av aktuelle tiltak. Helseambassadørprosjektet var også et samarbeid mellom flere ulike instanser og organisasjoner. En evaluering med dette som utgangspunkt, kan derfor gi grunnlag for videre forskning på lignende samarbeidsprosjekt under en krise. En kartlegging over påvirkningene menneskene som gir informasjon under en krise står ovenfor kan ha betydning for hvordan fagpersoner bedre kan legge til rette og vurdere risikofaktorer for denne gruppen. På denne måten kan gruppen bli bedre ivaretatt og utføre arbeidet sitt på et bedre og mer realistisk grunnlag.

På bakgrunn i manglende forskning av påvirkningen på innvandrere som gir informasjon under en krise og deres erfaringer vil jeg evaluere Helseambassadørprosjektet fra helseambassadørens perspektiv. Med fokus på deres psykologiske påvirkninger gjennom prosjektet. Målet med evalueringen er å kartlegge deres erfaringer for å kunne besvare hvordan det har påvirket dem å delta i prosjektet.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Innvandrere har krav på tilpasset helseinformasjon. Dette står sentralt i mål om å øke helsekompetanse og være bedre forberedt ved neste pandemi. De som var ansvarlig for å formidle informasjon til innvandrere hadde en sentral rolle i dette arbeidet. Det kan være interessant å undersøke de individene som selv hadde innvandrerbakgrunn og ansvaret for å gi informasjon til andre innvandrere. Dette for å kunne kartlegge hvilke påvirkninger som oppstod gjennom arbeidet. Spesielt fordi perspektivet til innvandrere som inkluderes i arbeidet i informasjonsprosjekt ofte ikke kommer frem og det vil derfor gi ny kunnskap å kunne belyse deres erfaringer. En inkludering av en diskusjon om kostnadene som oppstod i

prosjektet vil også være hensiktsmessig for å kunne si noe om mulige utgifter av slike prosjektet, slik at dette kan tas i betraktning for fremtidige utforming av tilnærmede tiltak.

Problemstilling for evalueringen er derfor:

«Hvordan har deltagelse i prosjektet påvirket helseambassadørene? Hvilke kostnader oppstod i prosjektet?».

1.4 Avgrensning og presisering

Formålet med evalueringen var å belyse helseambassadørenes erfaringer og opplevelser gjennom deltagelse i Helseambassadørprosjektet og hvordan helseambassadørene ble påvirket gjennom rollen de hadde med å være ansvarlig for å skulle gi pandemiinformasjon til innvandrere i deres lokalmiljø i Bergen. Det er ønskelig å belyse faktorer som både har hatt negative og positive påvirkninger på helseambassadørene. Det er av stor interesse å undersøke om helseambassadørene ble påvirket av ulike psykologiske begreper som stress, resiliens, mening og mestring gjennom prosjektet. Å fremstille de gode og dårlige sidene ved å inkludere innvandrere i informasjonsarbeid og hvordan helsekompetanse spiller en rolle i arbeidet vil også bli sett nærmere på i oppgaven for å besvare problemstillingen. Utfordringene som ofte oppstår samtidig med en pandemi som «infodemics» og «syndemi» vil også bli introdusert, for å belyse pandemiens kompleksitet og mulige påvirkning på helseambassadørenes arbeid. Det er i hovedsak ønskelig å belyse hvordan og til hvilken grad helseambassadørene ble påvirket gjennom deres erfaringer i prosjektet for å fremme videre forskning på feltet som tar i betraktning perspektivet til de menneskene som er ansvarlige for å gi informasjon under en krise.

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er delt inn i fem kapitler. Kapittel 1 inneholder presentasjon av tema, tidligere forskning, problemstilling og avgrensninger av oppgaven. I kapittel 2 blir teoretisk bakgrunn presentert og også en fremlegging av Helseambassadørprosjektet som var bakgrunnen for evalueringen. Deretter blir metode presentert som beskriver evalueringens metodiske tilnærming, fremgangsmåte for datainnsamling og hvordan analysen av intervjumaterialet foregikk. Metodekapittelet inneholder noe metoderefleksjon og etiske betraktninger. Påfølgende metodekapittelet, presenteres studiens funn i kapittel 4. Diskusjonsdelen (kapittel 5) blir studiens metode og problemstilling satt opp mot funn og annen relevant forskning. Kapittel 6 er oppgavens siste del, med en oppsummering og konklusjon knyttet til hovedproblemstillingen.

2.0 TEORETISK BAKGRUNN

Formålet med evalueringen var å belyse hvordan innvandrerne ble påvirket gjennom rollen som helseambassadør i Helseambassadørprosjektet under pandemien, fra perioden 2021 til høsten 2022. I dette kapitlet presenterer sentrale begreper og forskning som var relevant for å belyse problemstillingen. Sentrale begrep og relevant forskning som presenteres i dette kapitlet blir anvendt i analysen av datamaterialet og i diskusjonen av evalueringens funn. Først skal jeg ha en begrepsavklaring for å tydeliggjøre oppgavens språk.

2.1 Begrepsavklaring

Begrepet «innvandrer» blir ofte brukt på en inkonsistent måte for å beskrive flere ulike grupper og generasjoner og forveksles ofte med minoriteter eller etnisitet. I denne evalueringen vil hovedsakelig begrepene «innvandrer», «personer med innvandrerbakgrunn» og «den øvrige befolkningen» bli brukt. I definisjonen av begrepet innvandrer brukes International Organization for Migration (IOM) sin definisjon: et individ som flytter til et land som ikke er individets vanlige bosted og nasjonalitet slik at destinasjonslandet i praksis blir hans eller hennes nye land og vanlige bosted (International Organization for Migration, 2023). Der det var naturlig å bruke en samlebetegnelse for innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, ble samlebetegnelsen «personer med innvandrerbakgrunn» brukt (Statistisk sentralbyrå, 2019). I omtalen om «den øvrige befolkningen» eller «den generelle befolkningen» er dette en samlebetegnelse for å beskrive individer som ikke hører til definisjonen av «innvandrer» (Statistisk sentralbyrå, 2019).

I denne evalueringen ble det brukt en begrenset definisjon av begrepet «kultur» som likevel peker på noe av hovedessensen i konseptet. På grunn av begrepet «kultur» krever en mer omfattende og detaljert undersøkelse for å kunne omfavne den brede betydningen presist (Cobley, 2008). Der begrepet «kultur» blir brukt i evalueringen, brukes definisjonen til Barth

(1994) som definerer «kultur» som den ballasten av normer og ideer et individ har og bærer med seg ut ifra hva individet har lært og erfart: hans/hennes verdier, holdninger, kunnskaper, konvensjoner og meninger.

Helseambassadør var et begrep som ble brukt i Helseambassadørprosjektet.

Helseambassadører videreformidlet informasjon til innvandrere i Bergen. Helseambassadører var individer som både hadde innvandrer- og helsefagligbakgrunn. Forkortelsen «HA» blir brukt for helseambassadør. «HA-prosjektet» blir brukt som forkortelse av Helseambassadørprosjektet.

2.2 Helseambassadørprosjektet

I mars 2020 erklærte Verdens Helseorganisasjon (WHO, u.å.) det smittsomme viruset COVID-19 en pandemi. Smitten spredte seg raskt og koronaviruset SARS CoV-2 kom sannsynligvis til Norge i februar 2020 (Klein, 2022). Allerede 12. mars ble det første dødsfallet som følge av viruset i Norge registrert, og samme dag iverksatte regjeringen svært inngripende tiltak for å begrense smitte i befolkningen (Klein, 2022). I begynnelsen av april 2020 ble det meldt av Folkehelseinstituttet (2020) at individer som var født i utlandet, som representerer 14% av befolkningen, stod for 21% av de meldte tilfellene av COVID-19 i Norge. Språkutfordringer og mangel på informasjon på eget morsmål (Ambø, 2021; Borlongan, 2022), var to av faktorene som det ble antatt kunne ligge bak de høye smittetallene i innvandrerbefolkningen. Som et resultat av dette delte Integrerings- og mangfoldsdirektoratet(IMDi) ut tilskuddsordninger i 2021, til ulike prosjekter som hadde det overordnede målet å nå innvandrergrupper med informasjon om pandemien (IMDi, 2022). Formålet med ordningen var å nå ut med informasjon om pandemien til innvandrergrupper som av ulike grunner ikke kunne nås gjennom eksisterende informasjonskanaler (Appendiks F, 2021).

Flere ulike prosjekter mottok støtte til dette formålet fra IMDi; Helseambassadørprosjektet var et av disse prosjektene, men var unikt på den måten at det satte akademikere og helseeksperter, kommunen og helseambassadører i samarbeid om et tiltak rettet mot innvandrere som bodde i Bergen og nabokommunene. Prosjektet startet våren 2021 og ble avsluttet høsten 2022, med inkludering av ukrainske-HA mot slutten av prosjektet.

HA-prosjektet var altså et samarbeidsprosjekt med Pandemisentrert ved UiB, Bergen kommune og hjelpeorganisasjonen Caritas Bergen, hvor pandemisenteret ved UiB var ansvarlig for veiledning og opplæring i samarbeid med Bergen kommune som hadde det faglige ansvaret. Bergen kommune og Caritas samarbeidet om å rekruttere individer med en helsefaglig bakgrunn og la også til rette for digitale møter for å nå de aktuelle gruppene som Bergen kommune prioriterte (Appendiks G, 2021). NAV og andre eksperter deltok også på møtene når dette var relevant. I løpet av våren 2021 arrangerte Pandemisentret fem digitale moduler for HA. Det ble også utført en ytterligere digital kursmodul høsten 2021 (Universitetet i Bergen, 2021). Høsten 2022 ble det utført to fysiske moduler på Caritas Bergen for HA som hadde blitt med fra starten av prosjektet og nyankomne HA.

2.2.1 Helseambassadører. Prosjektet ønsket å nå innvandrerbefolkningen i Bergen gjennom inkluderingen av «ambassadører». Kriteriene for utvelgelse av ambassadørene var at de hadde en form for helsefagligbakgrunn og at de hadde innvandrerbakgrunn. Dette var en viktig presisering fordi de ønsket at HA skulle kunne gi informasjon om pandemien til innvandrere på deres morsmål og at de skulle ha kjennskap til gruppene de skulle snakke med på forhånd. Etter avtale med Bergen kommune og Pandemisenteret skulle HA få opplæring og veiledning om den pågående smittesituasjonen, vaksinerings og generell tematikk som omhandlet pandemien (Appendiks G, 2021). HA måtte delta på modulene og gjennomføre en flervalgstest i begynnelsen og på slutten av modulene, da fikk de kursbevis og tittelen som

HA. Totalt fikk 73 individer tittelen «helseambassadør» gjennom prosjektet. Det var også en andel HA som ble rekruttert i 2022; altså en god stund etter oppstart av prosjektet. Disse har følgelig ikke deltatt på alle modulene, men mottok likevel tittel som HA.

1.2.2 Modulene. Etter rekrutteringen ble HA bedt om å samle inn informasjon om temaer de ønsket mer informasjon om. Dette inkludert også spørsmål og feilinformasjon som gikk igjen hos innvandrerne. Modulene til prosjektet bli utformet med utgangspunkt i denne informasjonshenting. Utformingen av modulene var konstruert på en slik måte at de aktuelle spørsmålene kunne bli besvart i en dialogisk form ved inkludering av en enkel språkbruk. Prosjektet ga rom for å stille spørsmål mange ikke hadde hatt en arena de kunne stille dem på tidligere. Mottoet var «Ingen kan vite alt, men alle bør spørre når de ikke vet.» Spørsmålene ble stilt av lederen til Pandemisenteret til ulike eksperter på en måte som viste at det også var greit å stille «dumme» spørsmål eller være usikker på om noen av «konspirasjonsteoriene» kunne være sanne. Ved å gjøre det på denne måten fikk helseambassadørene svar på de spørsmålene som var mest relevante for dem i sitt arbeid med å informere ulike innvandrergupper og de forstod at de også kunne stille «dumme» spørsmål til ekspertene.

Etter at leder for Pandemisenteret hadde intervjuet ekspertene fordelte HA seg i mindre språkgrupper for å videre diskutere og bearbeide informasjonen de hadde fått på eget morsmål. Språkgruppene omfattet bl.a. amharisk, arabisk, filippinsk, polsk, somalisk og tigrinja. På et senere stadige av prosjektet ble også ukrainsk inkludert. Mot slutten av modulene samlet alle seg for å diskutere i plenum og stille oppklarende spørsmål. Utenom når HA ble fordelt i språkgrupper, foregikk hovedsakelig modulene på norsk; dette var fordi organisatorene av prosjektet mente at det ville være nyttig for HA å lære den norske terminologien for ulike begreper slik at de selv kunne lese seg opp på FHI og lignende norske informasjonskanaler, uten at de var avhengig av ekspertene mellom møtene.

Det ble også uformet spørreskjema basert på HA sine lister samt inkluderte de spørsmål som Pandemiseret og Bergen kommune tenkte var relevante tema til hver modul. Hver modul startet med at HA måtte svare på spørreskjemaet og ble også avsluttet med at HA måtte besvare samme spørreskjemaet. Spørreskjemaet ble analysert på en enkelt måte for å avdekke kunnskapshull og kartlegge hva HA hadde lært i modulene.

Som et resultat av diskusjonene som oppsto i modulene ble det kartlagt at det var et behov for ekstra assistanse for enkelte av innvandrergруппene i Bergen med å fysisk komme til vaksinasjonslokaler, spesielt innvandrere som nylig hadde bosatt seg i Norge og «papirløse» innvandrere. Derfor ble det våren 2021 organisert grupper med innvandrere som gikk samlet bort til vaksinasjonslokaler (Universitetet i Bergen, 2021).

2.2.3 Kunnskapsutveksling. Helseambassadørprosjektet var forskjellig fra en stor andel lignende informasjonsprosjekt på bakgrunn av at det ikke bare lå til grunn et ønske om å spre informasjon; prosjektet hadde som hensikt å være en dialogisk plattform hvor alle lærte av hverandre, det vil si at forskerne og kommunen fikk en bedre forståelse av hva som rørte seg i ulike innvandrergруппer. Ønsket var altså en samhandling mellom helsemyndighetene, helseambassadørene og innvandrerne, der alle partene lærte av hverandre og bidro med sin kunnskap. Det er viktig å presisere at det var en forskjell i hvordan det organisatoriske ble utført i begynnelsen av prosjektet når det foregikk digitalt, og senere i prosjektet når det var fysiske møter. Det er derfor nødvendig å markere seg et skille på noen punkter mellom erfaringene HA som deltok fra starten av prosjektet og erfaringene HA som ble med senere i prosjektet hadde.

2.3 Hvorfor er en evaluering nødvendig?

Myndighetene måtte sette i verk mange midlertidige og improviserte tiltak i løpet av kort tid, uten å kunne vurdere effekten grundig eller ta videre hensyn til ulike sårbare grupper

(Altiparmakis et al., 2021; Koronakommisjonen, 2022). Myndighetene hadde ikke tidligere erfaringer med tilsvarende samfunnskriser og det var derfor mangel på kunnskap om hva slags tiltak som egnet seg best i kampen mot en pandemi i følge (Altiparmakis et al., 2021); dette var gjeldene for både myndighetene og befolkningen generelt. Dette er i seg selv grunnlag for at en evaluering av prosjekt og tiltak satt i gang under pandemien er nødvendig; det er nødvendig å ettergå tiltak som har blitt satt i gang raskt uten særlig mulighet til å vurdere virkningen av dem på forhånd. Ved evalueringer av slike intervensjoner blir det grunnlag for avskrive eller videreføre tiltak og prosjekt med et kunnskapsbasert utgangspunkt. I følge Sharma, Borah & Moses (2021) var noe av det kritiske vi satt igjen med etter koronapandemien nødvendigheten av å ta lærdom fra tidligere pandemier for å være bedre forberedt for kunne sette i gang mer målrettede tiltak raskere ved neste pandemi. En evaluering av HA-prosjektet vil derfor kunne være et lite bidrag i kunnskapsvidereføringen for å kunne ha en realistisk beredskapsplan til neste pandemi som også inkluderer en forståelse av hvordan de frivillige under kriser blir påvirket.

2.3.1 Vi er alle i samme båt, eller? Historisk sett har pandemier rammet de mest sårbare gruppene i samfunnet. Når spanskesyken herjet i Norge, var det størst dødelighet blant arbeiderklassen i Oslo (Mamelund, 2006). Det er dermed lite som har endret seg gjennom de siste hundre årene; det er de mest utsatte som blir hardest rammet når en pandemi treffer (Bambra, Riordan, Ford & Matthews, 2020). Under pandemien har vi hørt politiske ledere og mediefigurer bruke utsagn som: «vi står sammen om dette», «viruset diskriminerer ingen» og brukt begreper som «dugnad» for å mane frem inkludering og samhold i befolkningen (Gross, 2023). Den kjente artisten Madonna la selv ut en video fra badekaret i sin millionvilla der hun kikket dypt inn i kamera, mens lyden fra rolig pianomusikk spilte i bakgrunnen og kalte koronaviruset «the great equalizer» og «if the ship goes down, we are all going down»

together» (Owoseie, 2020). Slik retorikk kan gjerne virke samlende for noen deler av befolkningen, men har lite rot i virkeligheten.

Koronapandemien var en syndemi (Bambra et al., 2020; Singer, 2000); koronaviruset påvirket og forsterket allerede eksisterende helseproblemer og sosiale utfordringer i samfunnet og har dermed hatt sterkere negativ effekt på enkelte samfunnsgrupper. Disse negative effektene forsterker hverandre og kan videre påvirke negativt tilgangen til gode helsetjenester, boligforhold og arbeidsvilkår (Bambra et al., 2020; Singer, 2000).

Marginaliserte grupper, slik som minoriteter og mennesker som lever under fattigdomsgrensa har ofte flere ulike risikofaktorer knyttet til helse (Bambra et al., 2020). Mennesker som levde i områder som var sosialt og økonomisk vanskeligstilte eller hadde innvandrerbakgrunn, stod i større fare for alle de kjente underliggende risikofaktorene forbundet med et alvorlig sykdomsforløp av COVID-19 og dødsrisiko (Bambra et al., 2020).

2.3.2 NGOs kom på banen mens myndigheten enda satt på benken.

Koronautvalget (2023) fremhever at frivilligheten samt tros- og livssynsamfunnene hadde en viktig rolle under pandemien, både gjennom målrettede aktiviteter og tiltak og gjennom formidling av informasjon. NGO (non-governmental organizations) (European Commission, 2017) referer til ikke statlige organisasjoner som ofte har en tendens til å arbeide for sosial rettferdighet, ofte selvstendig finansiert gjennom donasjoner samler mennesker som jobber mot et felles mål for å forbedre ulike samfunnsproblem. NGOs kan være alt fra lokale tiltak fra en gruppe i en kommune til internasjonale organisasjoner som har tiltak rettet mot ulike deler av verden (European Commission, 2017).

Koronautvalget (2023) mente at frivilligheten, tros- og livssynssamfunn ville kunne komplettere og avlaste under pandemi, dette gjaldt blant annet innenfor kommunikasjon og tiltak for ulike sårbare grupper i samfunnet. Koronautvalget (2023) beskriver videre at det ville vært hensiktsmessig med et større samarbeid og systematisk integrering av NGOs i

helseberedskapsplaner. Gjennom at frivillige blir en del av den psykososiale beredskapen vil det kunne bidra til at sårbare grupper blir bedre ivaretatt under kriser (Koronautvalget, 2023). Et relevant spørsmål å stille i denne sammenhengen er hvordan kommer frivilligheten til å bli påvirket hvis de får et større ansvar under fremtidige kriser? Er det tatt hensyn til de psykologiske påvirkningene som kan oppstå i møtet for individene i møte med slike oppgaver?

Da pandemien var et faktum i Norge satte myndighetene raskt i gang med å oversette informasjon til flere ulike språk med formålet om å nå innvandrere (Diaz et al., 2020); det ble også satt til side penger som skulle gå til å kommuniseringen om pandemien for innvandrere. Derimot var det i følge Diaz et al (2020) bare etter å ha møtt kritikk at disse pengene ble gjort tilgjengelig til frivillige organisasjoner og innvandrergupper. Mye av ansvaret om å nå ut med tilpasset informasjon til ulike grupper ble derfor lagt i hendene til frivilligheten (NGOs). Dette var en utfordring for NGOs, mange med manglende resurser og kvalifikasjoner for å distribuere informasjon (Diaz et al., 2020). Da tilskuddene fra IMDi ble utlyst hadde mange NGOs et stort behov for bistand til å få startet tiltak rettet mot innvandrere (IMDi, 2022). I pandemiens kaos om å nå ut til disse gruppene kan det i ettertid være hensiktsmessig å stille spørsmål til om de frivillige som fikk dette ansvarsområdet ble ivaretatt.

2.3.3 «Infodemic». Begrepet «infodemic» referer i følge WHO (u.å.) til en overveldende mengde med informasjon som også inkluderer misinformasjon på ulike plattformer under et sykdomsutbrudd. Under pandemien ble den hurtige spredningen av informasjon regnet som en trussel mot folkehelsen på linje med pandemien selv (WHO, u.å.); fordi store mengder pandemirelatert informasjon ble utgitt uten at denne informasjonen kunne kvalitetssikres. Informasjonsbølgen inneholdt også store mengder misinformasjon og konspirasjonsteorier (Zarocostas, 2020, s. 676).

En infodemic blir ansett som en stor utfordring fordi det kan føre til forvirring i befolkningen, manglende tillitt til helsemyndigheter og helsearbeidere (WHO, u.å.). Konsekvensene av dette kan føre til at smittespredningen av pandemien øker (Bentzen & Smith, 2020). For eksempel hadde individer som trodde på konspirasjonsteorier om koronaviruset mindre sannsynlighet for å følge myndighetenes smittevernråd (Univeristy of Oxford, 2020).

Stigma kan også forverres som en konsekvens av infodemic innvandrergupper, ved at det hyppigere spres negativ informasjon om innvandrere eller at media velger å fokusere mest på sakene som omhandler smitte blant innvandrergupper (Archetti & Ranji, 2023, gjengitt i Castello, 2023), for eksempel ved beskyldinger om at en bestemt befolkningsgruppe er ansvarlig for smitteøkning (Bentzen & Smith, 2020). Store norske aviser kunne formulere seg stigmatiserende under pandemien; det ble brukt uttrykk som «innvandrersmitte» for å omtalte de høye smittetallene blant innvandrere (Archetti & Ranji, 2023, gjengitt i Castello, 2023). Rykter, misinformasjon og stigma kunne føre til diskriminering som i en konsekvens kunne ha negativ påvirkning på fysiske og psykiske helse (Bentzen & Smith, 2020). Det er på bakgrunn av dette viktig når en pandemi er et faktum, at fokuset også ligger på å motkjempe den påfølgende infodemic for å redusere skadevirkningene det kan medføre.

Infodemic management refererer til en systematisk bruk av risiko- og evidensbasert analyse og fremgangsmåter for å håndtere en infodemic og påfølgende negative konsekvenser som kan oppstå under helsekriser (WHO, u.å.). Dette omhandler; å høre på befolkningens bekymringer og spørsmål, å fremme forståelse av risiko og helseeksperterers råd, å bygge resiliens til misinformasjon, å engasjere og styrke lokalsamfunn til å gjøre positive handlinger (WHO, u.å.).

2.3.4 Preventive tiltak før, etter og under en pandemi. Helsekompetanse er et relativt nytt begrep på norsk som referer til det engelske begrepet «Health literacy»

(Helsedirektoratet, 2021). Begrepet helsekompetanse omfatter de fire kognitive domene hos et individ til å finne, forstå, vurdere og anvende tilgjengelig helseinformasjon for å kunne ta beslutninger for egen helse innenfor tre helsefaglige domener; helsetjenester, sykdomsforebygging og helsefremming (Le et al., 2021, s. 63). Det skilles mellom individuell helsekompetanse og systemrettet helsekompetanse (Helsedirektoratet, 2021). Individuell helsekompetanse referer til individets egen evne til finne, forstå og bruke helseinformasjon, dette gjelder for eksempel å selv kunne finne frem helseinformasjon på digitale plattformer og bruke dette på en relevant måte og også kunne forstå og bruke helsetilbud på en tilstrekkelig måte som er relevant for individet selv (Helsedirektoratet, 2021). Systemrettet helsekompetanse referer til systembaserte elementer som kan påvirke individets helsekompetanse på en indirekte måte; eksempelvis hvordan folkehelsearbeid organiserer tilgjengelige hjelpemidler som gir bedre muligheter til å ta til seg relevant informasjon (Helsedirektoratet, 2021).

Innvandrerens møter med offentlige helsetjenester kan i følge Midtbøen & Lidén (2015) bære preg av språkutfordringer, manglende tolketjenester og liten forståelse for situasjonen som spesielt mange med flyktningbakgrunn befinner seg i og dette kan bidra til en indirekte, strukturell diskriminering. Offentlig helsevesen skal gi hele befolkningen likeverdige tjenester der alle har tilgang til de samme tjenestene med den samme kvaliteten uavhengig av bakgrunn. Dette innebærer også at tjenestene må tilpasses individets behov (Helsedirektoratet, 2021).

I en kartlegging av helsekompetanse i Norge blant fem utvalgte innvandrergupper (Le, Søberg Finbråten, Pettersen, Guttersrud, 2021) hadde personer med innvandrerbakgrunn spesielt utfordringer med å finne informasjon om behandlinger av sykdommer, sammenlignet med den generelle befolkningen. For å øke helsekompetansen vil det i følge (Le et al, 2021), være hensiktsmessig at personer med innvandrerbakgrunn i større grad bli en del av

arbeidsprosessen med å utarbeide og planlegge informasjonskampanjer og informasjonsmateriell.

Videre mener Koronautvalget (2023) at myndighetene bør være en bidragsyter i å styrke kunnskapsgrunnet om de langsiktige fysiske og psykiske helsekonsekvensene av koronapandemien og pandemihåndteringen. Fremtidige kriser burde ha større fokus på sårbare grupper, og tiltak om psykososial beredskap burde bli bedre innarbeidet som en del av beredskapsplaner for fremtidig krisehåndtering (Koronautvalget, 2023). En evaluering av HA-prosjektet og lignende prosjekt er nødvendig fordi det kan være en viktig bidragsyter i å oppnå mer kunnskap for hvordan å håndtere fremtidige pandemier og lignende kriser hvor vi er avhengige av effektiv og målrettet kommunikasjon med innvandrergupper, hvor ivaretagelsen av de som utfører jobben med informasjonsformidling er avgjørende for et positivt resultat. Gjennom å undersøke hvilke erfaringer HA fikk gjennom deltakelse i prosjektet vil det kunne kartlegges hvilke påvirkninger det kan ha hatt på dem som har hatt ansvaret om å informere marginaliserte grupper, ofte på frivillig grunnlag. Erfaringen fra HA kan bidra med viktig kunnskap for å gi frivilligheten en større rolle under kriser, samtidig som det tas hensyn til de psykologiske påvirkningene de frivillige kan være utsatt for.

2.4 Psykologisk påvirkning under pandemien

Baruah & Chetia (2021) mener at psykisk helse er en avgjørende faktor for at mennesker skal ha muligheten til å leve gode, meningsfulle, aktive liv. Koronaviruset var en alvorlig helserisiko som ledet til en økning i dødsfall, men det bidro også til en økning av emosjonell og psykologisk stress i befolkningen (Baruah & Chetia, 2021). Helsearbeidere med koronarelaterte arbeidsoppgaver var ofte mer utsatt for å bli smittet enn den generelle befolkningen (Bao, Sun, Meng, Shi & Lu, 2020). Samtidig bar de byrden av ansvaret å ta vare

på individer i deres lokalsamfunn og selv være utsatt for psykologisk stress gjennom nærkontakt med sine pasienter (Bao et al., 2020).

Koronapandemien har ikke bare påvirket fysisk helse, men har også hatt en omfattende psykologisk påvirkning på ulike samfunnsgrupper og enkeltindivider (Baruah & Chetia, 2021). Ved helsearbeidere og de som jobbet som frivillige under pandemien har påvirkningen vært kontrastfylt. Helsearbeidere og frivillige hadde høyere nivå av psykologiske plager, sammenlignet med resten av befolkningen (Mo, Layous & Zhou, 2022). Likevel hadde også denne gruppen høyere nivå av lykke, enn resten av befolkningen. Det viste seg også at etter en ny måling på et senere tidspunkt så vedvarte det høye nivået av lykke, mens de psykologiske plagene hadde avtatt (Mo et al, 2022).

2.4.1 Positiv psykologi og pandemi. Det er relevant å undersøke hvordan noen områder innenfor positiv psykologi kan ha hatt en påvirkning under pandemien. Områdene vi ønsker å belyse er resiliens, mestring og mening. I lys av informasjonsarbeidet som HA utførte var det hensiktsmessig å undersøke om noen av disse tilstandene kunne ha påvirket dem i løpet av arbeidet som HA under pandemien. Først skal begrepene stress og resiliens etableres på bakgrunn av at det var interaktive faktorer i spill under pandemien (Waters et al., 2022). Deretter skal vi se på hvordan mestring og mening fremmer resiliens mot psykologisk stress.

Psykologisk stress forekommer når et individ har en opplevelse av at kravene og forventningene fra omgivelsene deres overstiger egen kapasitet (NHI, 2022), og er en adaptiv reaksjon til interne eller eksterne trusler (Lecic-Tosevski, Vukovic & Stepanovic, 2011). Stress er et resultat av interaksjoner mellom individet og miljøet som involverer subjektive forståelser og vurderinger av stresstimuli (Lecic-Tosevski et al., 2011). Stress er en individbasert prosess (Lecic-Tosevski et al., 2011); det er derfor flere faktorer som kan gjøre individer mer eller mindre mottakelige for stress. At individet ser på stressfaktoren med en

positiv vinkling kalles «positiv revaluering». Positiv revaluering omhandler når et individ har en målfokusert og problemløsningsfokusert innstilling, der de fokuserer på å søke mening, har vist seg å ha positive effekter under stressende opplevelser (Lecic-Tosevski et al., 2011).

Resilens handler om motstandsdyktighet til stress og er definert av (Luthar & Zigler, 1991, gjengitt i Connor & Davidson, 2003) som en personlig ressurs for å være i stand til å håndtere psykologisk stress. Et resilient individ har ofte karakteristikk som; evne til å fungere i stressende situasjoner, fortsette å engasjere seg, ha i fleksibilitet i møte med endringer, evnen til å oppsøke sosial støtte og å være i stand til å tolke stress som en utfordring; en mulighet for å utvikle seg selv i stedet for å vurdere den stressende situasjonen som en trussel, å ta vare på egen fysiske helse og evnen til å søke mening (Lecic-Tosevski et al., 2011). På tross av et individer innehar alle de nevnte karakteristikkene som er positive for å redusere effekten av stress, kan de likevel i møte med vedvarende stress over en lengre periode oppleve at deres tilpasningsevne svekkes og dermed oppleve psykiske eller fysiske påkjenninger som en konsekvens av dette (Lecic-Tosevski et al., 2011).

En stor andel av verdens befolkning opplevde høye nivå av stress under COVID-19 pandemien (Taylor et al., 2020), stressnivåene kunne reduseres ved bruk av adaptive mestringsstrategier som vil si; kognitive og atferdsmessige anstrengelser som fremmer adaptasjon under kriser (Waters et al., 2022). Mestring innenfor det psykologiske fagfeltet blir definert som å bruke kognitive og atferdsmessige strategier for å håndtere krevende situasjoner når disse blir vurdert som utfordrende eller overveldende for å redusere de negative emosjonene og påvirkningen som er forårsaket av opplevelsen av stress (American Psychological Association, u.å.). Denne definisjonen peker på den tradisjonelle tilnærmingen til mestrings-teori som har hatt et hovedfokus på mestring som et verktøy for å håndtere stress. En grundig studie av mestring Folkman (1997) viser at selv i ekstremt utfordrende og negative livssituasjoner opplever individer positive affektive tilstander, i tillegg til de

negative. At positive og negative psykologiske tilstander kan eksistere samtidig når et individ går gjennom svært stressende livssituasjoner har viktige følger for hvordan man forstår mestrings-prosessen (Folkman, 1997). På denne måten kan psykologiske intervensjoner som har som mål å forsterke mestringsstrategiene til et individ hjelpe dem å øke mengden av positive sinnstilstander, emosjoner som i sum hjelper deres mentale helse i det lange løp (Waters et al., 2022). Å få positive tilbakemeldinger og ha fokus på takknemlighet kan styrke den generelle opplevelsen av mestring (Waters et al., 2022).

I de mest fremtredende modellene som omhandler livskvalitet er begrepet «mening» en fundamental del av det (Waters et al., 2022), begrepet mening referer til hvilken grad individer har kommet frem til en forståelse av egne liv og verden rundt dem. At de har et inntrykk av at deres eget liv har iboende verdi og er verdt å leve og å erkjenne å arbeide mot langsiktige ambisjoner (Steger, 2021). Disse tre komponentene av mening blir referert til som sammenheng, betydning og hensikt (Martela & Steger, 2016). Individer som har høy grad av mening i sine liv har sterkere immunforsvar, opplever bedre subjektiv helse, lever lengre, de hjelper andre mennesker oftere, forsterker og bruker deres karakterstyrker, blir ansett mer ettertraktet for potensielle vennskap og har gode relasjoner på et generelt grunnlag (Waters et al., 2022).

Under og etter pandemien eller andre store kriser er søken etter mening noe som kan bidra til å styrke individers livskvalitet og helse (Waters et al., 2022). Pandemien kan ha truet de tre komponentene av mening for mange mennesker i følge (Walters et al., 2022); sammenheng, betydning og hensikt. «Sammenheng» kunne bli truet gjennom at hverdagens rutiner ble snudd på hodet og man kunne ikke forutse fremtiden på samme måte. «Betydning» kunne bli truet gjennom at man fikk en opplevelse av å miste kontroll og å ikke å mulighet til å møte de menneskene vi ønsket eller å dra på de aktivitetene som man kunnen oppleve ga betydning til livet. Det kunne være en trussel mot vår opplevelse av «hensikt» ved at man

måtte legge planer midlertidig til side uten å vite når eller om en kunne gjenoppta planene, som kunne virke demotiverende (Waters et al., 2022).

Å være bevisst disse truslene mot vår egen opplevelse av mening kan gjøre at man bevisst kan motarbeide de negative effektene det kan medføre (Waters et al., 2022). Under en pandemi eller andre kriser som er en trussel mot å oppleve mening kan man undersøke hvorfor man opplever en reduksjon i mening når disse ulike aktivitetene og opplevelsene blir tatt i fra oss i hverdagen. Ved å anerkjenne hva som mangler kan man få et klarere bilde på hva som er viktig å arbeide mot for å oppleve mening i eget liv (Waters et al., 2022). Det er ikke bare i vanskelige livssituasjoner at mening kan være beskyttende, mening kan også styrkes og faktisk også bli oppdaget når man står i utfordrende livssituasjoner (Waters et al., 2022). Mening kan gjøre at individer mestrer og forbedrer livssituasjonen sin mens kriser pågår (Waters et al., 2022). Dette kan ses tydelig i en COVID-19 studie (Shechter et al., 2020) som viser at til tross for stress, depresjon og angst blant helsearbeidere i frontlinjen så sa 61% av dem at de hadde funnet større mening og formål i deres liv.

3.0 METODE

Metodekapittelet er i to deler. Del 1 beskriver den kvalitative fremgangsmåten for funnene og del 2 omhandler den retrospektiv kostnadsanalysen for evalueringen. I dette kapittelet vil vi presentere evalueringens metode, design, utvalg og populasjon. Kvalitativ metode gjennom intervju er velegnet for å kunne undersøke og evaluere de underliggende prosessene av hvordan helseambassadørene har blitt påvirket gjennom deltagelse i prosjektet.

Del 1

3.1 Valg av metodisk tilnærming

Oppgaven søker å evaluere Helseambassadørprosjektet og problemstilling for evalueringen er «Hvordan har deltagelse i prosjektet påvirket helseambassadørene? Hvilke kostnader oppstod i prosjektet?». For å kunne belyse problemstillingen på best mulig måte ble kvalitativ tilnærming valgt, på bakgrunn av at tilnærmingen kan bidra til å undersøke mer av menneskelige erfaringer, tanker, forventninger og vurderinger på en annen måte som en kvantitativ tilnærming ikke ville kunne omfatte.

3.1.1 Utvalg og rekruttering. Kriteriene for utvalget av informanter var at de måtte ha fått tittelen helseambassadører og deltatt på modulene på Caritas Bergen under koronapandemien i Bergen. Vi ønsket HA som både hadde deltatt fra starten av prosjektet og HA som hadde kommet inn på et senere stadige i prosjektet for å kunne innhente et bredt spekter av synspunkter på hvordan prosjektet hadde fungert fra begynnelse til slutt. I tabellen under er en presentasjon over HA som ble intervjuet og som funnene er basert på:

Tabell 1: Oversikt over informanter, Evaluering av Helseambasadørprosjektet.

Informant id:	Alder:	Kjønn:	Landtilhørighet:	Tid i Norge:
H1	30-40 år	Kvinne	Ukraina	Under ett år
H2	40-50 år	Mann	Palestina	Over flere år
H3	30-40 år	Kvinne	Ukraina	Under ett år
H4	30-40 år	Kvinne	Ukraina	Under ett år
H5	50-60 år	Kvinne	Irak	Over flere år
H6	30-40 år	Kvinne	Eritrea	Over flere år
H7	30-40 år	Kvinne	Tyrkia	Under ett år

Rekruttering av HA til intervju foregikk i regi av HA-prosjektet ved Caritas Bergen. Her deltok jeg selv på to møter med HA når de hadde møte på Caritas. Disse møtene ga meg muligheten til knytte bekjentskap med de ulike deltakerne. Jeg deltok som observatør, tok noen notater og pratet med helseambassadørene i pausene. På slutten av det andre møtet jeg deltok på la jeg frem en forespørsel til HA om de var villig til å la seg intervju om deres erfaringer gjennom HA-prosjektet som en del av en masteroppgaven. De HA som ønsket dette, oppga kontaktinformasjon og ble kontaktet av meg når godkjenningene forelå. Samtlige av informantene som oppga kontaktinformasjon hadde relevant bakgrunn til å være hensiktsmessige å intervju for å besvare problemstillingen til evalueringen. Det endte opp med syv informanter. Av de syv informantene var seks kvinner og en var mann. Tre av helseambassadørene hadde landtilhørighet fra Ukraina, resten var fra Palestina, Irak, Eritrea og Tyrkia. Det var en variasjon i alder fra ca. tretti år til ca. femti år. Det var også en variasjon i hvor lenge informantene hadde vært i Norge; fra under ett år til flere år. Helseambassadørene hadde også kommet inn i prosjektet på ulike tidspunkt; tre av informantene hadde vært med fra starten av prosjektet, mens fire av deltakerne hadde blitt med i Helseambasadørprosjektet på et senere tidspunkt.

Det var et par informanter jeg spesielt skulle ønsket kunne ha deltatt i studien på bakgrunn av at de hadde høy informasjonsstyrke og hadde deltatt siden oppstarten av HA-prosjektet. De hadde ikke mulighet til å delta; jeg tok kontakt med dem flere ganger og

prøvde å legge til rette slik at det passet inn i deres tidsplan, men i prosessen med å velge informanter var det viktig at HA ikke skulle oppleve et press om å delta i studien. Det endte derfor opp med syv informanter, som er begrensning for utvalget med en manglende variasjon på kjønn. Det ble vurdert at de syv informantene likevel hadde omfattende erfaringer i prosjektet og derfor ville kunne besvare problemstillingen.

3.1.2 Datainnsamling. I samtaler med veilederne diskuterte vi både bruken av individualintervju og gruppeintervju for samtaler med HA. Det ble tatt et valg på at individualintervju ville være mest hensiktsmessig for det evalueringen søkte å besvare, siden det ville bli stilt spørsmål som også angikk kostnader i prosjektet og annen tematikk som etisk og praktisk lot seg best gjennomføre ved denne fremgangsmåten. Individualintervju var også hensiktsmessig å anvende til fordel for gruppeintervju fordi det kan gi informanten tid, trygghet og refleksjon til å dele (Malterud, 2018).

Semistrukturerte individualintervju ble valgt som metode. Intervjuguiden inneholdt spørsmål som omhandlet bl.a. kostnader HA hadde hatt i prosjektet, deres positive og negative erfaringer, hvordan de opplevde å få informasjon fra eksperter, hvordan de opplevde å skulle videreføre informasjonen de fikk og spørsmål som omhandlet sosiale aspekt ved prosjektet (se intervjuguide, Appendiks C). Jeg valgte å bruke en ganske strukturert intervjuguide, for å sikre meg at jeg kom innom alle tema. Det ble ikke nødvendig å bruke tolk da kommunikasjonen foregikk på norsk eller engelsk.

Intervjuene ble utført i januar 2023. For å skape en setting informantene skulle være komfortabel i og for å tilpasse meg deres tidsplan ga jeg informantene mulighet til å selv velge hvor og når intervjuet skulle avholdes. Informantene fikk utdelt et informasjonsskriv og et samtykkeskjema før intervjuene startet (se, Appendiks D), som de skrev under på før intervjuprosessen startet. Det var en forskjell i hvor lenge intervjuene varte; det korteste var rundt 15 minutter og det lengste var rundt 40 minutter. I løpet av intervjuene noterte jeg litt

underveis og stilte oppfølgingsspørsmål mens jeg tok lydopptak av intervjuene etter samtykke til dette fra informantene. Disse lydopptakene ble brukt i transkriberingsprosessen.

3.1.3 Transkribering. Fokuset under transkriberingsprosessen var å være bevisst på at jeg i samhandling med informanten konstruerer en avgrenset versjon av informantens opplevelser satt opp mot problemstillingen, som vil si at selv et teknisk vellykket lydopptak som inneholder masse informasjon vil bare gi en indirekte representasjon av utvalgte aspekter av det som faktisk foregikk under intervjuene (Malterud, 2018). Det ble i alle ledd av transkriberingen et fokus på å søke å ivareta det informantene formidlet av erfaringer og synspunkter under datainnsamlingen.

Transkribering og gjennomføring av intervju foregikk parallelt. Alle intervju ble transkribert av meg i sin helhet, fortløpende etter hver samtale. Transkriberingsprosessen bidro i å gjøre meg godt kjent med datamaterialet og la til rette for flere og nye muligheter til å reflektere over materialet. Prosessen muliggjorde også vurdering av egen intervjuteknikk fortløpende og åpnet opp for forbedringer ved utførelsen av neste intervju. Det ble lagt vekt på å få frem alle informantens ytringer så realistisk som mulig. Lydopptakene ble transkribert ordrett og pauser og latter ble markert for å få med meningsinnholdet i samtalen. Flere av intervjuene ble utført på engelsk, disse intervjuene ble oversatt til norsk. De transkriberte dokumentet ble anonymiserer slik at det ikke var mulig at deltakerne kunne gjenkjennes og ble lastet opp og lagret i SAFE, som er UiB sitt program for trygg behandling av sensitive personopplysninger. Etter prosjektets slutt vil disse dokumentene bli slettet.

3.2 Analyse

Datamaterialet fra intervjuene ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2018), som vil si at analyseprosessen blir gjennomført i fire trinn; få et helhetsinntrykk, identifisere meningsdannende enheter, abstrahere innholdet i de

meningsdannende enheter, og sammenfatte betydningene av dette. Systematisk tekstkondensering ble valgt som analysemetode fordi den er godt egnet i analysering av kvalitative data og skal være hensiktsmessig å bruke for individer med lite tidligere erfaring med kvalitativ forskning.

3.2.1 Helhetsinntrykk. Analyseprosessen startet med å lese gjennom intervjuene flere ganger og ta enkle notater underveis, for å få et helhetsinntrykk av datamaterialet. Fokuset under gjennomlesningen var å være åpen for det datamaterialet presenterte meg, mens jeg tok utgangspunkt i problemstillingen for evalueringen. Etter å ha lest gjennom intervjuene flere ganger prøvde jeg å spørre meg selv hvilke foreløpige tema som stakk seg ut fra intervjuene.

3.2.2 Identifisere meningsdannende enheter. Det andre trinnet av systematisk tekstkondensering er å organisere de delene av datamaterialet som jeg ønsker å studere nærmere og legge resten til side. Formålet med dette trinnet er å se etter mønstre; hvilke tema går igjen og samtidig se etter ulikheter i datamaterialet som gir et virkelighetsnært, nyansert fremstilling av HA sine erfaringer og synspunkter, knyttet opp mot problemstillingen.

3.2.3. Kondensering. I det tredje trinnet av systematisk tekstkondensering skal en abstrahere den sorterte informasjonen, ved å identifiserer og kode de meningsdannende enhetene (Malterud, 2018). Materiale jeg satt igjen med fra forrige trinn ble trukket ut og sortert i ulike subgrupper. Disse subgruppene ble analyseenheter. På dette stadige av analysen ble et kondensat (kunstig sitat) utarbeidet. Kondensatet sammenfatter innholdet i subgruppene og skrives i jeg-form. Ved utførelsen av dette steget blir hele datamaterialet gjennomgått på en systematisk måte og jeg satt derfor igjen med et overblikk av hvordan disse tekstene kunne bidra i å besvare problemstillingen. Analysen var basert på hva datamaterialet trakk frem og hvordan jeg tolket teksten. Til slutt satt jeg igjen med følgende hovedkategorier og underkategorier:

1. **Organisering i senere stadige: det ukrainske perspektivet**, med underkategorier: spørreskjema, språkutfordringer, miskommunikasjon.
2. **Dialog og samarbeid**, med underkategorier: nyttig informasjon, trygghet i samarbeid.
3. **Språk og kommunikasjon**, med underkategori: inkludere myndighetene.
4. **Utfordringer med feilinformasjon og konspirasjonsteorier**, med underkategori: informasjon påvirket atferd.
5. **Takknemlighet og ansvar**, med underkategori: ansvarsfølelse.

3.2.4 Syntese- sammenfatning. Det fjerde trinne i systematisk tekstkondensering er å sette bitene sammen igjen og sammenfatte det jeg har funnet i form av fortolkede synteser som kan gi grunnlag for nye beskrivelser av materialet (Malterud, 2018); jeg skal presentere og formulere sammendrag av funnene. I fremlegging av funnene formidles fellestrekk av flere ulike informanter sine erfaringer, med utdrag som er direkte sitater fra informantene for å understreke hva den analytiske teksten omtaler.

3.3 Refleksjoner rundt metode

Under dette punktet vil refleksjon over materialets validitet og forskningsetiske aspekter i studien bli presentert.

3.3.1 Forforståelse. Kultur- og migrasjonspsykologi har alltid vært mitt interessefelt og er bakgrunnen for valg av retning for høyere utdanning. Min forforståelse har vært en motivasjon for arbeidet lagt ned i oppgaven. Gjennom ulik praksiserfaring og gjennom utdanningsløpet mitt har jeg vært opptatt av å få mer innsikt i hvordan ulike problemstillinger i samfunnet blir sett fra perspektivene til ulike norske innvandrergupper og individer med innvandrerbakgrunn. I møte med ulike individer med innvandrerbakgrunn har jeg blitt fortalt om utfordringer i å navigere det norske byråkratiske systemet, opplevelser av å bli nedvurdert

og indirekte systematisk diskriminering. I erfaringer fra tidligere prosjekt, fikk jeg et inntrykk av at innvandrere ble tilsidesatt i tiltak og forskning. Med bakgrunn i disse erfaringene har jeg blitt nysgjerrig på hvordan en kan øke deltagelse av innvandrere i forskning. Dette kan ha satt sitt preg for innfallsvinkelen jeg har valgt og påvirket de forskningsmessige perspektivene jeg har sett i studien. Det må understrekes at jeg har hatt tre veiledere som har gitt veiledning og råd som har bidratt til å forme flere av valgene tatt for oppgaven og dette har bidratt positivt til formålet om å redusere påvirkningen fra min forforståelse. Gjennom intervju- og analysearbeidet har jeg aktivt brukt Malterud (2018) sin bok om kvalitative forskningsmetoder og gjort egne notater i en forskningsdagbok for å være bevisst min påvirkning i forskningsprosessen. I arbeidet har fokuset vært at HA sine erfaringer skal belyses.

3.3.2 Validitet. Min forforståelse og deltagelse på noen av modulene på Caritas Bergen sine møter med HA kan ha påvirket mine tolkninger. Jeg møtte de aktuelle informantene ved flere anledninger tidligere før jeg fremla forespørsel om de ville la seg intervju. Dette var gjennom at jeg observerte på et par av møtene HA-prosjektet hadde. Jeg prøvde å holde meg i bakgrunnen så mye som mulig og være tydelig på at min rolle var som observerende masterstudent. Likevel kunne noen av oppgavene jeg utførte med for eksempel å dele ut spørreskjema før og etter modulene, påvirket HA sitt syn på hvilken rolle jeg hadde. Det kan være at denne litt tvetydige rollen gjorde at flere av HA oppfattet meg som noen som også jobbet med organiseringen av modulene. Dette kan ha vært problematisk hvis noen av HA ønsket en videreføring av prosjektet i fremtiden og derfor ikke ønsket å stille seg kritisk til prosjektet ovenfor en de antok hadde en rolle i organiseringen. Dette kan videre ha ført til at informantene har gitt mindre valide svar.

3.3.3 Ethiske betraktninger. I samråd med veiledere for oppgaven, ble det søkt om etisk godkjenning til personvernombudet (PVO) ved Sikt for prosjektet. Søknaden ble

godkjent i desember 2022. På bakgrunn av at vi ikke skulle gå nærmere inn på den psykiske eller fysiske helsen til informantene i studien, ble det ikke ansett som nødvendig med godkjenning gjennom REK. I vente på godkjenning satte jeg meg inn i retningslinjer og personvern på nettsidene til Sikt. Ytterligere informasjon om etiske vurderinger i denne studien fikk jeg også i svaret fra Sikt (Appendiks A). Det ansås ikke å være noen store negative sider ved å delta i studien. Alle informantene fikk informasjon om formålet med å utføre intervjuene. De skrev under på samtykkeskjema før intervjuene (Appendiks D). Informantene ble også muntlig og skriftlig gjort klar på hvilke rettigheter de hadde som omfattet at det var frivillig å delta i studien og at de trekke seg når de ønsket uten at de trengte å oppgi grunn eller at dette kunne gi negative konsekvenser for vedkommende på noen som helst måte.

Innsamlet materiale ble anonymisert og HA ble gitt ulike nummer for å skjule deres identitet. Det ble kun samlet inn grunnleggende informasjon om deltakerne i forkant av intervjuene; alder, yrke, norskforståelse, fødeland og botid i Norge. Lydopptakene som blir tatt fra intervjuene ble transkribert og anonymisert, deretter ble de transkriberte dokumentene lagret i SAFE.

I samtalene med informantene har det vært viktig å ha et overordnet fokus på at HA sine refleksjoner og synspunkter skulle komme frem. Det har vært et fokus på å legge egne meninger til side, uten å ha en naiv holdning til hvordan jeg i forskerollen kan påvirke eget materiale. At informantene hadde møtt meg tidligere og pratet med meg i forkant intervjusituasjonen kan ha vært et bidrag til at de følte seg mer komfortable å dele deres erfaringer. Det etiske rundt kommunikasjonen i intervju med informantene fungerte bra, da det ikke var noen kognitive utfordringer eller andre særlig utfordringer å forholde seg til med tanke på utforming av spørsmål og analysen av datamaterialet.

Del 2

3.4 Retrospektiv kostnadsanalyse

En retrospektiv kostnadsanalyse ble utført for å kunne si noe om hvilke kostnader som kan oppstå i slike informasjonsprosjekt. Kostnadene til HA-prosjektet ble regnskapsført av Caritas. I den retrospektive kostnadsanalysen diskuteres regnskapsdata fra Caritas, da de hadde ansvaret for administrasjonen og informasjonen om tidsbruken til helseambassadørene, sammen med funn fra intervjuene som omhandler HA sitt tidsbruk. I intervju med HA som omhandlet innhenting av datamateriale til den retrospektive kostnadsanalysen stilte jeg spørsmål som omhandlet om de i rollen som HA måtte utføre uforventede oppgaver. De fikk også direkte spørsmål om de hadde brukt penger i rollen som HA. Spørsmål omhandlet også om de hadde opplevd at rollen som HA hadde tatt tid fra annen jobb eller egen fritid (se intervjuguide, Appendiks C). Tiden HA brukte på prosjektet ble diskutert som kostnader for prosjektet i den retrospektive kostnadsanalysen. Dette omhandlet bl.a. tapt arbeidstid (tiden HA ellers ville ha brukt på betalt arbeid hvis ikke helseambassadørarbeidet ikke var frivillig, ulønnet arbeid) og tapt fritid (tiden HA ellers ville ha brukt på fritidsaktiviteter eller med familien). Dette vil diskuteres sammen med andre relevante kostnader for å kunne si noe om hvilke kostnader slike prosjekt kan medføre.

4.0 FUNN

Dette kapittelet er oppdelt i to deler: del en viser funnene fra intervjuene som omhandler første del av problemstillingen «Evaluering av HA-prosjektet: hvordan ble HA påvirket gjennom prosjektet». Del to vil være en diskusjon av kostnader som besvarer siste del av problemstillingen «hvilke kostnader oppstod i prosjektet».

Del 1

Gjennom analysen av datamaterialet fra intervjuene med helseambassadørene kom det frem fem hovedkategorier og disse omfattet; organisering i senere stadige: det ukrainske perspektivet, dialog og samarbeid, kommunikasjon og språk, utfordringer med feilinformasjon og konspirasjonsteorier, takknemlighet og ansvar. Til samme var det ni undertema og disse var: spørreskjema, språkutfordringer, miskommunikasjon, nyttig informasjon, trygghet i samarbeid, inkludere myndighetene og informasjon påvirket atferd. Det ble utført intervju med syv helseambassadører, de har fått navn H1-H7. Gjennom intervjuene har HA delt deres erfaringer med å være helseambassadør i Bergen under koronapandemien.

4.1 Organisering i senere stadige: det ukrainske perspektivet

HA har gjennom intervju gitt informasjon om hvordan de opplevde organiseringen av modulene. De ukrainske-HA og en annen HA som kom inn på et senere tidspunkt trakk frem flere negative erfaringer med hvordan organiseringen foregikk på et senere stadige. De trakk frem erfaringer med spørreskjema og utfordringer med terminologien brukt i spørreskjemaene, og miskommunikasjon.

4.1.1 Spørreskjema. Det ble utdelt spørreskjemaer av organisatorene i begynnelsen av modulene og et identisk spørreskjema på slutten av modulene som HA besvarte. Flere HA opplevde utformingen av spørsmålene som problematiske. Noen av spørsmålene ble oppfattet som nedlatende på bakgrunn av de enkle formuleringene. Sitatet under gir et innblikk i informantens erfaring med spørreskjema:

«For å være ærlig så er det en ting jeg ikke likte. (...) spørsmålene i pre og post spørreskjemaet(...) Det var noen dumme spørsmål (...) du vet, jeg er en velutdannet person, jeg har to mastergrader og å være en innvandrer betyr ikke at du ikke vet noe. (...)jeg likte ikke de spørsmålene for å være ærlig med deg(...) Jeg følte at, du vet at å tenke at innvandrere alle kommer fra alltid eh en negativ bakgrunn eller analfabeter.» (-H7)

Spørreskjemaene var også en utfordring for de ukrainske-HA som beskriver at de ikke forstod skriftlig og muntlig norsk så godt i perioden de deltok i HA-prosjektet. Den norske, medisinske terminologien i spørreskjemaene ble utfordrende for ukrainske-HA.

«(...) jeg prøvde å oversette det for ukrainerne, men også for meg selv til tross for at jeg er på B1 språket av norsk. Ehm jeg ville satt pris på om denne informasjonen også var i en kopi på engelsk» (-H1)

Informanten trekker frem at de ukrainske-HA ikke fikk med seg nødvendige detaljer som var viktige å forstå for å kunne besvare spørreskjemaet tilstrekkelig. Informanten ville ønsket at informasjonen også var tilgjengelig på engelsk.

4.1.2 Språkutfordringer. Flere ukrainske-HA forteller at de ikke ble informert om at prosjektet var designet til å ha norsk som hovedspråk. Ukrainske-HA hadde et inntrykk av at modulene skulle være tilgjengelig for dem på engelsk. En ukrainsk-HA ble særlig påvirket av dette, da informanten hadde et overordnet ansvar for gruppen av ukrainske-HA. Informanten hadde invitert ukrainske flyktninger med forbeholdet om at de kunne snakke og forstå engelsk slik at de ville kunne følge det som ble formidlet på modulene. Informanten ble dermed

overrasket over at det ikke ble tilrettelagt slik informanten hadde fått inntrykk av det skulle.

Utsagnet under beskriver hvilke konsekvenser dette fikk for informanten:

«wow okei, jeg må arbeide her» (...)jeg var ikke sikker på om jeg ville være der fordi jeg måtte dra på ferien min, men så forstod jeg at jeg må være der, fordi hvis ikke kan de ikke være der, de ville ikke forstått noe fordi det ville vært på norsk. Så det er derfor jeg utsatte ferien min. Men hvis jeg ikke ville blitt betalt tusen kroner, ville jeg ikke deltatt fordi du ser forholdene.» (- H1)

Informanten hadde en opplevelse som om hun tok del i å organisere prosjektet i det senere stadiet og beskriver at det var krevende å fungere som tolk uten å ha mulighet til å forberede seg. Sitatet under beskriver videre noe av erfaringen av dette for informanten:

«Jeg prøvde og jeg mislyktes fordi det var en sånn hastighet (...) det var å gi oss så mye informasjon uten å være hensynsfull på om folk forstod det eller ikke» (-H1)

På tross av at informanten hadde gode norskkunnskaper opplevdes informasjonen fra helseekspertene på modulene til å ha en for stor hastighet og utfordrende terminologi til å kunne tolke tilstrekkelig for de ukrainske-HA.

4.1.3 Misskommunikasjon. Det kommer frem en tydelig forskjell i intervju med HA at det var en forskjell på de HA som ble inkludert i prosjektet på et senere tidspunkt og de HA som var med fra start, i hvor mye klarhet de hadde i hva rollen deres innebar. Som nevnt ble ikke de ukrainske-HA informert om at modulene ikke ville være på et språk de kunne følge, og en av ukrainske-HA fikk en uforventet rolle som tolk på grunn av dette. De som kom inn tidlig i prosjektet virket å ha en tydelig rolleavklaring i at deres hovedoppgave var å formidle informasjon om pandemien til innvandrere. De som ble inkludert i prosjektet på et senere stadige uttrykker at de ikke var klar over at informasjonen de fikk gjennom prosjektet skulle videreformidles til andre innvandrere. Flere ukrainske-HA uttrykte et ønske om kunne få brukt kunnskapen de fikk på modulene i større grad:

«Kanskje spre mer informasjon. Fordi jeg spredde bare i min gruppe, som jeg var komfortabel med (...) alle var fra Ukraina. (...) fint om jeg kunne hjelpe flere mennesker.» (-H4)

«(...)jeg visste ikke at jeg måtte spre denne informasjonen til andre mennesker» (- H1)

4.2 Dialog og samarbeid

Flere informanter mener at informasjonen om pandemien fra helseeksperter på modulene bidro til at de i mye større grad hadde mulighet til å besvare innvandrernes spørsmål, bekjempe feilinformasjon og ha trygghet i at informasjonen de viderefremidlet var korrekt. Samtidig opplevde de en trygghet og styrke i det sosiale og dialogen på modulene.

4.2.1 Nyttig informasjon. Samtlige informanter uttrykker at de hovedsakelig er fornøyde med kvaliteten og omfanget av informasjonen de har fått på modulene. Flere HA forteller hvor høy kvalitet det var på helseeksperter og at dette var positivt og ga dem en trygghet i arbeidet ved å vite at informasjonen de viderefremidlet til innvandrere var korrekt. Utsagnene under er beskrivende for deres erfaringer:

«Jeg har hørt smarte mennesker har vært på denne forelesningen så jeg var ganske sikker på denne informasjonen er passende og denne informasjonen er bra» (-H3)

«Det var veldig positivt. Vi har fått mye informasjon om pandemien. Så det var veldig nyttig informasjon synes jeg. Vi oppdateres hver gang. Så det var veldig positivt.» (-H6)

4.2.2 Trygghet i samarbeid. Gjennom analyseprosessen av intervjuene med HA forteller samtlige at HA-prosjektet var nyttig som faglig støtte for HA og fungerte som en sosial møteplass for ulike kulturer under pandemien. Flere av HA uttrykker en opplevelse av trygghet i å kunne dele og diskutere erfaringer med andre HA og sammen finne en løsning på utfordringene. HA valgte også å stille spørsmål på modulene til helseeksperter og til andre HA for å få svar på hvordan å håndtere vanskelige situasjoner og motarbeide feilinformasjon i møte med innvandrere de snakket med. I dialogen om pandemiinformasjon med

helseeksperter og diskusjonen de hadde med ekspertene i samhandling med de andre HA styrket dem i arbeidet med å formidle informasjon til innvandrere. Utsagnet under beskriver dette utdypende:

«(...) Men da jeg tok dette kurset det styrket meg litt også litt mer tryggere siden at det var mange eksperter, det var ikke noen vanlige folk som har gitt deg informasjon, så de har opplevd mange ting. Så eh de har lest mye forskning og de har jobbet i feltet, mange år. Så dette styrket meg. Gjorde meg mer mer trygt å gi informasjon. Ikke sant? Ja. Det var en ting til som gjorde meg mer trygg. Også eh den andre ting at opplevelsene fra mange forskjellige helseambassadører, også dette gjorde meg mer trygg, siden at jeg hører fra fra for eksempel fra helseambassadør hvordan de løste et problem, så fikk jeg erfaring på hvordan vi kan gjøre det» (-H2)

Det kommer frem i intervjuene at det har opplevdes som sosialt for samtlige HA å delta på modulene. Samtidig ble det trukket frem av en informant at det var en positiv erfaring å få muligheten til å omgås mennesker fra andre kulturer og påpeker at innvandrere sjeldent får omgås mennesker med en annen kulturell bakgrunn enn dem selv. Flere HA fikk nye personlige og profesjonelle relasjoner gjennom deltakelse i prosjektet. HA beskriver en utveksling av kunnskap og erfaringer med andre HA som var inspirerende for dem. Flere HA fikk også vennskap gjennom prosjektet:

«Vi har ikke mange venner her fordi vi bosatte oss her nylig (...)Jeg tror det var en sosial ting (...) to nye venner (latter) som jeg fikk fra møtene» (-H7)

«(...)være der med andre flyktninger og å diskutere tematikken og alle oss føler seg plutselig veldig inspirert» (-H1)

4.3. Kommunikasjon og språk

I intervju med HA ble språk gjentatt mange ganger som en viktig del av arbeidet med å kommunisere med innvandrere. HA fortalte at de opplevde å kunne snakke samme språk som innvandrerne de ga informasjon til har vært en viktig bidragsyter i arbeidet:

«flere eldre damer og eldre menn som kan ikke snakker norsk(...) de stoler jo på oss da.» (-H6)

Flere HA understreker at det var ikke bare språket som var viktig i deres arbeid. Å også forstå hvordan den de kommuniserte med tenkte og hvilken bakgrunn de hadde med tanke på religion, personlighet og kultur påpekte også flere HA hadde hatt en påvirkning i informasjonsformidlingen. Flere HA trakk frem kulturellforståelse som et viktig grunnlag i arbeidet. HA beskriver å kommunisere med innvandrerne som var en del av samme kultur og tilpasse samtalen på en måte som var best egnet for mottaker av informasjonen de formidlet:

«hvis ikke det var meg som hadde gitt de informasjon og det var noen som ikke snakket samme språket da, eh tror jeg det ville vært mindre folk som hadde akseptert tankene. (...)hvis du skal komme til ditt mål, du må forstå hvordan folk tenker, ikke bare språket noen ganger» «(...)men vi hadde forskjellige måter å formidle siden jeg visste at det må passe med kultur, det må passe med religion, det må passe med personligheten til folk.» (-H2)

4.3.1 Inkludere myndighetene. Prosjektet har i følge flere HA kunnet bidratt til at innvandrere i Bergen følte de blir tatt på alvor av myndighetene og på denne måten har innvandrerne HA har snakket med vært mer villig til å følge anbefalinger og smittevernråd fra myndighetene. Flere informanter mener også at ulike instanser må følge med på slike prosjekt som HA-prosjektet, fordi det er mye kunnskap å innhente som kan være viktig for fremtidige pandemier. Utsagnene under utdyper dette:

«Vi må forstå hvordan folk tenker, før vi begynner å sette krav» (-H2)

«de folk som ikke kan norsk, de kan integrere og høre fra andre folk at de vet at myndighetene eh bryr om bryr seg om eh innvandrere. At de ikke glemmer folk som hadde innvandrerbakgrunn (...)Innvandrerfolk trenger til å stole på eh alle de institusjonene» (-H5)

«(...)Vi må holder mer kontakt med de folk som har bestemmelser. (...) Kommunen, FHI, regjeringen og sånn. Vi snakker om noe som er veldig viktig i pandemitid, som kan hjelpe veldig mye» (-H2)

En informanten beskriver også hvordan hun ofte ble kontaktet av innvandrere som ønsket å holde seg oppdatert på helseinformasjon om pandemien. Informanten forteller også at Bergen kommune oversatte informasjon til ulike språk slik at det skal være lettere tilgjengelig:

«De ringer meg «er det noe nytt nå?» fordi de var nye regel, de oppdaterte veldig mye, og på Bergen kommunes sider. Så vi måtte fortelle og lese og gi informasjon også. Fordi vi vet vi har ansvaret som helseambassadør, så de måtte ringe oss. (...) de hadde telefonnummeret så de ringer «hva er det, er det noe nytt?» (...)Så det var jo flere...ehm flere språk som Bergen kommune har oversatt hver for seg i språket, morsmål tigrinja og amharisk og arab» (-H6)

4.4 utfordringer med feilinformasjon og konspirasjonsteorier

Vaksinasjon ble omtalt som det teamet innvandrerne HA snakket med hadde flest spørsmål om. Flere HA beskriver vaksinasjonsspørsmål som en utfordrende tematikk i møte med innvandrere:

«I begynnelsen sa de eh på en måte «nei, men hvorfor skal vi ta vaksinen?» eh siden det er mange som sier at hvis man tar vaksinen man skal dø eller sånn. Det var mange ting de, de i denne perioden som de..på Facebook andre sosiale medier. Men.. jeg følte ja de har fått riktig informasjon derfor har de endret seg og så de ville gå å vaksinere seg på samme tid.» (-H2)

Flere av HA beskrev en utfordring i møte med innvandrerne var å motarbeide feilinformasjon og konspirasjonsteorier. Dette omhandlet i stor grad misinformasjon og frykt om vaksinen. Det ble også beskrevet at det florerte mye feilinformasjon på flere sosiale medier; ulike Whatsapp- grupper og Facebookgrupper. Sitatene under utdyper utfordringen:

«Når det gjelder vaksinen; det var ikke lett at vi kan snakke og la folk bli enige med oss om at de skal ta vaksinen, men etter det møtet, og det som vi opplevde som viktig, de sa «vi skal gå og ta vaksinen» etter at vi hadde snakket med dem. Fordi flere av dem eller mange av dem... de fleste av de eh hørte fra hjemlandet at «den vaksinen fungerer ikke, det er ikke bra å ta den, kanskje folk dør også (...)» -H5

«Eh det var ikke så lett(...)hvordan vi løste dette var ikke så lett eh også vi merket det var ikke så ofte folk trodde på oss, siden de leser hver dag om ting» (-H2)

«Det var ulike meninger. Noen var bare interesserte i tematikken. Noen sa «jeg tror ikke på det. Det er ikke en sykdom, det er noe mennesker fant på» du vet, disse konspirasjonsteoriene(...)» (-H3)

4.4.1 Informasjon påvirket atferd. Flere HA fra både tidlig og senere stadier av HA-prosjektet fikk innvandrere og flyktninger til å vaksinere og teste seg etter de hadde løst utfordringer med feilinformasjon ved å gi korrekt helseinformasjon om pandemien. Det blir blant annet fremhevet et møte på en skole i Bergen hvor et par HA sammen med Caritas og Bergen kommune informerte om vaksinasjon og fikk flere til å vaksinere seg. Flere av HA

beskriver det viktigste de har gjort i prosjektet var de gangene de fikk innvandrerne til å teste seg eller vaksinere seg:

«Største som jeg har gjort er det oppdraget som var på Nygård skolen(...) kanskje 35 eller 40 stykker i tre grupper som snakket arabisk og eh siste gruppe snakket kanskje kurdisk, men de forstod arabisk. (...)mye spørsmål(...) ble enige om å ta vaksiner etter dette oppdraget.» (-H2).

4.5 Takknemlighet og ansvar

Samtlige av HA omtaler erfaringen deres med prosjektet som en sammenlagt positiv opplevelse og uttrykker takknemlighet. For flere HA har det også tidvis krevd mye i form av ansvarsfølelse og arbeid lagt ned.

HA uttrykker glede, mening og takknemlighet for å ha fått muligheten til å delta i prosjektet og få hjelpe mennesker i sitt lokalmiljø. Informantene beskriver hvordan innvandrere ofte ikke føler seg privilegert og er ofte de som blir satt i en posisjon til å stille spørsmål heller enn å skulle kunne besvare dem. Gjennom å være HA har flere opplevd det som positivt å kommunisere helseinformasjon om pandemien til deres miljø. Flere HA opplevde prosjektet som en kanal de kunne bruke for å hjelpe andre og at det var en god følelse å gi innvandrere i deres nærmiljø nødvendig helseinformasjon og hjelpe dem med å ta en avgjørelse under en krise:

«du er her i Norge som en innvandrer(...)du føler deg ikke så privilegert(...) så får du dette ansvaret og nå sier du «wow jeg har et formål» Det er veldig fint. «Åå jeg vet noe», du vet «jeg er den personen som (latter) gir informasjonen» (...) jeg kan lære mennesker noe som er fint, fordi normalt som en innvandrer stiller du alltid spørsmål fordi du vet ikke hvordan systemet fungerer (...) så det var fint for meg» (-H7).

Samtlige HA uttrykker takknemlighet for at et slik prosjekt ble satt i gang og flere beskriver prosjektet som et privilegium å kunne delta i. Svarene fra HA på direkte spørsmål: «Har det vært belastende å ha ansvar om å gi informasjon?» er ofte at det har vært så fint å få

muligheten, men så kommer det frem ved andre punkt i intervjuet at ansvaret om å skulle gi informasjon ikke bare har vært enkelt:

«Det var ikke så enkelt. Eh,, det var positivt. Jeg syns det var greit. Og for meg å få mye informasjon, eh det er mye ansvar også. Eh jeg var redd for å gi fei...(kremt) feil svar.» (-H6)

Flere informanter understreker at det har vært positivt å ha rollen som HA, men at det følger ansvar og utfordringer med rollen deres. Gjennom intervjuprosessen kommer det frem at samtlige HA er ressurssterke individer som har flere ansvarsområder utenfor sin rolle som HA. Flere HA strakk seg langt i rollen som HA, også utover det som var forventet av dem fra HA-prosjektets organisatorer.

4.5.1 Ansvarsfølelse. Gjennom intervjuprosessen har det tidvis vært utfordrende å få HA til å snakke om utgifter de hadde gjennom prosjektet. I denne sammenhengen menes utgifter også å inkludere deres arbeidsinnsats, forberedelser og tid fra deres fritid eller annen jobb. Flere HA utførte mye praktisk arbeid og hadde utgifter på matlaging; de fraktet mat til innvandrere som var smittet, sene telefonsamtaler og hjelp med mathandel til smittede. De fleste HA ønsket ikke å snakke om kostnader i arbeid som omhandlet praktisk hjelp til andre og beskriver en ansvarsfølelse over dem de hjalp. Der direkte spørsmål om slike kostander ble diskutert i intervju valgte ofte HA å fokusere på takknemlighet for at de var satt i posisjon der de kunne hjelpe andre:

«jeg måtte kjøpe mat å levere eh inne på døren. (...)jeg har handlet alt hun trenger(...)to ganger har jeg laget mat selv hjemme så levert til henne. (...)sånn en eldre dame så hun trenger hjelp, jeg var nødt til å gjøre det. (...)vår kultur å hjelpe andre og gi mat(...) Så jeg tenker ikke sånn med økonomi...» (-H6)

I oppfølgingsspørsmålet til dette sitatet spør vi informanten om denne arbeidsinnsatsen og ansvarsfølelsen alltid er gjeldene, eller om dette var spesielt for HA-prosjektet. Svaret fra informanten er:

«Jeg er sånn egentlig. Folk sier til meg «du jobber så hardt!» Jeg glemmer å ta pause. Jeg liker å hjelpe folk. Jeg er effektiv. Jeg bruker også fritiden min til å hjelpe folk. Jeg hjelper folk å gå til lege. Jeg hjelper. Jeg vil ikke skuffe folk. Litt kulturelt, bakgrunnen min.» (-H6)

Dette svaret fra informanten er beskrivende for flere HA ansvarfølelse. HA ønsket ikke å erkjenne slike oppgaver som økonomiske utgifter for seg selv. Dette blir gått nærmere inn på i del 2 av funnene, som er en retrospektiv kostnadsanalyse av prosjektet.

Del 2

4.6 Retrospektiv kostnadsanalyse

En forenklet analyse i form av diskusjon og presentasjon av kostnadene som var tilgjengelig gjennom intervju med HA ble utført. Det er viktig å kartlegge hvilke kostnader som oppstår i informasjonsprosjekt under en krise, når et lignende prosjekt vil være nødvendig å gjennomføre på nytt i fremtiden. En kostnadsanalyse til HA-prosjektet var begrenset på bakgrunn av at det ikke systematisk ble ført alle nødvendige tall fra starten av HA-prosjektet til at en analyse kunne bli utført tilstrekkelig i evalueringen. Fokuset lå derfor på å diskutere verdien av tid som en kostnad og diskutere hva som kunne være årsaken til manglende oversikt over kostnadsdata i HA-prosjektet. Kostnadsanalysen utforsker også funn fra HA, om deres reserverasjoner fra å snakke om kostnader som ble kartlagt gjennom intervju og analyseprosessen og deres tidsbruk. Det blir lagt frem HA sine estimat på hvor mye tid HA brukte i sin rolle, tid tatt fra egen fritid, tid borte fra vanlig jobb og omtale av direkte utgifter i kraft av rollen som HA.

4.6.1 Budsjett HA-prosjektet. Kostnadene til HA-prosjektet ble regnskapsført av Caritas. Til denne analysen ble det brukt regnskapsdata fra Caritas da de hadde ansvaret for administrasjonen og informasjonen om tidsbruken til HA. Tiden HA brukte på prosjektet ble beregnet som kostnader, fordi det tok tid fra annen tidsbruk, for eksempel annen jobb, fritid

og familietid. Dette blir diskutert sammen med andre relevante kostnader for å kunne kartlegge hva et slikt prosjekt vil kunne koste samfunnet. Nedenfor er budsjettet fra Caritas Bergen på formelle kostnader gjennom prosjektet:

Tabell 2: Budsjett Caritas Bergen, Helseambassadørprosjektet.

Tiltak	Antall	Timepris	Sum	Revidert 25.08.22
Lønnsmidler til UIB ansatte ved Pandemisenteret	6	1 250	7 500	2 500
Caritas Bergen, koordinering			90 000	100000
UIB pandemiserets, faglig ledelse, og administrasjon			62 500	22500
Helseambassadør somalisktalende	10	1 000	10 000	5000
Helseambassadør polsksktalende	10	1 000	10 000	0
Helseambassadør tigriniatalende	10	1 000	10 000	20000
Helseambassadør amharisktalende	10	1 000	10 000	20000
Helseamassadør engelsk, norsk og filipinsk				10000
Helseamabassdør ukrainsk	10	1 000	10 000	20000
Sum			200 000	200 000

HA-prosjektet fikk tildelt tilskudd på 350 000 kroner av IMDi i januar 2021 (Appendiks E). Dette inkluderte lønn til ansatte ved Pandemisenteret og for faglig ledelse og administrasjon ved Pandemisenteret. Caritas Bergen stod for koordinering av møtene og fikk penger i budsjettet til dette. Gjennom mesteparten av HA-prosjektet mottok ikke HA lønn, men senere i prosjektet fikk aktive HA også en timelønn på tusen kroner.

4.6.2 Kostnadsdata. Gjennom HA-prosjektet ble det samlet inn lite data over hvilke kostnader prosjektet hadde hatt. Dette begrenset derfor utførelsen av kostnadsanalysen. På bakgrunn av dette tar kostnadsanalysen sikte på å diskutere hvorfor det var manglende datainnhenting over kostnader. Det ble også undersøkt hvordan HA sin fritid kunne regnes som en kostnad. I følge Drummond et al (2015) er viktigste ressursene til helseprogrammer som ikke er knyttet til markedsinstanser frivillig tid og pasient/familie fritid.

4.6.3 Lite data. Gjennom prosjektet var det lite kostnadsdata innsamlet, som følgelig var begrensende for kunne dokumentere kostnadene i HA-prosjektet. Det kan argumenteres for at det kan være symptomatisk for tidsperioden prosjektet foregikk i. HA-prosjektet ble tildelt tilskudd fra IMDi under en global krise, og et av kriteriene for om et prosjekt ble bevilget penger var hvis de hadde kapasitet til å iverksette tiltak raskt (IMDi, 2022). Dette førte til at flere prosjekter kunne igangsette tiltak effektivt for å raskt nå ut med viktig helseinformasjon til de riktige gruppene og redusere antallet smittede. Fokus under denne perioden virker å ha vært rettmessig rettet mot å redusere omfanget av krisen, i stedet for å være møysommelig på å notere seg alle kostnader gjennom prosjektet. Under andre omstendigheter ville det kanskje vært et større fokus på å notere kostnader mer systematisk gjennom prosjektet og vært flere tilgjengelig kostnadstall.

4.6.4 HA tid lagt inn. I samtale med de syv HA som ble intervjuet til evalueringen var det tydelig at de som kom inn på et senere stadige i prosjektet brukte en del mindre tid på prosjektet enn HA som hadde deltatt i prosjektet fra start. Av de syv HA som ble intervjuet uttrykket samtlige usikkerhet over nøyaktig hvor lang tid de hadde brukt på prosjektet, men estimerte et antall timer. Antall timer ulike HA estimerte de har brukt: ca. 14 timer, ca. 6 timer, ca. 6 timer, ca. 20 timer, ca. 20 timer, ca. 15-20 timer, ca. 8 timer. Det er min vurdering på bakgrunn av intervjuene med HA og påfølgende analyseprosess at flere faktorer tyder på at HA kan ha underestimert tiden de brukte på prosjektet. Dette kommer blant annet frem i direkte spørsmål til HA om prosjektet tok tid fra deres egen fritid eller vanlige jobb.

De fleste HA svarer på direkte spørsmål om prosjektet tok tid fra egen fritid eller vanlige jobb, at det ikke stjal noen tid og uttrykker heller takknemlighet for å ha fått være med i prosjektet. Likevel kommer det frem at flere av dem brukte tid fra fritiden sin til å jobbe med prosjektet. En HA forteller at på sin fritid lagde hun mat av penger fra egen lomme, kjørte og

leverte maten til innvandrerkvinner som var smittet av korona som hadde ringt henne for å spørre om hjelp i kraft av at hun var HA:

«(...)jeg måtte kjøpe mat å levere eh inne på døren. (...)jeg har handlet alt hun trenger(...)to ganger har jeg laget mat selv hjemme så levert til henne(...)sånn en eldre dame så hun trenger hjelp, jeg var nødt til å gjøre det.(...)vår kultur å hjelpe andre og gi mat(...) Så jeg tenker ikke sånn med økonomi...» (-H6)

Dette sitatet er relevant fordi det belyser to faktorer som regnes som en kostnad; HA har både brukt egen fritid på praktiske gjøremål som oppstod som et resultat av at HA hadde en rolle i HA-prosjektet. Den andre faktoren som er en direkte kostnad er et HA her har brukt egne penger og derfor hatt direkte utgifter i rollen som HA.

Det kan argumenteres for at denne HA likevel ville utført slike oppgaver selv i et scenario hvor hun ikke hadde rollen som HA. I intervjuet med den aktuelle HA kommer det frem at kvinnen som hun lagde og leverte mat til tok kontakt med denne HA fordi hun hadde hørt at hun hadde rollen som HA. På bakgrunn av dette er det en rimelig antagelse at denne kostnaden for HA oppstod som et resultat av rollen HA hadde blitt tildelt. På tross av at slike praktiske gjøremål som ble beskrevet i sitatet ikke var en del av rollebeskrivelsen til HA slik det var tiltenkt fra organisatorene av HA-prosjektet, ble hun likevel i kraft av å være tilknyttet HA-tittelen kontaktet av individer som ba henne om hjelp til slike praktiske gjøremål. Dette vil si at på tross av at dette ikke var intensjonell kostnad som skulle forekomme i HA-prosjektet, ble dette likevel en kostnad for HA. En interessant faktor som fremkommer i intervju og analyseprosess er HA sin reservasjon mot å betegne slike eksempler som kostnader, til tross for at HA både brukte av egen fritid og egne penger når de hjalp mennesker i kraft av rollen som HA. En mulig forklaring på hvorfor kan ligge i hvordan HA målte verdien av tid gjennom prosjektet.

4.6.5 Verdien av tid. I samfunnsøkonomiske analyser forsøkes det å verdsette tidsbruk i lys av hva tiden alternativt kunne blitt brukt til hvis ikke tiden ble brukt til det opprinnelige formålet. Dermed må man sammenligne verdien tidsbruken har med et evt. annet

formål tiden kunne ha blitt brukt til (NOU, 2012). I løpet av tidsperioden som HA-prosjektet ble utført var tiden preget av unntakstilstander, med sosial distansering og andre smittevern tiltak i forsøk på å minimere skadevirkningene av pandemien (Klein, 2022). Verdien av tid måles av at tid benyttes forskjellig; det er hvilken aktivitet tiden ble brukt til og hva som anses som verdien av denne som avgjør hvilken verdi tiden hadde (NOU, 2012). I en krisesituasjon er det naturlig at tid ikke blir tillagt lik verdi som under normale omstendigheter. Dette kan føre til at HA anså tiden deres brukt i prosjektet som mer verdifull enn annen normalt høyt verdsatt tid som for eksempel tid brukt på arbeidsprosjekter eller til fritidssysler (NOU, 2012). Hvordan enkeltindivider vurderer verdien av ulik tidsbruk vil også variere (NOU, 2012).

Videre kan verdien av tid også endres ved endringer i arbeidsmarkedet (NOU, 2012). En global krise som pandemien påvirket både arbeidsmarkedet og tiden vi brukte hjemme. Under pandemien kan det derfor være flere grunnlag for å hevde at ulik tidsbruk ble verdsatt annerledes under krisen, påvirket av den globale situasjonen. Dette kan være en faktor i hvordan HA vurderte verdien av tiden de brukte i HA-prosjektet. Pandemien var en krise og det kan derfor være at tid som ble lagt ned i prosjekter som aktivt jobbet mot å redusere skadevirkningene av pandemien kan ha opplevdes som mer verdifull og meningsfull enn tiden bruk på deres vanlige arbeidsplass eller deres fritid. Dette blir også støttet av studier som omhandler mening; at i utfordrende livssituasjoner kan det oppstå vekst og endret fokus av hva vi finner mening i (Waters et al., 2022).

4.6.6 Oversettelser og tolk. En utfordring i prosjektet kom mot slutten av HA-prosjektet, når ukrainske-HA ble inkludert i prosjektet. Utfordringen kom av at HA-prosjektet brukte norsk som hovedspråk og ukrainerne hadde blitt fortalt at de ville kunne følge modulene på en tilstrekkelig måte selv om de var i startfasen av å lære seg norsk på det tidspunktet. Dette var ikke tilfellet og kommunikasjonen på disse modulene ble svekket av forsøk på å tolke fortløpende på engelsk. HA-prosjektet var ikke organisert på en måte som

gjorde det mulig å bruke tolker til å oversette på flere språk samtidig. Dette opplevdes stressende for flere av HA og spesielt en HA som opplevde et belastende og uforutsett ansvar med å forsøke og oversette spørreskjema på modulene til de andre HA og senere prøve å oversette forløpene det helseekspertene sa. Hun ble ikke lønnet for dette ekstra ansvarsområdet. Nedenfor er et sitat tatt fra intervju med HA som måtte tolke og oversette spontant. Dette sitatet er fremvist tidligere, men det er også relevant å inkludere her fordi det illustrer utfordringene og avdekker frustrasjonen og kostnadene rundt situasjonen som oppstod:

«wow okei, jeg må arbeide her» (...)så forstod jeg at jeg må være der, fordi hvis ikke kan de ikke være der, de ville ikke forstått noe fordi det ville vært på norsk. Så det er derfor jeg utsatte ferien min. Men hvis jeg ikke ville blitt betalt tusen kroner, ville jeg ikke deltatt fordi du ser forholdene.» (- H1)

Sitatet belyser at HA utsatte sin egen ferie, altså at rollen som HA stjal tid fra egen fritid, men at HA vurderte det som et ansvarsområdet hun hadde ovenfor de andre ukrainske-HA som ikke forstod norsk og derfor deltok på tross av dette og med forbeholdet om lønn.

4.6.7 Fremtidig prosjekter. I fremtidige prosjekt vil det være rimelig at ekstra ansvar tildelt gir høyere kompensasjon. Det vil også være hensiktsmessig og sette av midler i budsjettet til oversettelser og tolk, der det inkluderes deltakere som ikke snakker norsk. Den retrospektive kostnadsanalysen fremviser kom flere mangler i oversikt over kostnader som oppstod i prosjektet. I fremtidige prosjekter vil det være hensiktsmessig å oppfordre til et større fokus på å holde oversikt over kostnader. Dette er en oppfordring for å kunne fremme større innsikt i hva slike prosjekter reelt kan koste samfunnet og hvilke uforutsette kostnader det kan ha for frivillige som arbeider i slike prosjekt.

5.0 DISKUSJON

Diskusjonskapittelet er todelt. Først blir funnene fra intervjuene med HA diskutert og satt opp mot tidligere forskning, deretter vil metodevalget for evalueringen bli reflekter over.

5.1 Resultatdiskusjon

Gjennom kvalitative intervju med syv HA har jeg fått innsikt i deres erfaringer gjennom HA-prosjektet under pandemien. I resultatdiskusjonen skal HA sine perspektiv og erfaringer diskuteres i lys av relevant faglitteratur og tidligere forskning, spesielt med fokus på psykologiske påvirkninger av stress, resiliens, mening og mestring, men også i lys av faktorer som helsekompetanse, infodemic og ulikheter i helse. Datamaterialet inneholder mange funn. Fem hovedområder har blitt utvalgt etter å ha analysert materialet i sin helhet: organisering i senere stadige: det ukrainske perspektivet, dialog og samarbeid, kommunikasjon og språk, utfordringer med feilinformasjon og konspirasjonsteorier og takknemlighet og ansvar. Temaene er oppdelt på samme måte i diskusjonen som del en i kapittelet om funn.

Problemstillingen for evalueringen er: «Hvordan har deltagelse i prosjektet påvirket helseambassadørene? Hvilke kostnader oppstod i prosjektet?». Diskusjon og fremlegging av funn av kostnadene i prosjektet ble gjennomgått i den retrospektive kostnadsanalysen. Jeg vil derfor i resultatdiskusjonen fokusere på del en av problemstillingen som omhandler hvordan deltagelse i prosjektet påvirket HA. Jeg skal undersøke funnene fra HA i lys av problemstillingen.

Funnene bærer preg av at samtlige HA har en sammenlagt positiv erfaring gjennom deltagelse i HA-prosjektet. Flere HA trekker frem at den høye kvaliteten på helseeksperterne og pandemiinformasjonen de fikk var en bidragsyter i deres positive opplevelse og trygghet gjennom prosjektet. Dialog på møtene og det sosiale samspillet mellom HA på modulene, ga

trygghet og styrke i arbeidet om å gi informasjon til innvandrere i Bergen.

Hovedutfordringene med prosjektet har vært organiseringen i det senere stadige av HA-prosjektet, som særlig gikk ut over de ukrainske-HA sin opplevelse. På tross av dette legger ukrainske-HA frem at de likevel var svært fornøyd over å bli inkludert i prosjektet, og regner det som en positiv erfaring. Å bekjempe feilinformasjon var en utfordring for flere HA. Et overaskende funn var HA sin ansvarsfølelse sett i sammenheng med deres motstand for å omtale kostnader som hadde oppstått gjennom prosjekt.

5.1.1 Organisatoriske svakheter. Innunder dette teamet fremhever HA følgende viktige erfaringer med HA-prosjektet; spørreskjema, språkutfordringer og miskommunikasjon. I senere stadige og mot slutten av HA-prosjektet var det ikke tilrettelagt for inkludering av ukrainske-HA og de organisatoriske problemene som oppstod i forhold til språk. Dermed var de negative erfaringene av prosjektet tydeligst blant gruppen ukrainske-HA som ble inkludert i det senere stadige. Prosjektet var ikke forberedt på denne endringen og det påvirket spesielt de ukrainske-HA på en negativ måte. De ukrainske-HA fikk ikke mulighet til å ta til seg informasjonen nødvendig for å kunne utføre rollen sin som HA tilstrekkelig.

I studier som omhandler helsekompetanse (Le et al., 2021) blir begrepet omfattet å favne fire kognitive domener hos et individ; å finne, forstå, vurdere å anvende tilgjengelig helseinformasjon slik at det er mulig å ta beslutninger for egen helse. Flere av de ukrainske-HA hadde mye helseerfaring gjennom tidligere arbeid og var ressurssterke individer som hadde evnen til å favne de fire kognitive domene for helsekompetanse. Deres status som flyktninger i et nytt land, hvor de bare hadde oppholdt seg i en kort periode bidro til at de ikke hadde samme forutsetninger for å kunne favne helsekompetansens domener på det aktuelle tidspunktet HA-prosjektet foregikk i. De ukrainske-HA hadde høy individuell helsekompetanse, som vil si at de hadde evne til å finne, forstå og bruke helseinformasjon,

men de ble påvirket indirekte av systemrettet helsekompetanse som referer til systembaserte elementer (Helsedirektoratet, 2021), som i dette tilfellet var mangel på tolketjenester i prosjektet. Dette hadde en negativ effekt på deres muligheter til å anvende deres individuelle helsekompetanse og fungering i prosjektet. I en tidligere studie som kartla av helsekompetanse blant ulike innvandrergupper i Norge hadde innvandrere større utfordringer med å finne relevant helseinformasjon, sammenlignet med resten av befolkningen (Le et al., 2021).

Samtlige ukrainske-HA kunne kommunisere på-og forstå engelsk på en tilstrekkelig måte. Det er derfor naturlig at funnene fremviste at de ukrainske-HA stilte seg spørrende til hvorfor modulene på HA-prosjektet måtte gjennomføres på norsk. Forskning viser at individer med innvandrers- eller flyktningbakgrunn møter med helsetjenester har tendenser til å være preget av manglende tolketjenester og språkutfordringer (Midtbøen & Lidén, 2015). Funnene fra informantene om HA-prosjektet i det senere stadige var også preget av disse tendensene, da det ble ikke lagt til rette for tilpasset informasjon til denne gruppen i HA-prosjektet, både i form av at intervjuene med helseeksperter på modulene foregikk kun på norsk og at det ble brukt utfordrende, norsk, medisinsk terminologi i spørreskjemaene på modulene. Selv i møtet med et prosjekt som var designet for å informere innvandrere på en tilpasset, hensiktsmessig måte med informasjon på innvandrernes morsmål, ble selv ikke dem som skulle være ansvarlige for å videreformidle informasjon imøtekommet. Dette kan være oppsiktsvekkende med grunnlag i at det går i mot selve hovedformålet til HA-prosjektets beskrivelse som var inkludering av innvandrere i å få tilrettelagt pandemiinformasjon. Slike problemstillinger om manglende språkhensyn og tilrettelegging er gjentakende i undersøkelser på nyankomne flyktninger og innvandrere (Brønholt et al., 2021). På den andre siden kan denne problematikken også være et symptom på en overbelastning i frivillige

organisasjoners ansvarsområde under pandemien (Diaz et al., 2020). Hvor ellers skulle ukrainske flyktninger gått for å få informasjon om pandemien?

Spørsmålet kan kanskje besvare noe av grunnen til at funnene fra ukrainske-HA som viser at til tross for disse negative erfaringene med prosjektet så var samtlige likevel fornøyde med prosjektet helhetlig. HA-prosjektet hadde utfordringer med å tolke informasjon på en av delene på modulene i prosjektet, men resten av designet av modulene hadde fokus på mindre språkgrupper hvor alle var fordelt slik at de kunne snakke sitt eget morsmål. Her fikk ukrainske-HA mulighet til å diskutere pandemiinformasjon seg i mellom. De hadde også muligheten til å sosialisere med andre HA i pausene hvor de kunne snakke engelsk. Det kan dermed være at HA-prosjektet var det beste av få tilgjengelig alternativer for å innvandrere og flyktninger å få kvalitetsikret pandemiinformasjon som var tilpasset dem.

En annen forsterkende negativ faktor med denne problemstillingen, var at ukrainske-HA hadde blitt gitt et inntrykk av at de ville kunne følge modulene tilstrekkelig, og at informasjonen også ville bli gjort tilgjengelig på engelsk. Dette gir grunnlag til å hevde at ukrainerne kjente på stress i prosjektet på bakgrunn av at psykologisk stress defineres som en individs opplevelse av at krav og forventninger fra omgivelsene overstiger egen kapasitet (NHI, 2022). Psykologisk stress kan ses spesielt på funnene fra en av ukrainske-informantene som beskrives som den som hadde hovedansvaret for de ukrainske-HA på modulene. Funnene fra denne informanten viser til psykologisk stress da hun opplevde et ansvar for denne gruppen med å prøve å oversette. Hun uttrykket en opplevelse av å mislyktes i dette arbeidet. Dette er videre et argument for at informanten opplevde stress og negative følelser som et resultat av organiseringen av prosjektet i senere stadige. På den andre siden var denne evalueringen begrenset i omfang, og kunne ikke fanget opp hvor vedvarende dette stresset var for informanten eller de andre ukrainske-HA. Fremtidig forskning på langsiktig påvirkning av påvirkningene gjennom et lignende prosjekt vil derfor være hensiktsmessig.

Spørreskjemaene som ble delt ut på modulene var ikke bare problematisk for de ukrainske-HA. En annen informant som kom inn i det senere stadige av prosjektet uttrykte misnøye med formuleringene av spørsmålene. Informanten opplevde spørreskjemaet som nedlatende og understrekte en opplevelse av at innvandrere ofte blir nedvurdert, på tross av å ha høyere utdanning. Tidligere studier som tar for seg at norske medier sine formuleringer for innvandrere under pandemien (Archetti & Ranji, 2023 gjengitt i Castello, 2023), avdekker at store norske aviser formulerte seg stigmatiserende under pandemien. Studien viser også ordbruk som «innvandrersmitte» for å omtale de høye smittetallene blant innvandrere (Archetti & Ranji, 2023 gjengitt i Castello, 2023). Dette kunne videre føre at stigmaet rundt ulike innvandrergrupper ble forverret av «infodemic» som fulgte pandemien ved at det hyppigere ble spredd negativ informasjon om innvandrere på ulike plattformer. Dette kan informantene videre ha blitt påvirket av inn i deres arbeid som HA med innvandrerbakgrunn selv, og gjort dem mer sårbare for ytre påkjenninger. Dermed kan en opplevelse av nedlatende formuleringer i spørreskjemaene blitt en påminnelse om stigmaet de opplevde på andre arenaer. Dette støttes av tidligere forskning fra Bentzen & Smith (2020) som omhandler infodemic under pandemien, om at misinformasjon, rykter og stigma kan føre til en negativ påvirkning på psykisk helse. Min evaluering av HA er likevel begrensende i dette poenget, da det ikke var mulig å fastslå hvilke tidligere opplevelser av stigma informanten har hatt før opplevelsen med spørreskjemaet. Likevel kan ordbruk og formulering under en pandemi ha stor påvirkning på mennesker. Dette blir utbrodert i undersøkelsen til Gross (2023), som beskriver hvordan retorikken brukt under pandemien kunne virke diskriminerende og ekskluderende på innvandrere. Det var derfor sannsynlig at innvandrere i Norge, også HA ble påvirket av stigmatiserende omtale om innvandrere som ble forverret av infodemicen som fulgte pandemien.

5.1.2 Dialog og samarbeid. Innunder dette temaet fremhever HA følgende viktige erfaringer; nyttig informasjon og trygghet i samarbeid. Samtlige HA mener at dialogen og informasjonen de fikk gjennom modulene på HA-prosjektet var verdifull for dem. Det har gjort at HA følte seg tryggere og var i større grad hadde mulighet til å besvare innvandrernes spørsmål og bekjempe feilinformasjon.

Det er etablert at en infodemic var gjeldene under pandemien (WHO, u.å.). Den hurtige spredningen av informasjon var en trussel mot folkehelsen på lik linje med pandemien (WHO, u.å.). Dette ble begrunnet med at enorme mengder med informasjon om pandemien ble distribuert, uten at man kunne vite om informasjon var korrekt (Zarocostas, 2020). Dette samsvarer med funnene, da HA fremlegger usikkerheten rundt om informasjonen de hadde lest eller hørt var korrekt, både blant seg selv og blant innvandrerne de ga informasjon til.

En infodemic blir vurdert som en alvorlig utfordring fordi det kan føre til forvirring og usikkerhet hos befolkningen, manglende tillitt til helsemyndigheter og helsearbeidere (WHO, u.å.). Funnene viser at HA fant trygghet og stryke i den høye kvaliteten på helseekspertene som deltok på modulene, og at dette gjorde dem mer sikker på at informasjon de fikk på modulene var korrekt. Dette viser til prosjektets effekt ved alle punktene ved «infodemic management» (WHO, u.å.); som omhandler å høre på befolkningens spørsmål, fremme forståelse og risiko og helseeksperters råd, og engasjere og styrke lokalsamfunn til å gjøre positive handlinger, og å bygge resiliens til misinformasjon. Funnene fra intervju med HA viser at HA-prosjektet hørte på HA sine spørsmål og HA igjen hørte på innvandrerne sine spørsmål og ga dem forståelse samtidig som de fremla informasjonen de hadde fått fra helseekspertene. HA engasjerte seg i lokalsamfunnet sitt og engasjerte andre innvandre til å for eksempel vaksinere seg, som kan regnes som en positiv handling i et pandemihåndteringsperspektiv. Når det gjelder siste del av infodemic mangement så viser funnene at HA opplevde mye utfordringer med feilinformasjon og konspirasjonsteorier med

innvandrerne, men at de hadde en resiliens til misinformasjonen fordi de hadde muligheten til å diskutere slike usikkerhetsmoment både med helseekspertene og andre HA på modulene.

Funnene fra HA peker også mot at HA hadde evnen til å bruke positiv reevaluering i møtet med stresset av å håndtere konspirasjonsteoriene som innvandrerne hadde. HA hadde en problemløsningsfokuset innstilling og lente seg på helseekspertene og de andre HA når de møtte på utfordringer. Helseekspertene på prosjektet og de andre HA i samhandling bidro dermed til å redusere skadevirkningene av infodemic og fremmet aktivt infodemic management og helsekompetanse blant innvandrerne de snakket med og blant HA selv.

Funnene viser også at sosialiseringen med andre HA gjennom prosjektet hadde en positiv effekt på flere ulike elementer av HA sine erfaringer gjennom prosjektet. Det beskrives at samhandlingen mellom HA styrket dem i arbeidet og inspirerte dem. Dette er støttet av en omfattende studie av mestring av Folkman (1997), som fremlegger at selv under utfordrende perioder kan individer oppleve positive affektive tilstander, i tillegg til de negative. Dermed og på tross av at flere HA opplevde det som spesielt utfordrende å bekjempe feilinformasjon blant innvandrerne, søkte de støtte og kunnskapsutveksling fra de andre HA for å dempe de negative opplevelsene sine og for å finne konkrete løsninger på utfordringen. Dette regnes som mestringsstrategier (Waters et al., 2022), som kan virke å ha vært stressreducerende for HA.

5.1.3 Kommunikasjon og språk. Innunder dette teamet fremhever HA følgende viktige erfaringer med HA-prosjektet; viktigheten av språk og mottakers bakgrunn i kommunikasjon med innvandrere og fordelene med å inkludere myndighetene i arbeidet. Funne viser at språkforståelse har vært viktig for informantene i rollen som HA. Flere HA understreker likevel at det ikke bare er språk som er avgjørende for god kommunikasjon. Det er også viktig å forstå hvordan den HA kommuniserte med tenkte og hvilken bakgrunn de hadde; som omfatter religion, personlighet og kultur påpeker flere HA.

Funnene fra intervjuene med HA, fremviser hvilken ressurs personer med innvandrerbakgrunn og helsebakgrunn kan ha i informasjonsarbeid rettet mot innvandrere. Dette er støttet av tidligere forskning på tiltak utført under koronapandemien understreker hvilken ressurs innvandrere kan være i å utforme tiltak rettet mot innvandrere, og anbefaler at innvandrere må inkluderes i utforming av beredskapsplaner og kriseplaner (Abebe et al., 2014; Koronautvalget, 2023; Maldonado et al., 2020). Dette understrekes videre i rapporten til Indseth (2021) som omhandler erfaringer for innvandrere under koronapandemien. Rapporten beskriver at det er viktig at kommunikasjon er målrettet og tilpasset med tanke på språkføring og understreker viktigheten av at avsender av pandemiinformasjonen må ha troverdighet hos målgruppen (Indseth, 2021).

Det er som nevnt i introduksjonen, lite forskning som omhandler innvandrere som kommuniserer helseinformasjon, men det er en del forskning som ser på at helseinformasjon rettet mot innvandrere er positivt for å fremme helse (Mosdøl et al., 2018). Spesielt med tanke på nødvendigheten for å få tilgang på informasjon på eget morsmål er positivt for innvandrere under en pandemi (Brønholt et al., 2021), tyder mye på at funnene fra HA-intervjuene at de har en egen ressurs og forståelse som var positivt i å nå ut med informasjon til innvandrere.

Koronautvalgets (2023) rapport hevder at frivilligheten vil kunne bidra i å avlaste under en pandemi, spesielt innenfor kommunikasjon og tiltak rettet mot ulike sårbare grupper. Derfor vil et større samarbeid og en integrering av NGOs i helseberedskapsplaner være hensiktsmessig (Koronautvalget, 2023). Dette samsvarer med funn fra flere HA som påpeker at de mener det er viktig med samarbeid med myndighetene. Flere HA sier også at myndighetene kan lære av HA-prosjektet da det HA ga viktig kunnskap om pandemien. Likevel understreker en HA i funnene at: «vi må forstå hvordan folk tenker, før vi begynner å sette krav». Dette reiser noen viktige spørsmål til eksisterende og fremtidig forskning. For det er mange faktorer som peker på at det koronakommisjonen har kommet frem til stemmer; det

vil være hensiktsmessig å inkludere frivilligheten i beredskapsplaner, da de har mye menneskelige ressurser til å kunne bidra positivt. Spørsmålene som må reises er på hvilken måte kommer denne nye ansvarsfordelingen under kriser til å påvirke NGOs og de frivillige som jobber i dem? Har de psykologiske påvirkningene som kan forekomme av et slikt ansvar under en krise blitt tilstrekkelig kartlagt? Hvis vi ser på tidligere forskning på område og manglende forskning generelt på innvandrere (Redwood & Gill, 2013), og spesielt under pandemien (Etti et al., 2021), er det manglende grunnlag for å hevde at disse faktorene er kartlagt. Hvis myndigheten ønsker å belaste frivilligheten ytterligere og legge mer ansvar på frivillige innvandrerbakgrunn for å distribuere informasjon, må det også legges til rette for mer forskning på området, slik at det er mulig å fastslå hvilke påvirkninger det har for den enkelt individ og NGOs generelt å få dette store ansvarsområdet på dem i krisesituasjoner.

5.1.4 utfordringer i møte med feilinformasjon og konspirasjonsteorier. Innunder dette teamet fremhever HA møte med feilinformasjon og konspirasjonsteorier hos innvandrerne de snakket med og informasjonspåvirket atferd som viktige erfaringer med HA-prosjektet. utfordringer rundt feilinformasjon og konspirasjonsteorier om vaksinasjon ble omtalt av HA som det vanskeligste i møte med innvandrerne. Under det tidligere punktet «Dialog og samarbeid» diskuteres det hvordan HA brukte ressursene de fikk gjennom HA-prosjektet til å bekjempe feilinformasjon og konspirasjonsteorier. Fokuset her vil derfor være på hvordan HA reagerte på utfordringer generelt og hvordan de løste dem, for å belyse noe av påvirkningene HA hadde gjennom prosjektet.

HA rapportering av konspirasjonsteorier og feilinformasjon hos innvandrerne er en symptomatisk del av en infodemic som blir forsterket under en pandemi (Zarocostas, 2020). Forskning støtter funnene fra HA om utfordringen de møtte; en studie fra Univeristy of Oxford (2020), viser at individer som tror på konspirasjonsteorier er mindre sannsynlige til å følge myndighetenes smittevernråd. Konspirasjonsteorier og feilinformasjon var en stor

utfordring for samfunnet og det kan føre til forvirring i befolkningen (WHO, u.å.). Spørsmålet er likevel hvordan denne utfordringen påvirker HA selv?

Basert på funnene var det grunnlag for å argumentere for at HA sin resiliens ble synliggjort i møte med denne utfordringen. Karakteristikkene fremvist av HA gjenspeiles i teori om hva et resilient individ innehar; evnen til å fungere i møte med utfordrende situasjoner, vise fleksibilitet, oppsøke sosial støtte og være i stand til å tolke stress som en utfordring og søke mening (Lecic-Tosevski et al., 2011). Samtlige karakteristikkene kommer frem av funnene. De store utfordringene HA møtte gjennom feilinformasjon hos innvandrere, fremviste resiliensen i HA og fungerte som en katalysator i å søke sosial støtte for å løse problemet sammen med andre HA. Dette bidro positivt for prosjektets fungering. HA søkte mening gjennom å få kartlegge problematikken med feilinformasjon. Dette blir støttet av undersøkelser på mening og resiliens, som viser at å kartlegge hva utfordringene var og ved å ha en problemløsende holdning kan man klare å kartlegge hva som er viktig å jobbe mot og derfor oppleve mening i arbeidet (Lecic-Tosevski et al., 2011; Waters et al., 2022). En studie om helsearbeidere under pandemien (Shechter et al., 2020), bekrefter videre funn om at individer kan finne større mening og formål i deres liv i kraft av at de møter på utfordringer.

Flere HA fikk kartlagt et tydelig mål og mening med deres formål i prosjektet: å få innvandrerne de snakket med til å endre mening om vaksinasjon og bli vaksinerte etter at de hadde snakket med dem. Dette kommer frem i funnene under punktet «informasjon påvirker atferd» hvor flere HA beskriver å få innvandrerne til å vaksinere seg som det viktigste de har gjort i rollen sin. Dette henviser til en mestringsfølelse hos HA, som videre kan være en bidragsyter for bedre livskvalitet, generell helse, bedre relasjoner; mennesker med høy grad av mening hjelper andre mennesker ofte (Waters et al., 2022). Det er viktig å merke seg at det var flere ulike mål HA hadde med arbeidet sitt, men at flere HA beskriver det de har gjort

som har ført til at innvanderne vaksinerte seg eller fremviste annen prososial smittereduseringsatferd, som det viktigste i deres rolle.

5.1.5 Takknemlighet og ansvar. Innunder dette teamet fremhevet HA takknemlighet og ansvarsfølelse som viktige erfaringer med HA-prosjektet. Samtlige HA omtalte erfaringen gjennom prosjektet som en sammenlagt positiv opplevelse og uttrykket takknemlighet for å bli satt i en posisjon hvor de har kunnet bidra under pandemien. Prosjektet har likevel krevd mye av flere HA i form av ansvarsfølelse og arbeid.

Studier på mestring støtter konseptet av at fokus på takknemlighet kan styrke den generelle opplevelsen av mestring (Waters et al., 2022). Definisjonen av mestring innenfor psykologi omhandler å ta i bruk kognitive og atferdsmessige strategier for å håndtere krevende situasjoner (American Psychological Association, u.å.). Funnene fra HA sine refleksjoner og erfaringer belyste bruk av slike strategier. Om disse strategiene aktivt og bevisst ble brukt eller om det var en del av deres underbevisste væremåte eller er et resultat av andre årsaksforhold, kan ikke min evaluering og analyse kartlegge. Likevel er det interessant å diskutere betydningen av deres takknemlighet og mestring under HA-prosjektet.

Jeg vil her trekke frem et lite utdrag av fra funnene fra en HA som er beskrivende: «du føler deg ikke så privilegert(...) så får du dette ansvaret og nå sier du «wow jeg har et *formål*». Å ha sterk mening kan gjøre at individer mestrer og forbedrer hvordan en opplever situasjoner, selv mens kriser pågår (Waters et al., 2022). I en studie som omhandler koronapandemien kommer det tydelig frem at til tross for stress, depresjon og angst blant helsearbeidere i frontlinjen så sa 61% av dem at de hadde funne større mening og formål i deres liv (Shechter et al., 2020). Dette støtter flere av HA sine beskrivelser gjennom prosjektet. Forøvrig kan ikke rollebeskrivelsen til HA og helsearbeidere i frontlinjen likestilles, men studien peker likevel på hvordan de som hjalp mennesker i kritiske situasjoner

under pandemien kunne bli psykologisk påvirket både av positive og negative kognitive tilstander.

I en annen studie som omhandlet helsearbeidere og de som jobbet frivillig under pandemien (Mo et al., 2022) fremlegges det at frivillige hadde høyere psykologiske plager enn de som ikke jobbet frivillig, men de hadde også høyere nivå av lykke sammenlignet med de som ikke jobbet som frivillige under pandemien. Dette støtter dermed videre HA sin opplevelse av takknemlighet og formål som ga dem konklusjonen om en sammenlagt positiv opplevelse gjennom prosjektet. Positiv revaluering (Lecic-Tosevski et al., 2011) virker å ha vært tatt i bruk blant flere HA; de har gjennom HA-prosjektet fått brukt sine personlige kognitive ressurser for å finne mening og formål under krisen. HA har opplevd de positive følgene av at det var et sårt behov for deres hjelp til innvandrere i Bergen under syndemien som krisen førte til. De har hatt et fokus på viktigheten av deres arbeid til fordel for å ha fokus på det stressfaktorene med arbeidet.

Som nevnt tidligere i diskusjonen hadde HA en særegen ressurs under pandemien, både ved at de hadde helsebakgrunn men også kunne flere språk og selv hadde innvandrerbakgrunn som muliggjorde bedre kommunikasjon med aktuelle grupper. Forskning viser også at innvandrere under pandemien var utsatt for ytterlige psykologiske påkjenninger (Angawi, 2023; Baruah & Chetia, 2021). Det kan tenkes at HA anerkjente både dette såre behovet og hadde en nærhet til utfordringene ulike innvandrergupper stod ovenfor. Hvis HA ikke utførte sine oppgaver for innvandrere i Bergen, hvem ville gjort det da? Ville de kunne utført jobben like bra? Dette støttet i utsagn i funnene hvor HA bruker ord som «sånn en eldre dame så hun trenger hjelp, jeg var *nødt* til å gjøre det.» og «de stoler jo på *oss* da». Måten HA ordla seg på belyser noe om deres ansvarsfølelse gjennom prosjektet. Dette i samspill med at HA ikke ønsket å erkjenne kostnader gjennom prosjektet i form av tid tatt fra deres fritid, praktiske gjøremål utført for mennesker i deres lokalmiljø som var syke, og direkte kostnader

i form av penger brukt på mat for å levere til smittede individer, forteller oss at HA så utfordringene innvandrere i Bergen opplevde på en annen måte enn gjerne andre ville ha kunnet. Dette er interessant å se i sammenheng med undersøkelser som fremlegger at innvandrere var mer påvirket av konsekvensene av COVID-19, men spilte også en svært viktig rolle for å bekjempe pandemien ved deres arbeid innenfor ulike kritiske sektorer (Migration Data Portal, 2023).

Det at HA selv hadde innvandrerbakgrunn og helsebakgrunn kan ha gitt en nærere relasjon og ansvarsfølelse til jobben de skulle utføre, ved at de i større grad forstod hva innvandrere gikk gjennom og manglet av støtte og tilrettelegging fra myndighetene under pandemien (Brønholt et al., 2021; Diaz, et al 2020). På samme tid tyder funnene at HA hadde en opplevelse av at mange innvandrere i Bergen ikke hadde så mange å spørre om hjelp som kunne hjelpe dem på den måten de trengte slik som HA kunne, med å tilpasse språk og omfattende forståelse av innvandrerens bakgrunn. Med bakgrunn i dette kan det argumenteres for at hvis ikke HA bidro med hjelp og praktiske gjøremål ved noen tilfeller, ville gjerne ikke innvandrere i Bergen kunne fått den nødvendige hjelpen av noen andre. Det kan derfor være et interessant tema og undersøke nærmere for videre forskning på ansvarsfølelse for innvandrere i å hjelpe hverandre under kriser, og hvordan denne ansvarsfølelsen påvirker innvandrere som jobber frivillig for å hjelpe andre innvandrere.

5.2 Oppsummering drøfting

Evalueringen av Helseambassadørprosjektet har belyst flere viktige faktorer ved helseambassadørens påvirkning gjennom prosjektet. Funnene viser at samtlige HA har opplevd prosjektet som hovedsakelig et positivt for dem å delta i. De har funnet mening og mestring i å være satt i en posisjon hvor de kunne informere og hjelpe innvandrere i Bergen under en pandemi. Helseambassadørene har opplevd informasjonen fra helseeksperter på

modulene i prosjektet som svært verdifull og kunnskapsgivende. De sosiale aspektene ved både sosialt samvær med andre helseambassadører samt profesjonelle relasjoner og diskusjon med helseeksperter har bidratt positivt til helseambassadørens påvirkning gjennom prosjektet og styrket dem i arbeidet. Helseambassadørene uttrykker i stor grad takknemlighet og glede gjennom deres arbeid og rolle i prosjektet. Det fremkom av funne at det på tross av dette har tidvis vært vanskelig å ha ansvar om å gi informasjon. Helseambassadørene møtte også utfordringer i å bekjempe feilinformasjon blant innvandrerne, men viste resiliens i møte med disse utfordringene og fant løsninger som bidro positivt på deres psykologiske påvirkning. I senere stadier av prosjektet når ukrainske flyktninger ble inkludert i prosjektet, oppstod det organisatoriske utfordringer og mangler på orientering om prosjektets formål og tilrettelegging av språk som ga denne gruppen en mer negativ påvirkning gjennom prosjektet. Det fremkommer at helseambassadørene har hatt en ansvarsfølelse gjennom prosjektet, som gjennom den retrospektive kostnadsanalysen har vist at flere av helseambassadørene har brukt mye tid på å hjelpe innvandrere i deres lokalmiljø med praktiske gjøremål.

5.3 Metodediskusjon

Jeg vil nå drøfte metodevalget for oppgaven satt opp mot problemstillingen for å se om problemstillingen har vært relevant, om svarene fra intervjuene med HA har besvart det som ønskes å belyses, og om svarene har blitt analysert på en tilstrekkelig måte.

Oppgaven var en evaluering av HA-prosjektet og søkte å belyse problemstillingen: «Hvordan har deltagelse i Helseambassadørprosjektet påvirket helseambassadørene? Hvilke kostnader oppstod i prosjektet?» For å tilegne kunnskap om denne problemstillingen valgte jeg å bruke semistrukturerte intervju som metode, da kvalitativ metode egner seg best til å belyse problemstillingen fordi metoden kan belyse større nyanser av HA sine subjektive

erfaringer. Ved bruk av kvalitative metoder er det grunnlag for kritiske refleksjoner i etterkant av intervjuene.

5.3.1 Perspektivet fra brukeren. Den opprinnelige planen for evalueringen var å også intervju innvandrerne som fikk informasjon fra HA. Dette ville ha vært en større fordel for evalueringen fordi da kunne mottakerne av informasjonen fra HA sitt perspektiv blitt belyst. Dette var ønskelig på bakgrunn av at der er manglende representasjon av individer med innvandrerbakgrunn i forskning (Redwood & Gill, 2013), også innenfor studier som omhandler koronapandemien (Etti et al., 2021). I søken etter informanter som tilhørte gruppen med innvandrere som fikk informasjon fra HA, var det utfordringer med å få kontakt med aktuelle innvandrere. Det ble tatt en avgjørelse i samråd med veilederne for oppgaven, hvor det ble enighet om at datamaterialet fra intervjuene med HA var dekkende til å utføre en evaluering av prosjektet. Evaluering inkluderer derfor ikke intervju av innvandrerne som fikk informasjon fra helseambassadørene. Perspektivet fra innvandrere som fikk informasjon fra HA, kunne ha gitt evalueringen dypere innsikt i hvordan prosjektets hensikt har fungert i praksis. På tross av denne justeringen, ble det innhentet verdifull data fra HA som belyste problemstillingen for evalueringen på en god måte.

Semistrukturerte, individuelle intervju ble valgt som fremgangsmåte slik at HA skulle ha mulighet til å snakke fritt og trygt, spesielt med omtanke av at spørsmålene omhandlet utgifter og annen informasjon som informantene gjerne ville oppleve seg mer komfortable å reflektere over deres erfaringer under et individual intervju, uten tilbakemelding eller under påvirkning av at andre informanter er tilstede.

5.3.2 Begrensninger i utvalget. Utvalget av HA består av syv informanter. I følge Malterud (2018) kan data fra et lavt antall deltakere (fire til syv) være tilstrekkelig for å gi et rikt materiale, hvis informasjonstyrken er høy. I arbeidet med utvalget ville jeg ha HA som både hadde vært med fra starten av prosjektet og HA som ble med senere i prosjektet for

kunne undersøke forskjellene og få størst mulig variasjon i erfaringer. Ønsket var at deltakere var av ulik alder, variasjon i kjønn, en variasjon i språk og bakgrunn og botid i Norge for å kunne undersøke ulike perspektiver av prosjektet. Utvalget svakhet ligger på at det kun var en mann, resten var kvinnelige HA. På tross av at informasjonstyrken på de ulike intervjuene ble vurdert som høy, kan likevel kjønn spilt en rolle i hvordan de ulike HA opplevde prosjektet. Mangelen på variasjon i kjønn i utvalget kan gitt mindre variasjon i svarene og gitt mindre validitet helhetlig. Til tross for begrensningene i utvalget, ga utvalget gode innsikter og kunnskap til å belyse problemstilling.

5.3.3 Forskerens rolle. Det er grunnlag for å stille noen kritiske spørsmål ved min forskerrolle i kraft av valget på kvalitativ metode. Hadde jeg forberedt meg tilstrekkelig til å fange opp aktuelle tema og synspunkter fra HA? Hvor mye av mine egne forventninger ble jeg påvirket av i intervjuprosessen? Klarte jeg gi informantene rom og trygghet til å uttrykke seg slik de ønsket? Det er hensiktsmessig å etablere et naturlig samspill med informantene for å gjøre dem komfortable i intervjusituasjonen. Et prøveintervju ble gjennomført med en annen psykologistudent før jeg gikk i gang med de reelle intervjuene. Dette ga meg god lærdom og hjelp for å kunne finpusse intervjueteknikken. Ønsket var at studien skulle fremvise informantenes erfaringer gjennom prosjektet og minst mulig være påvirket av mine fortolkninger og bias.

Dybden av samtalen under et forskningsintervju er avhengig av problemstilling for studien og samhandlingen med informantene (Malterud, 2018). Jeg hadde som nevnt tidligere observert noen moduler av HA-prosjektet og hadde derfor samhandlet med informantene tidligere. Informantenes kjennskap til meg før oppstart av intervjuprosessen ha ført til mer trygghet og tilbøyelighet til å dele deres erfaringer og kritiske blikk med meg. Jeg var opptatt av å skape en trygg atmosfære for informantene i intervjuene og kommunisere tydelig hvilken rolle jeg hadde og hva formålet med å utføre studien var. Noen av informantene

refererte til meg som en person som jobbet for Caritas eller på andre måter stilte praktiske spørsmål til meg om prosjektet. Jeg rettet raskt opp i denne misforståelsen og understrekte at jeg var en utenforstående, masterstudent som skulle evaluere prosjektet og var ikke en del av de som organiserte HA-prosjektet.

5.3.5 Refleksivitet. Resultatene av studien har vært preget av å fastlegge de ulike unike erfaringene hver HA har hatt, men samtidig belyse erfaringene samtlige eller de fleste var enige om. Refleksivitet skal være en aktiv holdning, og jeg opplever at jeg har forsøkt å vært bevisst mine motiver, forutinntatte holdninger og forventinger til materialet som skulle komme fra intervjuene, og søkt etter kunnskap som motsier mine forventinger. I etterkant av prosessen opplever jeg likevel at det er vært å bemerke hvordan jeg som forsker kan ha påvirket ubevisst gjennom prosessen. På forhånd av intervjuprosessen hadde jeg et inntrykk av at de fleste HA var svært fornøyde med prosjektet i sin helhet og at de hadde en formening om at slike informasjonsprosjekt var viktige. Dette viste seg i stor grad å stemme etter samtlige intervju var utført, men det var også tydelig at flere av informantene hadde mange forslag til forbedringer til prosjektet hvis det skulle bli utført på nytt, ved en ny krise i fremtiden. En annen oppfatning jeg innehadde før intervjuene var at jeg skulle få mye informasjon om ulike utgifter de hadde hatt, både direkte kostnader og utgifter i form av tid tatt fra deres egen fritid og familie når prosjektet pågikk. Det var overraskende og lærerik da flere av informantene ikke vedkjente å ha hatt nevneverdige kostnader i rollen som HA.

Gjennom forskningsprosessen har induktiv tilnærming blitt brukt for å få kunnskap om HA siner erfaring i prosjektet. I analyseprosessen ble aktuelle temaer og sitater valgt ut med utgangspunkt i innsamlede data. Jeg har hatt som hensikt å samle data med et åpent sinn, men jeg har selvfølgelig hatt mine forutinntatte forventinger. Intensjonen var å være åpen for at tema og synspunkter kunne komme frem som jeg ikke hadde forventet på forhånd.

5.3.6 Informasjonsstyrke. En ulempe ved tilnærmingen som er valgt for denne evalueringen er at utvalget er for lite og mangler en variasjon på kjønn til å kunne generere generaliserbare resultater. For å treffe et bredere antall informanter kunne jeg heller ha valgt en kvantitativ tilnærming og generert mer generaliserbart datamateriell. Den dype innsikten som kommer gjennom kvalitative metoder i samtale med den enkelte HA om deres erfaringer hadde da gått tapt. Av 73 individene som fikk kursbevis og tittelen som HA gjennom HA-kurset, ble 7 informanter intervjuet til denne evaluering. Generaliserbarheten til evalueringen er derfor begrenset. Det er en begrensning i utvalget av en manglende variasjon i kjønn. På tross av dette kan det argumenteres for at 7 informanter var tilstrekkelig for et rikt materiale for analyse, hvis informasjonsstyrken var høy. Det er min vurdering at informasjonsstyrken på hvert av de 7 intervjuene kan vurderes som høy, da samtlige informanter ga et variert og rikt datamaterialet som belyste ulike HA som hadde vært med både fra starten av prosjektet og de som kom inn på et senere stadie.

6.0 KONKLUSJON

I evalueringen av Helseambassadørprosjektet belyses viktige faktorer ved helseambassadørens erfaringer og påvirkning gjennom deltagelse og hvilke kostnader som oppstod gjennom prosjektet. Dette kan være viktige bidrag i kunnskapsutvikling for å bedre ivareta de som gir informasjon under en krise. Evalueringen har belyst noen områder av særlig betydning for helseambassadørens påvirkning gjennom prosjektet: takknemlighet og ansvarsfølelse, kommunikasjon og språk, utfordringer i møte med feilinformasjon og konspirasjonsteorier, og mangler i organiseringen av prosjektet i senere stadier som hadde en særlig påvirkning på ukrainske helseambassadører. Den retrospektive kostnadsanalysen har bidratt til å belyse hvilke kostnader som oppstod i prosjektet gjennom å se på hvordan helseambassadørens tid ble vurdert og brukt gjennom prosjektet.

Helseambassadørene har i all hovedsak hatt en positiv påvirkning gjennom prosjektet, på tross av negative faktorer som kunne oppstå ved å ha ansvar om å gi informasjon til innvandrere under pandemien. Gjennom prosjektet ble helseambassadørene særlig positivt påvirket gjennom å få kvalitetsikret informasjon fra helseeksperter og oppleve mening og mestring i å kunne hjelpe innvandrere med å få tilrettelagt, korrekt pandemiinformasjon, bekjempe feilinformasjon og bidra til at innvandrere utviste positiv atferd som et resultat av HA sin informasjonsformidling. De negative påvirkningene var tydeligst blant gruppen av ukrainske helseambassadører som ble negativt påvirket av at prosjektet ikke var organisatorisk forberedt for å legge til rette for denne gruppen med nødvendige språklige hjelpemidler på modulene.

Formålet med evalueringen har vært å løfte frem HA sin stemme og tydeliggjøre deres perspektiv av hvordan det er å ha ansvar for å skulle gi informasjon til en sårbar gruppe under en global krise. Helseambassadørens svar belyser både negative og positive påvirkninger gjennom prosjektet som kan være til inspirasjon for videre forskning på

området. Evalueringen svakheter ligger i det begrensede utvalget, med mangel på variasjon i kjønn. På tross av begrensninger i utvalget belyste evalueringen viktige erfaringer ved å være helseambassadør i Helseambassadørprosjektet under Pandemien. Evalueringen kan være et bidrag som inspirerer til videre forskning på tiltak som inkluderer frivillige som selv har innvandrerbakgrunn i informasjonsformidlingen til innvandrergrupper. Det oppfordres til utvidete studier som tar for seg et større utvalg for å videre undersøke hvilke påvirkninger deltakere i slike prosjekt er utsatt for. Det er også en oppfordring til utvidet forskning på hvordan strategier fra positiv psykologi kan bidra i å redusere de negative påvirkningene hos frivillige under en krise. Det vil også være hensiktsmessig for fremtidig forskning å belyse perspektivet til innvandrerne som mottar informasjon under en krise. Dermed i større grad kunne kartlegge omfanget av påvirkninger slike tiltak kan ha, også fra innvandrere som mottaker av informasjon under en krise.

Frivillige som har evnen til å nå ut til ulike sårbare grupper vil være en viktig ressurs også ved fremtidige pandemier og kriser. Frivillige med innvandrer- og helsebakgrunn har vist seg å være en stor ressurs, men de har også møtt krevende utfordringer og ansvarsfølelse gjennom arbeidet. Det er nødvendig med mer forskning på hvilke risikofaktorer frivillige er utsatt for gjennom deres arbeid. Det kan ha avgjørende betydning for hvordan fagpersoner og instanser bedre kan legge til rette og vurdere risikofaktorer for denne gruppen. Myndighetene bør i større grad prioritere denne gruppen og anerkjenne hvilken ressurs de kan være for pandemihåndtering. Ved neste krise vil målet for myndighetene sannsynlig være på å minimere skadevirkningene. En viktig del av dette arbeidet utfører de frivillige. Det er derfor viktig å være klar over hvilke påvirkninger denne gruppen kan være utsatt for i deres arbeid. På denne måten kan de frivillige bedre ivaretas, slik at de kan fortsette å utføre viktige samfunnsoppgaver på et bedre grunnlag, for samfunnets og befolkningens beste.

Referanseliste

- Aambø A. (2021). Er ulikheter i smittetrykk mellom innvandrere og den øvrige befolkningen nok et eksempel på et generelt mønster? *Tidsskriftet den norske legeforening*. doi: 10.4045/tidsskr.21.0218
- Abebe, D.S., Lien, L. & Hjelde, K.H. What We Know and Don't Know About Mental Health Problems Among Immigrants in Norway (2014). *J Immigrants Minority Health* 16, 60-67. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9745-9>
- Altiparmakis A., Bojar A., Brouard S., Foucault M., Kriesi H., & Nadeau R. (2021). Pandemic politics: policy evaluations of government responses to COVID-19. *West European Politics*, 44(5-6), 1159-1179. <https://doi.org/10.1080/01402382.2021.1930754>
- American Psychological Association. (u.å). *APA Dictionary of Psychology*. Hentet 30. oktober 2023 fra <https://dictionary.apa.org/coping>
- Angawi, K. (2023). Immigrants, health, and the impact of COVID-19: A narrative review. *F1000Research*. 12. 176. doi 10.12688/f1000research.130085.1.
- Barth, F. (1994). *Manifestasjon og prosess*. Universitetsforlaget.
- Baruah, P., & Chetia, M. (2021). Psycho-social issues of migrants during Covid-19 lockdown- an analysis. *Academia Letters*. <https://doi.org/10.20935/AL1545>
- Bambra C. Riordan R. Ford J, Matthews F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 74(11): 964-968. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: Address mental health care to empower society. *The Lancet*. 395 (10224) 37-38. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30309-3
- Bentzen, N., Smith, T. (2020). *The evolving consequences of the coronavirus 'infodemic': How viral false coronavirus-related information affects people and societies across the world*. (PE 652.083) European Parliamentary Research Service. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/652083/EPRS_BRI\(2020\)652083_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/652083/EPRS_BRI(2020)652083_EN.pdf)
- Borlongan, A. M. (2022) "Language Issues of Migrants during the COVID-19 Pandemic: Reimagining Migrant (Linguistic) Integration Programs in (Post-)Pandemic Times," *Journal of English and Applied Linguistics*: Vol. 1: Iss. 2, Article 3. DOI: <https://doi.org/10.59588/2961-3094.1018>
- Brønholt, R. L. L., Langer Primdahl, N., Jensen, A. M. B., Verelst, A., Derluyn, I., & Skovdal, M. (2021). "I Just Want Some Clear Answers": Challenges and Tactics Adopted by Migrants in Denmark When Accessing Health Risk Information about

- COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 8932. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18178932>
- Castello, C. (2023, 14. april). Hvordan ble egentlig minoriteter fremstilt under pandemien? *Utrop*. <https://www.utrop.no/nyheter/nytt/337108/>
- Cobley, P. (2008). Culture: Definitions and Concepts. *The International Encyclopedia of Communication*. <https://doi.org/10.1002/9781405186407.wbiecc173>
- Connor, K.M. and Davidson, J.R.T. (2003). *Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*. *Depress. Anxiety*, 18: 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Diaz E., Norredam M., Aradhva S., Benfield T., Krasnik A., Madar A.A., Juarez S., Rostila M. (2020). Situational Brief: Migration and Covid-19 in Scandinavian Countries. *MigrationandHealth*. 01-08. <https://migrationhealth.org/wp-content/uploads/2021/05/lancet-migration-situational-brief-skandinavia-01-en.pdf>
- Drummond, M.F., Sculpher, M.J., Claxton, K., Stoddart, G.L., Torrance, G.W. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. (4. Utgave). Oxford University Press. <https://nibmehub.com/opac-service/pdf/read/Methods%20for%20the%20Economic%20Evaluation%20of%20Health%20Care%20Programmes.pdf>
- Etti, M., Fofie, H., Razai, M., Crawshaw, A. F., Hargreaves, S., & Goldsmith, L. P. (2021). Ethnic minority and migrant underrepresentation in Covid-19 research: Causes and solutions. *EClinicalMedicine*, 36. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.100903
- European Commission. (2017, 3. juli). *NGOs: What, why and where?* https://eures.ec.europa.eu/ngos-what-why-and-where-2017-07-03_en
- Folkehelseinstituttet. (2020, april). *COVID-19-EPIDEMIEN : Kunnskap, situasjon, prognose, risiko og respons i Norge etter uke 14*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/contentassets/c9e459cd7cc24991810a0d28d7803bd0/vedlegg/notat-om-risiko-og-respons-2020-04-05.pdf>
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45(8), 1207–1221. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(97\)00040-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00040-3)
- Gross, L. (2023). “Not a Major or Complicated Task”: Activating Dugnad under COVID-19 and the Imagination of Equality in the Norwegian Welfare State. *Anthropologica*. 65. 10.18357/anthropologica65120231069.
- Helsedirektoratet. (2021, 20. januar). *Helsekompetanse – kunnskap og tiltak*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>
- Indseth T., Kjøllesdal M.K., Calero C.J., Nygård K.M., Godøy A. (2020). *Covid-19 i Oslo etter fødeland: Personer testet, bekreftet smittet og relaterte innleggelses*.

- Folkehelseinstituttet, 2020.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/covid19-i-oslo-etter-fodeland-personer-testet-bekreftet-smittet-og-relaterte-innleggelser-rapport-2020v2.pdf>
- Indseth T. (red.) (2021). *Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer* (Rapport Folkehelseinstituttet 2021)
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/koronapandemien-og-innvandrerbefolkningene-vurderinger-og-erfaringer-rapport-2021.pdf>
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi). (2022, 19. januar). *Ekstraordinært tilskudd til informasjonstiltak for innvandrerbefolkningen i regi av frivillige organisasjoner 2021*. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. <https://www.imdi.no/tilskudd/tilskudd-2021/ekstraordinart-tilskudd-til-informasjonstiltak-for-innvandrerbefolkningen-i-regi-av-frivillige-organisasjoner-2021/>
- International Organization for Migration. (2023). *KEY MIGRATION TERMS*. IOM. Hentet 5. oktober, 2023 fra <https://www.iom.int/key-migration-terms>.
- Klein, J. (2022, juli). *Koronapandemien*. Store medisinske leksikon.
<https://sml.snl.no/koronapandemien>
- Koronakommisjonen. (2022, april). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2* (NOU 2022:5). Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2022-5/id2910055/?ch=2>
- Koronautvalget. (2023, juni). *Evaluering av pandemihåndteringen-Rapport fra Koronautvalget*. (NOU 2023: 16). Regjeringen.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-16/id2982388/>
- Le, C., Søberg Finbråten, H., Pettersen, K.S., Guttersrud, Ø. (2021, 10. juni). *Helsekompetansen i fem utvalgte innvandrerpopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam: Befolkningens helsekompetanse del 2*. (IS-2988). Helsedirektoratet. <https://hdl.handle.net/11250/2783684>
- Lecic-Tosevski, D., Vukovic, O., Stepanovic, J. (2011). Stress and personality. *Psychiatriki*, 22 (4) 290-297. <https://psycnet.apa.org/record/2012-05156-002>
- Maldonado, B.M.N.; Collins, J.; Blundell, H.J.; Singh, L. (2020). Engaging the vulnerable: A rapid review of public health communication aimed at migrants during the COVID-19 pandemic in Europe. *J. Migr. Health* 2020, 1–2, 2666–6235.
DOI: 10.1016/j.jmh.2020.100004
- Malterud K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Mamelund S.E. (2006). A socially neutral disease? Individual social class, household wealth and mortality from Spanish influenza in two socially contrasting parishes in Kristiana

- 1918-19. *Social Science & Medicine*, 62(4): 923-940.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.051>.
- Martela, F. & Steger, M.F. (2016) The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. *The Journal of Positive Psychology*, 11:5, 531-545, DOI: 10.1080/17439760.2015.1137623
- Mo, T., Layous, K., Zhou, X. (2022). Distressed but happy: health workers and volunteers during the COVID-19 pandemic. *Culture and Brain* 10, 27-42, 2022.
<https://doi.org/10.1007/s40167-021-00100-1>
- Mosdøl A, Vist GE, Straumann GH, Spilker RS, Austvoll-Dahlgren A (2018). *Tilpasset helseinformasjon og pasientopplæring for personer med innvandrere eller minoritetsetnisk bakgrunn: en oversikt over systematiske oversikter*. Report - 2018. Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2018. https://r-bup.brage.unit.no/r-bup-xmlui/bitstream/handle/11250/2583941/Mosdol_2018_Ada.pdf?sequence=1
- Midtbøen, A. og Lidén, H. (2015) *Diskriminering av samer, nasjonale minoriteter og innvandrere i Norge: En kunnskaps gjennomgang*. (2015:01). Institutt for samfunnsforskning. <https://www.nhri.no/wp-content/uploads/imports/MTEuMDMuMTYyMTMuMzkuMDNJU0YtcmFwcG9ydF8yMDE=.pdf>
- Migration Data Portal. (2023, 11. juli). *Migration data relevant for the COVID-19 pandemic*. Migration Data Portal. <https://www.migrationdataportal.org/themes/migration-data-relevant-covid-19-pandemic#data-strengths-amp-limitations>
- Norsk helseinformatikk (NHI). (2022, 25. juli). *Psykologisk stress og sykdom*. <https://nhi.no/psykisk-helse/psykiske-lidelser/stress-og-sykdom/>
- Norges offentlige utredninger(NOU). (2012). *Samfunnsøkonomiske analyser* (NOU 2012: 16). Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-16/id700821/>
- Owoseie, T. (2020, 23. mars). Coronavirus is 'the great equalizer,' Madonna tells fans from her bathtub. *CNN*. <https://edition.cnn.com/2020/03/23/entertainment/madonna-coronavirus-video-intl-scli/index.html>
- Redwood, S., & Gill, P. S. (2013). Under-representation of minority ethnic groups in research—call for action. *British Journal of General Practice*, 63(612), 342-343. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X668456>
- Sharma, A., Borah, S. B, Moses, A.C. (2021). Responses to COVID-19: The role of governance, healthcare infrastructure, and learning from past pandemics. *Journal of Business Research*, 2021 (122) 597-607. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.09.011>.
- Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D. E., Ye, S., Agarwal, S., Birk, J. L., Brodie, D., Cannone, D. E., Chang, B., Claassen, J., Cornelius, T., Derby, L., Dong, M., Givens, R. C., Hochman, B., Homma, S., Kronish, I. M., Lee, S. A. J., & Abdalla, M. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New

- York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry*, 66 (Sep– Oct), 1–8. <https://doi.org/10.1016%2Fj.genhosppsy.2020.06.007>
- Singer M. (2000). A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: conceptualizing the SAVA syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology*, 1 (28)13–24. <https://ojs.library.okstate.edu/osu/index.php/FICS/article/view/6986>
- Statistisk sentralbyrå. (2019). *Slik definerer SSB innvandrere*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/slik-definerer-ssb-innvandrere>
- Steger, M. F. (2021). *Meaning in life: A unified model*. Oxford handbook of positive psychology. Oxford University Press. <https://psycnet.apa.org/record/2021-20328-069>
- Taylor, S., Landry, C.A., Paluszek, M.M., Fergus, T.A., McKay, D., Asmundson, G.J.G. (2020) COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. *Depression and Anxiety*. 37: 706–714. <https://doi.org/10.1002/da.23071>
- Telle KE, Grøslund M, Helgeland J, Håberg SE (2021). Factors associated with hospitalization, invasive mechanical ventilation treatment and death among all confirmed COVID-19 cases in Norway: Prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health*, (49)41–47 <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1403494820985172>
- Universitetet i Bergen (2021, 19. mars). *Tilbyr pandemikurs for innvandrere med helsebakgrunn*. Universitetet i Bergen. <https://www.uib.no/pandemi/143661/tilbyr-pandemikurs-innvandrere-med-helsebakgrunn>
- Universitetet i Bergen (2021, 30. november). *Helseambassadører formidler kunnskap om pandemien til innvandrere*. Universitetet i Bergen. <https://www.uib.no/pandemi/149829/helseambassad%C3%B8rer-formidler-kunnskap-om-pandemien-til-innvandrere>
- University of Oxford (2020, 22. mai). *Conspiracy beliefs reduce the following of government coronavirus guidance*. University of Oxford: News and Events. <https://www.ox.ac.uk/news/2020-05-22-conspiracy-beliefs-reduces-following-government-coronavirus-guidance>
- World Health Organization(WHO) (u.å.). *Infodemic*. Hentet 28. oktober 2023 fra https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1
- World Health Organization(WHO) (u.å.). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Hentet 15 oktober, 2023 fra <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19>
- Waters, L., Algoe, S.B., Dutton, J., Emmons, R., Fredrickson, B.L., Heaphy, E., Moskowitz, J.T., Neff, K., Niemiec, R., Pury, C. & Steger, M. (2022). Positive psychology in a pandemic: buffering, bolstering, and building mental health. *The Journal of Positive Psychology*, 17:3, 303-323, DOI: 10.1080/17439760.2021.1871945

Zarocostas, J. (2020). How to fight an infodemic. *The Lancet*, 10225(395)
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X)

Appendiks

Appendiks A: Godkjenning fra Sikt for behandling av personopplysninger.

Appendiks B: Meldeskjema, Sikt.

Appendiks C: Intervjuguide.

Appendiks D: Samtykkeskjema og informasjonsskriv.

Appendiks E: Akseptkjema til Caritas Bergen fra IMDi ang. Helseambassadørprosjektet.

Appendiks F: Tilskuddsbrev fra IMDi til Caritas Bergen ang. Helseambassadørprosjektet.

Appendiks G: Søknad fra Caritas Bergen til Byrådsavdelingen ved Bergen kommune.

Appendiks A: Godkjenning fra Sikt for behandling av personopplysninger



[Meldeskjema](#) / [Evaluering av helseambassadørprosjektet: hvordan påvirkes helse...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer 627457	Vurderingstype Standard	Dato 08.12.2022
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Tittel

Evaluering av helseambassadørprosjektet: hvordan påvirkes helseambassadørene og innvandrerne som deltar i informasjonsprosjekt om pandemien?

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Bergen / Det medisinske fakultet / Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Prosjektansvarlig

Esperanza Diaz

Student

Marta-Johanne Svendsen

Prosjektperiode

01.11.2022 - 31.12.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2024.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, og særlige kategorier av personopplysninger om etnisitet, frem til 31.12.2024

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos oss: Anne Marie Try Laundal

Lykke til med prosjektet!

Appendiks B: Meldeskjema, Sikt.



[Meldeskjema](#) / [Evaluering av helseambassadørprosjektet: hvordan påvirkes helseamb...](#) / Eksport

Meldeskjema

Referansenummer

627457

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Adresse eller telefonnummer
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidifikator
- Lydopptak av personer
- Rasemessig eller etnisk opprinnelse

Prosjektinformasjon**Tittel**

Evaluering av helseambassadørprosjektet: hvordan påvirkes helseambassadørene og innvandrerne som deltar i informasjonsprosjekt om pandemien?

Sammendrag

Vi skal evaluere hvordan "Helseambassadørprosjektet" har bidratt til å informere innvandrere om pandemien.

"Helseambassadørprosjektet" er et informasjonsprosjekt rettet mot innvandrere i Bergen. Gjennom helseambassadører (individer som selv hadde innvandrerbakgrunn og var nøkkelpersoner i ulike innvandremiljø), mottok innvandrere informasjon på ulike språk om pandemien og fikk besvart spørsmål de hadde om pandemien.

Vi vil undersøke hvordan helseambassadørene selv opplevde informasjonsformidlingen og prosjektets form som nyttig for seg selv og innvandrerne som deltok, hvilke tanker innvandrerne selv har rundt å motta informasjon fra helseambassadører og vil også forsøke å utføre en retrospektiv kostnadsanalyse for å kunne si noe om det økonomiske aspektet ved et slikt tiltak.

Ved å evaluere helseambassadørprosjektet vil vi kunne bidra til å oppnå en større forståelse for hvordan å håndtere framtidige pandemier hvor vi er avhengige av god kommunikasjon med innvandrergrupper.

Begrunn hvorfor det er nødvendig å behandle personopplysningene

Vi trenger å samle inn nødvendige personopplysninger om alder, antall år i Norge, landtilhørighet og norskforståelse for å kunne beskrive hvem som deltok som helseambassadør og hvilke innvandrergrupper de nådde med informasjon.

Prosjektbeskrivelse

[Prosjektbeskrivelse 15.10.doc](#)

Ekstern finansiering

- Offentlige myndigheter

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Marta-Johanne Svendsen, marta-johanne.svendsen@student.uib.no, tlf: 95476618

Behandlingsansvar**Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Bergen / Det medisinske fakultet / Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Esperanza Diaz, esperanza.diaz@uib.no, tlf: +4747414104

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Individer med innvandrerbakgrunn som har mottatt informasjon om pandemien fra en eller flere helseambassadører.

Beskriv hvordan rekruttering eller trekking av utvalget skjer

Vi vil be helseambassadørene om å sette oss i kontakt med noen av innvandrerne de har gitt informasjon til gjennom prosjektet. Vi ber først helseambassadørene gi litt informasjon om prosjektet til innvandrerne de har hatt kontakt med. Vi anser det som lite sannsynlig at innvandrerne vil ta kontakt med oss direkte, så vi ønsker derfor selv å ta kontakt med innvandrerne etter at helseambassadørene har gitt dem informasjon og høre om det er aktuelt for dem å stille til intervju. Vi får telefonnummer fra helseambassadørene, men sletter telefonnummene til innvandrerne etter at vi har oppnådd kontakt.

Alder

18 - 100

Inngår noen av disse gruppene i utvalget?

- Sårbare grupper

Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Adresse eller telefonnummer
- Lydopptak av personer
- Rasemessig eller etnisk opprinnelse

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Gruppeintervju

Vedlegg

[Intervjuguide innvandrere x.docx](#)

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Grunnlag for å behandle særlige kategorier av personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Redegjør for valget av behandlingsgrunnlag

Personlig intervju

Vedlegg

[Intervjuguide innvandrere x.docx](#)

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Grunnlag for å behandle særlige kategorier av personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Redegjør for valget av behandlingsgrunnlag

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av personopplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

[Samtykkeskjema innvandrere x.doc](#)

Utvalg 2

Beskriv utvalget

Individer som har vært helseambassadør og gitt informasjon til innvandrere under pandemien.

Beskriv hvordan rekruttering eller trekking av utvalget skjer

Vi rekrutterer helseambassadører fra "Helseambassadørprosjektet".

Alder

18 - 65

Inngår noen av disse gruppene i utvalget?

- Sårbare grupper

Personopplysninger for utvalg 2

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Adresse eller telefonnummer
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidifikator
- Lydopptak av personer
- Rasemessig eller etnisk opprinnelse

Hvordan samler du inn data fra utvalg 2?**Personlig intervju****Vedlegg**

[Intervjuguide helseambassadører x.docx](#)

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Grunnlag for å behandle særlige kategorier av personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Redegjør for valget av behandlingsgrunnlag**Gruppeintervju****Vedlegg**

[Intervjuguide helseambassadører x.docx](#)

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Grunnlag for å behandle særlige kategorier av personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Redegjør for valget av behandlingsgrunnlag**Informasjon for utvalg 2**

Informerer du utvalget om behandlingen av personopplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

[Samtykkeskjema helseambassadør x.doc](#)

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Manuelt (papir)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Samtykke kan trekkes tilbake ved å sende e-post eller på andre måter ta kontakt med masterstudent: Marta Svendsen; e-post: marta-johanne.svendsen@student.uib.no eller veiledere for oppgaven Esperanza Diaz; e-post: esperanza.diaz@uib.no eller David Sam; e-post: david.sam@uib.no.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet personopplysninger om seg selv?

De registrerte kan få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv ved å sende e-post eller på andre måter ta kontakt med masterstudent Marta Svendsen; e-post: marta-johanne.svendsen@student.uib.no eller veiledere for oppgaven Esperanza Diaz; e-post: esperanza.diaz@uib.no eller David Sam; e-post: david.sam@uib.no.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

Ikke utfyllt

Behandling

Hvor behandles personopplysningene?

- Maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon

Hvem behandler/har tilgang til personopplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)
- Interne medarbeidere

Tilgjengeliggjøres personopplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (koblingsnøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Personopplysningene anonymiseres fortløpende

Varighet

Prosjektperiode

01.11.2022 - 31.12.2024

Hva skjer med dataene ved prosjektslutt?

Data anonymiseres (sletter/omskriver personopplysningene)

Hvilke anonymiseringstiltak vil bli foretatt?

- Koblingsnøkkelene slettes
- Personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres
- Lyd- eller bildeopptak slettes

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

Tilleggsopplysninger

Appendiks C:
Intervjuguide.

Intervjuguide, Helseambassadører

Tusen takk for at du hadde muligheten til å delta!

Intervjuer deler ut samtykkeskjema og forklarer hva som er formålet med prosjektet, hva tematikken i spørsmålene vil være og hva vi skal bruke intervjuet til. Informerer om anonymitet.

Varighet: 30-60 min

Har du noen spørsmål før vi starter?

Alder:

Antall år i Norge:

Landtilhørighet:

Norskforståelse:

1. Hvordan ble du kontaktet med forespørselen om du kunne tenke deg å ta kurs for å bli helseambassadør?
2. Hvordan opplevdes det å få informasjon og svar på spørsmål du lurte på om pandemien av helseeksperter?
3. På hvilken måte opplevde du at spørsmålene dine om pandemien ble besvart og diskutert på en tilstrekkelig måte?
4. Hvordan spredde du informasjonen videre til andre?
5. Hvordan opplevde du at du klarte å svare på spørsmålene innvandrerne hadde?
6. På hvilken måte opplevde du at innvandrerne responderte på å få informasjon fra deg om pandemien? (Vet du for eksempel om noen gikk å testet seg etter at du hadde pratet med dem om dette eller om de vaksinerte seg etter du hadde pratet om vaksinasjon?)
7. Hvordan opplevdes det å ha et ansvar om å gi helseinformasjon til innvandrere under pandemien?
8. Hva har vært belastende i rollen som helseambassadør?

9. Hva har vært positivt i rollen som helseambassadør?
10. På hvilken måte kunne deltagelse i prosjektet oppleves sosialt i en periode det var mye nedstengninger og mange var mye alene?
11. Har det å være helseambassadør tatt tid fra det du arbeider med til vanlig?
 - Hvilke konsekvenser har dette hatt for deg?
12. Har rollen som helseambassadør tatt mer tid fra fritiden din enn du ønsket?
 - Hvilke konsekvenser har dette hatt for deg?
13. Måtte du i rollen som helseambassadør utføre oppgaver du ikke hadde sett for deg på forhånd?
 - På hvilken måte?
14. Har du betalt for noe eller på andre måter brukt penger i forbindelse med din rolle som helseambassadør?
15. Hva skulle dere som helseambassadører ønske at ble gjort annerledes i et lignende, fremtidig prosjekt?

Er det noe mer du ønsker si eller vil legge til?

Kan vi kontakte deg igjen hvis det blir aktuelt?

Tusen takk for tiden din!

Appendiks D:

Samtykkeskjema og informasjonsskriv.

Vil du delta I forskningsprosjektet «Evaluering av helseambassadørprosjektet»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på hvilke erfaringer du som helseambassadør har hatt i prosjektet og hvordan det har vært å gi informasjon til mennesker med innvandrerbakgrunn. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet om å evaluere helseambassadørprosjektet er en masteroppgave i psykologi ved Universitetet i Bergen. Vi vil evaluere hvordan har helseambassadørprosjektet bidratt til å informere innvandrere om pandemien.

Ved å evaluere helseambassadørprosjektet vil vi kunne bidra til å oppnå en større forståelse for hvordan å håndtere framtidige pandemier hvor vi er avhengige av god kommunikasjon med innvandrergrupper.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Bergen er ansvarlig for prosjektet. Vi samarbeider med Caritas Bergen og Bergen kommune for prosjektet Helseambassadører.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi søker individer som har vært helseambassadør og gitt informasjon til individer med innvandrerbakgrunn under pandemien.

Hva innebærer det for deg å delta?

- Vi ønsker å utføre individuelle intervju med deg som har vært helseambassadør og gitt informasjon til individer med innvandrerbakgrunn om pandemien. Dette vil ta deg rundt 30 min.

Under intervju vil vi ønskelig ta lydopptak og notater av samtalen.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Lydbånd vil vi transkribert og alle navn og gjenkjennbare data slettet, slik at ingen kan vite hvem som har svart. Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Ved Universitetet i Bergen er det veiledere (Esperanza Diaz, David Sam og Oddvar Kaarbøe) og student (Marta Svendsen) som vil ha tilgang til informasjonen du oppgir.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven blir godkjent, dette vil være i mai/juni 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Bergen har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Bergen ved Esperanza Diaz; e-post esperanza.diaz@uib.no
- Universitetet i Bergen ved David Sam; e-post david.sam@uib.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost personverntjenester@sikt.no eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Esperanza Diaz, David Sam og Oddvar Kaarbø
Veiledere

Marta-Johanne Svendsen
Masterstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Evaluering av helseambassadørprosjektet» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- lydopptak av intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Appendiks E:

Akseptskjema til Caritas Bergen fra IMDi ang. Helseambassadørprosjektet.



Integreringsarbeid i regi av frivillige organisasjoner 2021 - akseptskjema - korona

13522 / rev. 1

> Generelt		
Søkerorganisasjon		
Navn	CARITAS BERGEN	
Adresse	Postboks 471 Sentrum 5805 BERGEN	
Organisasjonsnummer	812273442	
Epostadresse		
Telefon		
Kontaktperson		
Navn	Hroar Magnus Espeland	
Epostadresse	hroar.espeland@caritasbergen.no	
Telefon	46677775	
> Mål og målgrupper		
Målbare resultater		
Resultater	Måltall	
1	Man ser for seg at det blir 30 møter i 2021 (ett per uke i første halvår, og hver 14. dag i andre halvår). Helst på kveldstid, men tilpasset de forskjellige gruppene.	
Målbare resultater		

Målgruppe og språk		

Målgruppe		
Målgruppe	Beskrivelse	Måltall
1	Voksne EØS borgere, flyktninger	60

> Prosjekt

Prosjektbeskrivelse

1. Bakgrunn (begrunnelse)

Frivillige aktører som formidler helseinformasjon om korona til innvandrere, har sjelden egen helsekompetanse og blir dermed ofte begrenset i sitt arbeid. De opplever at det er en del vanlige koronarelaterte helsespørsmål, misforståelser, fordommer eller rett og slett forskjeller i anbefalingene og annerledes informasjon gjennom hjemlandets og norske til enhver tid gjeldende regler. Mange av disse kunne blitt oppklart på en bedre måte med høyere spesifikk kompetanse om disse temaene, noe som kan oppnås ved målrettet opplæring.

2. Overordnet mål

Å kvalitetssikre formidlingen av myndighetenes koronarelaterte informasjon til innvandrerbefolkningen gjennom frivillige organisasjoner og øke kontaktflaten med innvandrere gjennom opplæring av helse-ambassadører blant innvandrere selv.

3. Metode - hva og hvordan?

Fire helserelaterte temaer knyttet til koronapandemien. Modulene vil være felles for begge gruppene og holdes på enkel norsk, men med personell som deler språk med innvandrere eller ved hjelp av profesjonelle tolk. På denne måten vil vi kvalitetssikre informasjonen som formidles og samtidig ha glede av å høre innvandreres perspektiv og spesifikke problemstillinger. Innvandrere vil på den andre siden bli mer integrert gjennom kurset og ha bedre systemforståelse.

Innvandrere som er interessert i et slik kompetanseheving vil bli rekruttert gjennom Caritas, og Introduksjonsprogrammet ved Bergen kommune. Innvandrere som selv har helsebakgrunn, vil bli prioritert for disse gruppene. Kunnskap og ferdigheter vil bli evaluert blant deltakerne i modulene, som på slutten kan få kursbevis. Spesielt interesserte innvandrere som går gjennom de fire moduler, kan etter en teoretisk evaluering gjennomført av partnere bli godkjent som "helse-ambassadører" for å formidle offentlig koronarelatert informasjon relatert til modulene i sine egne miljøer. Dette vil kreve at de arrangerer egne møter i samarbeid med prosjektet. Hvis oppleggene vil godkjent etter bearbejdet kriteria), vil de godkjente personene kunne eventuelt bygge på en slik profil senere i samarbeid med Bergen kommune. På denne måten øker vi kompetanse både i frivillige organisasjoner og blant innvandrere på en bærekraftig måte.

4. Målgruppe for prosjektet og hvor i landet

EØS borgere, flyktinger i Bergen kommune sitt Introduksjonsprogram, deltakere på Bergen kommunes Ny sjanse, Au pairer knyttet til Caritas Bergen, andre grupper i regi av Caritas Norge.

Aktiviteter

Hovedaktivitet	Fra dato	Til dato
1 Utvikling av modulene 1-4	01.02.2021	31.03.2021
2 Gjennomføring av modulene 1-4	01.04.2021	30.06.2021

Hovedaktivitet	Fra dato	Til dato
3 Evaluering av effekt av modulene	01.04.2021	30.09.2021
4 Grupper med innvandrere	01.05.2021	31.12.2021
5 Oppdatering av websiden Inncovid.no	01.03.2021	31.12.2021

> Tiltak

Oppsøkende tiltak

Type tiltak	Beskrivelse	Antall tiltak	Antall nådd
		0	

Digitale tiltak

Type digital kanal	Beskrivelse	Antall
1 Annet	Nettundervisning til etablerte grupper	5

Oppgi hvilket skriftlig materiell som skal produseres

Type materiell	Antall
----------------	--------

Oppgi hvor i landet tiltakene skal gjennomføres

Kommune	Fylke	Antall
1 Bergen	Vestland	25
2 Oslo	Oslo	5

Oppgi hvilke temaer tiltakene skal gi informasjon om

Informasjonstema

Hvilken etnisk eller nasjonal gruppe retter informasjonen seg mot?

Etnisk/nasj. gruppe	Beskrivelse	Antall
1 Andre	EØS-borgere	30
2 Andre	Flyktninger som deltar i introduksjonsprogrammet (Bergen kommune)	30
3 Andre	Deltakere på Ny sjanse (Bergen kommune)	30
4 Andre	Deltakere på Norskverksted (Caritas Bergen)	20
5 Andre	Ai pairer (Caritas Bergen)	20

Etnisk/nasj. gruppe	Beskrivelse	Antall
Hvilke språk skal informasjonen formidles på?		
Språk		
1	Amharisk	
2	Engelsk	
3	Polsk	
4	Arabisk	
5	Somali	
6	Tigrinja	

> Organisering

Personer i prosjektet

Navn	Arbeidsgiver	Rolle i prosjektet	Tillingsandel i %	Epost	Telefon
1 Esperanza Diaz	Universitetet i Bergen	Prosjektleder	1	Esperanza.Diaz@uib.no	47 414 104
2 Grethe Grung	Bergen kommune	Annet	1	Grethe.Grung@bergen.kommune.no	40 801 803
3 Hroar Espeland	Caritas Bergen	Prosjektsekretær	20	hroar.espeland@caritasbergen.no	46 677 775
4 Agnieszka Pasis	Caritas Bergen	Prosjektmedarbeider	30	agnieszka@caritasbergen.no	

> Økonomi

Tildelt beløp
350 000

Revidert budsjett

	Budsjett	Kommentarer
Inntekter	350 000	
Tilskudd fra IMDi	350 000	
Egenfinansiering		
Støtte fra andre		
Andre inntekter		
Utgifter	350 000	

	Budsjett	Kommentarer
Lønn inkl. prosjektledelse/ medarbeider	220 000	Koordinering i regi av Caritas og timelønn til legene
Seminar, konferanse		
Reisekostnader		
Informasjonsmateriell		
Kontordrift	90 000	Videreutvikle Uib webside (40 000) og evaluering (30 000)
Tolk/oversetting	20 000	Oversettelse av skjema og tolking
Andre utgifter	20 000	Regnskap og revisjon
Balanse	0	
Detaljert revidert budsjett		
Detaljbudsjett		
<i>Ingen vedlegg lastet opp</i>		

> Tilleggsopplysninger

Tilleggsopplysninger

Vedlagt følger bekreftelse fra Bergen kommune på at de ønsker å delta. Signert søknad fra Universitetet i Bergen bekrefter deres deltakelse. Caritas Bergen vil koordinere og sørge for regnskap og revisjon.

Vi vil samarbeide med Caritas Norge med å formidle helsefaglig kompetanse. Caritas Norge søker også om midler som vil dekke Stananger, Arendal, Drammen og Trømsø. Caritas Trondheim sendes egen søknad.

Vi er postiv til å bistå hele landet innen tildelte rammer. Hovedmålet her er å nå ut til flest mulig med helsefaglig informasjon og bidra til etterlevelse av gjeldende regler og oppklare misforståelser rundt vaksinerings.

Mao vil vi ikke bekrense oss til måltallene dersom vi ser at vi kan gjøre mer.

Vedlegg

Vedlegg

Ingen vedlegg lastet opp

Appendiks F:

Tilskuddsbrev fra IMDi til Caritas Bergen ang. Helseambassadørprosjektet.



CARITAS BERGEN
Postboks 471 Sentrum
5805 BERGEN
Norge
Saks nr.:13522
Dato: 26.02.2021

Tilsagn om støtte Ekstraordinært tilskudd til informasjonstiltak for innvandrerbefolkningen i regi av frivillige organisasjoner

IMDi viser til prop. 1 (2020-2021) og 79 (2020-2021) om styrking av frivillige organisasjoners informasjonsarbeid på 20 mill. kroner vedtatt av Stortinget henholdsvis 3.12.20 og 23.02.21. Det innebærer at IMDi forvalter til sammen 40 mill. kroner i ekstraordinært tilskudd til informasjonstiltak for 2021.

Vi viser til deres søknad av 14.01.2021 hvor det søkes om støtte til tiltaket/prosjektet Koronarelatert informasjon til innvandrere på kr 559 000 for 2021.

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) har vurdert søknaden opp mot kriteriene og formålet for tilskuddsordningen i rundskriv 13/2021(<https://www.imdi.no/globalassets/dokumenter/tilskudd/rundskriv-2021/ekstraordinart-tilskudd-til-informasjonstiltak-om-korona-til-innvandrerbefolkningen-2021.pdf>) og har besluttet å innvilge tilskudd for 2021 med

kr 350 000

Det kom i alt 231 søknader om til sammen kr 93 210 662. Alle søknadene er vurdert ut ifra tildelingskriteriene. I tillegg har vi valgt å fordele midlene til flere prosjekt for å nå store deler av landet, ulike språkgrupper og vektlagt oppsøkende virksomhet. Mange får derfor tildelt mindre beløp enn de søkte om.

Mål og innretning

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til god formidling av myndighetenes informasjon om koronaviruset til innvandrerbefolkningen. Dette omfatter også informasjon om de helsemessige, sosiale og økonomiske konsekvensene av koronaviruset.

En del av formålet med ordningen er å ivareta innvandrergrupper som av ulike grunner, for eksempel manglende digitale eller språklige forutsetninger, ikke nås gjennom eksisterende informasjonskanaler. Vi ber tilskuddsmottakere ta hensyn til dette perspektivet i utformingen av sine aktiviteter.

Generelle vilkår for tilskuddet

- Det forutsettes at midlene blir brukt til formål som var tiltenkt, og at det er samsvar mellom tilskudd og aktiviteter.
- Dersom det er behov for å gjøre større endringer i prosjektet, skal tilskuddsmottaker avklare dette skriftlig med IMDi på forhånd.
- Dersom prosjektet finansieres av flere enn IMDi, må dette fremgå av statusrapport/tilskuddsrapport.
- Tilskuddet dekker ikke investeringer og generell drift av organisasjonen.
- Dersom IMDi ikke mottar rapportering innen angitte frister, vil dette kunne få konsekvenser for framtidig utbetaling av tilskudd.

- Hvis prosjektet ikke kan benytte de tildelte midlene, skal IMDi ha beskjed om dette så raskt som mulig, slik at eventuelle ubenyttede midler kan tildeles en annen.
- IMDi forbeholder seg retten til å kunne publisere rapporter og øvrig materiell produsert i prosjektet.
- Dersom årsrapport, regnskap eller andre opplysninger viser at tilskuddsmottaker opptrer eller har opptrådt i strid med intensjoner med tilskuddet slik disse er klargjort i rundskrivet for ordningen og i dette tilskuddsbrevet kan IMDi:
 1. innføre strengere rapporteringsrutiner for den aktuelle tilskuddsmottakeren
 2. avslå eventuelle senere søknader om tilskudd
 3. redusere størrelsen på eventuelle senere tilskudd
 4. tilbakeholde utbetaling av tilskudd
 5. kreve at tilskuddet betales tilbake
- Midlene må brukes og bokføres i 2021, og er ikke overførbare til 2022.
- Ubenyttede midler over 5 000 kroner ved årets slutt skal i sin helhet tilbakeføres til IMDi.
- Dersom prosjektet finansieres av flere, skal kun en eventuell andel av mindreforbruket, tilsvarende IMDis andel av den totale finansieringen, tilbakeføres til IMDi.

Særskilte vilkår

- IMDi ber Caritas prioritere oppsøkende virksomhet
- Tilskuddsmottaker må være forberedt på å gi korte statusoppdateringer underveis til IMDi, for rapportering til departementet på bruk av tilskuddsmidlene
- Eksisterende offentlige nettressurser (FHI, Helsenorge.no, m.fl.) skal benyttes i informasjonsarbeidet.
- IMDi forbeholder seg retten til å benytte tilskuddsmottakers e-post for distribusjon av informasjon fra myndighetene knyttet til koronaviruset, herunder oversatte pressemeldinger og tolkede pressekonferanser.
- Det forutsettes at offentlige råd og påbud knyttet til smitteforebygging av koronaviruset overholdes i gjennomføringen av tiltakene. Tilskuddsmottakerne skal spre informasjon på andre språk enn norsk.
- Ved behov kan det settes av inntil kr. 5000 for å dekke reise og evt. opphold i forbindelse med deltakelse på nettverkssamling e.l. i regi av IMDi.
- Ved produksjon av materiell (filmer, podcast, brosjyrer, e.l.) skal tilskuddsmottaker opplyse om at tiltaket er finansiert med tilskudd fra IMDi.
- IMDis logo skal ikke benyttes på produkter, nettsider o.l.

Formidling av prosjektresultater

- CARITAS BERGEN skal informere om prosjektet på sine nettsider, dersom dere har det.
- CARITAS BERGEN skal informere om at IMDi er samarbeidspartner og delfinansierer prosjektet.
- IMDi vil kunne publisere rapporter og øvrig materiell fra prosjektet, ut fra formålet med støtten. Det vil fremgå hvem som har utviklet materialet.

Akseptskjema og revidert budsjett

Tilskuddsmidlene blir ikke utbetalt av IMDi før tilskuddsmottaker har akseptert vilkårene i dette tilskuddsbrevet.

Da innvilget beløp er lavere enn søknadsbeløpet, skal det også sendes inn et revidert budsjett i samsvar med innvilget beløp.

Appendiks G:

Søknad fra Caritas Bergen om støtte til Helseambassadørprosjektet sendt til Byrådsavdelingen ved Bergen kommune.



Bergen kommune
Byrådsavdelingen

Bergen, 15.02.21

SØKNAD OM STØTTE TIL PROSJEKT FOR COVID 19- INFORMASJON TIL INNVANDRERE

Caritas Bergen har søkt IMDI om midler til et prosjekt med å engasjere og gi opplæring til leger og sykepleiere med innvandrerbakgrunn. Prosjektet vil faglig være underlagt Bergen kommune som i samarbeid med Pandemisenteret ved Universitet i Bergen vil stå for opplæring og veiledning. Caritas Bergen og Bergen kommune vil samarbeide om å rekruttere personer med helsefaglig bakgrunn, samt etablere møter på nett for å nå de målgruppene som Bergen kommune har prioritert.

Målgrupper

- Polsktalende
- Arabisktalende
- Somalisktalende

Tigrinia og amharisk vil også bli vurdert. Vi vil også kunne nå andre grupper via etablerte grupper i regi av Ny sjanse, og egne norskkurs. Her er det deltakere fra hele verden.

Kvalitetssikring av informasjonen

Vi vil legge til rette for at innvandrere får informasjon fra helsefaglige folk med spisskompetanse på smittevern (ambassadører), samt at disse er under faglig ledelse fra Bergen kommune og Pandemisenteret. Ambassadørene vil etter avtale med Bergen kommunes og Pandemisenteret få opplæring knyttet til den aktuelle smittesituasjonen, vaksiner og helse generelt. En innledning om hva som bidrar til god helse generelt mener vi er viktig for å forebygge, men også for å etablere tillit og en god dialog. I forkant av møtene vil vi søke å systematisere usikkerhet og spørsmål som kan være vanskelig å ta opp i møtene. Dette for at Pandemisenteret sammen med Bergen kommune kan tenke igjennom gode svar i forkant av møtene. Målet med dette er å få fram usikkerhet, og spørsmål som kan føre til at man ikke følger vedtatte smittervernregler. Det er også mange spørsmål knyttet til vaksiner. Her vil vi gjennom dette tiltaket gi deltakerne en godt grunnlag for å ta en avgjørelse om vaksiner. Vi tror saklig informasjon vil føre til at flere vil vaksinere seg, og med det bidra til at samfunnet får slått ned videre smitte.

BEGRUNNELSE FOR VALG AV TILNÆRMING

Den norske befolkning har svært høy tillit til politiske myndigheter og helsemyndighetene. Dette tillitsforholdet har opparbeidet seg gjennom generasjoner. Personer som kommer fra land der viktig informasjon og kunnskap har blitt sensurert bort har tilliten blitt svekket. Den informasjonen som blir lagt til grunn for handling kommer fra de man stoler på i egen familie eller vennekrets. Vi tror ikke at



dette er forhold som lar seg endre ved dette tiltaket, men at vi kan nå bedre fram ved at vi har dette med oss hele tiden i møte med deltakerne. I denne sammenheng er det kanskje det norske samfunn som er atypisk i sin tillitt til myndighetene – uansett er det en verdi vi kan bygge videre på også i dette arbeidet. Mao vil vi arbeide sammen, og eller koble norske myndighetspersoner, sammen med ambassadørene fra de ulike språkgruppene for å videreformidle den tillitt som vi *har* til kommunale og statlige helsemyndigheter.

Behovet for sosial kontakt kan også variere mellom ulike personer og grupper. Dette mener vi også er et tema som bør luftes. Hvordan kan vi holde kontakt med andre uten å risikere å smitte andre eller bli smittet? Vi tror det her er viktig å få fram intensjonen med alle tiltakene – at vi må redusere den fysiske og sosiale kontakten til pandemien er over. Men vi kan møtes på nett, telefon o.l.

Gjennom det arbeidet vi gjorde i 2020 kom det også opp en rekke spørsmål knyttet til økonomi og arbeid. Mange hadde behov for informasjon om rett til sykepenger under karantene, hjelp til å få personnummer, og hjelp til å registrere seg hos NAV.

Formål med samarbeidet

- Redusere smittespredning i innvandremiljøer hvor det for øyeblikket er høye smittetall.
- Finne ut hvilke tiltak som virker, og hvorfor noen tiltak eventuelt ikke virker. På denne måten kan vi få mer treffsikre tiltak i tiden fremover.

Samarbeidspartnere

- Ansette ambassadører med helsefaglig bakgrunn som snakker polsk, arabisk og somalisk. Vurderer fortløpende om også tigrinja kan være aktuelt.
- Arrangere webinarer hvor ambassadørene, sammen med ansatt fra Bergen kommune (smittevern/smitteføring) informerer om det muterte viruset, smitteverntiltak, karantene og vaksine. Åpner også for dialog og svarer på spørsmål fra deltakerne.
- Caritas arrangerer webinarene og ambassadørene ansettes i Caritas som ordner kontrakt, arbeidsgiveravgift og skattetrekk.
- Arrangere (egne?) møter med arbeidsgivere og religiøse ledere sammen med ambassadørene.
- Eventuelt arrangere møter med innvandregrupper med lav/ingen smitte og innhente erfaringer fra dem.

Rekruttering av deltakere

- Samarbeid mellom Caritas Bergen og Bergen kommune

Rekruttering av ambassadører og opplæring

- Samarbeid Caritas Bergen, Pandemisenteret og Bergen kommune.
- Pandemisenteret og Bergen kommune står for opplæring av ambassadørene.



Kvalitetssikring og evaluering

- Kvalitetssikre og evaluere at/om tiltaket treffer behov blant målgruppen og i samfunnet. Økes kunnskapen, og forandres holdningene?
- Kan gjennomføres med spørreskjema før og etter informasjonsmøtene, samt noen intervju med tilfeldig utvalgte etter informasjonsmøtene
- Arbeidet blir styrt og samordnet i en referansegruppe der Bergen kommune, Uib og Caritas Bergen er fast representert

Budsjett

Lønn koordinator Caritas Bergen	: 40 000
<u>Lønn til ambassadører</u>	<u>: 160 000</u>
Sum	: 200 000

Oppstart

Vi har personer som har vært engasjert med å viderefordre informasjon om Covid 19. Vi kan derfor starte arbeidet på kort varsel.

For Caritas Bergen

A handwritten signature in blue ink that reads "Hroar Magnus Espeland".

Hroar Magnus Espeland
Daglig leder