

"Vi har problem, men vi er ikke gal"

Når psykisk uhelse skal forebygges i eksil - unge enslige flyktninger i kreative samtalegrupper



Foto: Ranaan Tal

Hedwig Maria Kverneland Whyte Bogstad-Kvam

Masteroppgave

Master i interkulturelt arbeid - spesialisering helse

VID vitenskapelige høgskole – Stavanger

Antall ord: 30 603

16. mai 2018

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag

Studien tar utgangspunkt i et utvalg eritreiske flyktningeungdommers deltagererfaringer fra *kreative samtalegrupper* retrospektivt og underveis i prosessen. I fellesskap dikter de en historie om en ungdom med liknende livsløp. Hva opplever ungdommene å ha tatt del i, og hvordan påvirker gruppeerfaringen deres helseforståelse- og adferd i nytt helseomsorgssystem?

Det redegjøres for kunnskapsstatus rundt liknende kreative (samtale)gruppeintervensjoner og annen relevant forskning. Kritisk medisinsk antropologi - herunder sykdomsnarrativer og perspektiver fra brukermedvirkningfeltet og tolkevirket utgjør studiens teoretiske rammeverk. Casestudiens metodiske verktøy var deltagende observasjon og relasjonell tilnærming i fokusgruppe- og individuelle intervjuer med og uten bistand fra tolk. Feltarbeidet ble gjennomført på egen arbeidsplass. Etske refleksjoner rundt feltrelasjonene generelt og ungdomsgruppen situasjon spesielt står sentralt. Det er anvendt tematisk analyse av dataene.

Det kommer frem at eksternaliserte narrativer – likt selve metoden *kreative samtalegrupper* – ofte benyttes av ungdommene i samtaler om forebygging, sykdom og behandling. Ungdommene forteller om å ha tapt sin *collective medicine* – familien og hjemmet. Varierende grad av tilhørighet i og støtte fra diasporamiljøene veier i praksis ikke tilstrekkelig opp for dette tapet, som tilskrives større negativ påvirkning på helsen enn flukterfaringen - uavhengig av dens karakter. Ungdommene er seg bevisste egen og familiemedlemmers forebygging av bekymring og stress ved kun å «fortelle positivt» og «kaste ting bak seg». De relaterer seg i varierende grad til religiøse- og tradisjonelle (be)handlinger. Oppfattelser av sykdom som 'synlig vs. usynlig' modereres i navigeringen i nytt helseomsorgssystem og eksemplifiseres i gruppesammenheng. Gjennom psykoedukasjon og presentasjon av en firedelt helsemodell tematiserer gruppelederne ungdommens risiko for å utvikle plager som følge av potensielt traumatiserende erfaringer i flukt- og eksiltilværelse. Mareritt, gjenopplevelser og andre posttraumatiske plager vurderes likevel ikke som aktuelt å søke lindret i det norske helsevesenet slik ungdommene kjenner det.

I «Ungdommenes brosjyre» oppfordres fremtidige gruppedeltagere til å dele fyldigere og sannere erfaringer i grupper á max 6 deltagere. Gruppelederne bes i sin tur om å forstå og ta initiativ til å drøfte hvordan ungdommenes diasporamiljø- og relasjoner preges av spenninger

knyttet til hjemlandets *government*. Tolken som landsmann spiller i så henseende en avgjørende rolle i samskaping av gruppens felles narrativ. Ungdommene føler eierskap til den ferdige historien og anser den av verdi for norske jevnaldrende med mål om at de skal få kjennskap til (positive) aspekter ved hjemlandet så vel som ungdommenes grunnlag for å ha søkt om beskyttelse i Norge.

Studien konkluderer med at forebyggende gruppetiltak må utformes med de største hensyn til språk, makt og mangfold i helseverdener- og forklaringsmodeller. Dette utfordrer allerede komplekse statuspar som (gruppe)leder/deltaker, majoritet/minoritet og behandler/pasient. Med utgangspunkt i studiens teoretiske rammeverk trekkes linjer fra både klinikers og forskeres potensial som *tidsvitner*, gjennom faktiske menneskemøter, for den urett og sykdomsbyrde flyktningeungdommer lever med.

Nøkkelord: *enslige mindreårige flyktninger, kreative samtalegrupper, minoritetshelse, medisinsk antropologi, psykososialt arbeid, brukerevaluering.*

Forord

Da jeg var liten spurte jeg min far hva *han* ville valgt dersom Askepotts tre ønskenøtter dukket opp i vår hage. Svaret lød alltid; «kun ett ønske - *god helse*, uten den kan jeg hverken mestre eller nyte noen annen rikdom!» Jeg irriterte meg over et i mine øyne udramatisk svar, tømt for magi og eventyr. Arbeidet med denne studien har så langt gitt meg to ønskenøtter – opplevelser jeg aldri kunne pekt meg ut i forkant, slik Askepott gjorde. Den ene: At egne narrativ knyttet til migrasjon og helse viste seg uvurderlige som forskerverktøy. Den andre: At studien ga anledning til dypdykk i møtene og språket som utgjør min kjente helseverden i samtale med ungdommer som finner ut av den uten mor eller far som følge.

Min veileder Gunhild Odden har vært og gjort det tittelen tilsier og enda litt til – gått ved siden av, lyttet, dyttet, lyst- og mørklagt forslag og utkast. Det tok ikke lang tid før jeg forsto at Oddens kunnskap og hvordan hun kommuniserer denne er unik. Vår kontakt var verdifull og hennes tilbakemeldinger kloke. Odden har vist genuin nysgjerrighet for mine idéer og tvil, og jeg har ikke på noe tidspunkt følt meg som «en i bunken».

Videre er det to «flokker» jeg vil takke for støtten gjennom hele studieløpet – ikke bare selve masteroppgaven. Min aller beste venn og ektemann Sverre har gjennom *alle* semestre motivert meg til repetisjon, klarhet og kaffepauser. Barnas rytmer og tempo har gitt dagene variasjon jeg aldri hadde fått dersom studien ble gjennomført i den utopiske forsknings- og skrivesituasjonen '*fullstendig fred og ro*'. Besteforeldrene deres har heldigvis grodd enda større fang og holdt helsen god nok i avgjørende faser av arbeidet.

Den litt fjernere flokken er mine kollegaer og behandlere. Overlege Jone Schanche Olsen ved Transkulturelt Senter, Stavanger Universitetssykehus, introduserte med raushet og tilhørende ansvar selve prosjektidéen. Som portvokter til feltet og andre fora hvor prosjektet kunne presenteres og hente faglige innspill, skylder jeg ham en hel (helse)verden! Aina Basilier Vaage og Edvard Hauff har gitt av sin tid og sine oppdaterte fag- og refleksjonsbibliotek med klokhet og tålmodighet. Mr. Leol Mekonen har representert glitrende faglig inspirasjon i sine foredrag. Fr. Suraya Kurdistani har eksemplifisert varme og profesjonalitet som tolk og satt en gullstandard for meg både som tolkebruker og oversetter. Jiři Ronzani og Rune Salvesen

var i korridorfellesskapet aldri mer enn én tekopp unna. Wenche ten Welden rekvirerte små og bestemte 'forskerstikk' hvis (bi)virkninger var uvurderlige i skriveinnspurten. Og Forskerforbundets kampanje Hjernekraftverk tvang meg i positiv forstand til å kondensere fortellingen om masterprosjektet til PechaKucha format - 6 minutter og 20 sekunder.

Det erfaringsbaserte masterprogrammet i interkulturelt arbeid løp parallelt med et uventet og omfattende pasientforløp. Nyervervet kunnskap om kulturelle og symbolske aspekter ved sykdom og medisinsk praksis har gjort hver henvisning, venteromsituasjon, kontroll, innleggelse, pleiesituasjon, e-resept og pårørendekommunikasjon til matnyttige knagger å henge teorien på. Kunnskapen har gitt verktøy *både* til «helsesnakk» i intervjusituasjonene og smalltalk som god distraksjon i utfordrende situasjoner med tålmodige behandlere – allmennspesialist Margareth Oshaug, kjeveortoped dr. Mark Lowey & spesialtannpleier Trine Lowey, overtannlege Peter Schleier, ØNH-spesialist Jörg Torpel, tannlege Jørgen Johannesen og dr. Rolah Malin Osman Lønning. Det har vært rom for å spøke om pasientrollen, om hvite frakker, om medisinsk koding og om hva som er 'innenfor normalen' av smerte og rekonvalesensløp.

Holdninger og handlinger som deres ønsker jeg at ungdommene som kommer til Norge uten omsorgspersoner skal møte når kropp og sjel smerter, slik at deres helse - og som far sa; *all annen rikdom* – kan oppleves som god nok. Den siste ønskenøtten gjenstår: Når og hvis ungdommene har mulighet til å melde hjem, så håper jeg de skal kunne si; - de tok godt i mot meg her.

Stavanger, 16. mai 2018

Innhold

1 Innledning	10
1.1 Tema og relevans	10
1.2 Bakgrunn for valg av tema	11
1.3 Erfaring og virke	13
1.3.1 Kontaktflater og utfordringer	14
1.4 Lokal kontekst	14
1.5 Når det ikke er «hodedoktoren» som spør – min rolle i studien	15
1.6 Begreper og definisjoner	15
1.6.1 Enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger (EMA/F)	15
1.6.2 Metoden.....	16
1.7 Utvikling av problemstilling og forskningsspørsmål	16
1.7.1 Forskningsspørsmål og arbeidshypoteser.....	17
1.8 Avgrensning i tema, utvalg og forventninger til funn	18
1.9 ‘Compliance’	19
1.10 Innhold og struktur	19
2 Kunnskapsstatus	20
2.1 Fremgangsmåte og utfordringer	20
2.2 Gruppeintervensjoner for enslige unge asylsøkere- og flyktninger i Norge	21
2.3 Eksisterende og pågående forskning knyttet til bosatte EMF	24
2.4 Eritreere og helse i eksil	25
2.5 Oppsummering	27
3 Teoretisk rammeverk	28
3.1 Kultur	28
3.2 Kort om helse og sykdom.....	29
3.3 Medisinsk antropologi.....	30
3.3.1 Kritiske og fortolkende retninger	35

3.4	Flyktningsykdommer?	35
3.5	Narrativer	38
3.6	Mangfold og likeverdighet i brukermedvirkning	39
3.7	Morsmål og tolk	40
3.8	Oppsummering og refleksjoner	42
4	Metode	43
4.1	Vitenskap, sannhetssøken og verktøy	43
4.2	Feltforskning	44
4.2.1	Caset	45
4.3	Feltarbeid – hvem, hva og hvordan	45
4.4	Forskning på egen arbeidsplass – en balansekunst	46
4.4.1	Konfidensialitet og samtykke	46
4.5	Mitt møte med ungdommene	47
4.6	Feltrelasjoner og kommunikasjon	48
4.7	Intervjuer	49
4.7.1	Gruppe I - «Å dikte en historie» (2015)	52
4.7.2	Gruppe II - «Helsekurs» (2017)	53
4.8	Arbeidsflyt- og verktøy	54
4.9	Etikk og relasjoner	55
4.10	Analyse – strategi, kreativitet og begrensninger	56
4.12	Kvalitetskrav	59
4.13	Avsluttende refleksjoner	59
5	Kollektiv medisin	61
5.1	Vi forteller bare positivt [om helse- og sykdomsnarrativer, forebygging og tap].....	61
5.1.1	Barndomsår – om mamma og hikimna (behandling)	61
5.1.2	Forebygging individuelt og i gruppe	63
5.1.3	Konsekvenser av og åpenhet om flukt og tap	65
5.1.4	Tap og traumer	66

5.2 Vi husker ikke formelen helt [helseforståelse- og modeller]	70
5.2.1 Modeller og årsaksforklaringer	71
5.2.2 “Psyk(dom)” i hjemlandet	74
5.2.3 Cultural Medicine, religiøs helbredelse og generasjonskunnskap	75
5.3 Vi har ikke diktet hele sannheten/ [om bruk av narrativer].....	77
5.4 Vi deler og informerer [innspill til metoden og den felles historiens anvendbarhet]....	79
5.4.1 Ungdommenes anbefalinger.....	80
5.5 Vi har egentlig ikke ord for det / [om språkroller og tolk].....	84
6 Oppsummering og konklusjon.....	87
6.1 Fortellinger, forklaringer og forebygging	87
6.1.1 Modeller og definisjonsmakt.....	88
6.1.2 «Det er sykdom i meg»	89
6.2 Evaluering, brukerkunnskap og empowerment.....	90
6.3 Government og tolking.....	90
6.4 Arenaer og nytteverdi.....	91
6.5 Ny kunnskap (?)	92
Bibliografi	93

Vedlegg 1 Forespørsel om å delta i forskningsprosjekt – Informasjons- og samtykkeskriv

Vedlegg 2 Intervjuguide – norsk versjon

Vedlegg 3 Intervjuguide – engelsk versjon

Vedlegg 4 Litteratursøk i tabell

Vedlegg 5 Meldeskjema til NSD

Vedlegg 6 Tilrådning fra NSD

Vedlegg 7 E-postutveksling med NSD

Vedlegg 8 Begrepsliste – gruppe II

1 Innledning

Bosatte unge enslige flyktninger er en sammensatt gruppe hva gjelder bakgrunn, ressurser og behov. I norske kommuner loses de gjennom et komplekst integreringsapparat og er prisgitt omskiftelige lovverk, politiske føringer og faglig praksis (Eide K. , 2012). Hva gjelder helse og omsorg har «bosatte flyktninger og familiegjennforente [har] de samme rettigheter til helse- og omsorgstjenester i primær- og spesialisthelsetjenesten som den øvrige befolkningen.» (Helsedirektoratet, 2017) Disse tjenestene skal være *likeverdige*¹. Dette tydeliggjøres i Nasjonal strategi om innvandreres helse for 2013-2017 (Regjeringen, 2013).

Tap eller brudd i relasjoner kombinert med potensielt traumatiserende opplevelser og bekymring knyttet til situasjonen i hjemlandet påvirker ungdommenes helse. Deres psykososiale utvikling i nytt vertsland bør studeres over tid, tross metodiske og etiske utfordringer (Broch, 2012). «Alternativet er at vi ikke får kunnskap om en svært sårbar gruppe barn som kan ha store hjelpebehov.» (Dittmann & Jensen, 2010). Flere fagfelt og profesjoner er involvert i å fremskaffe og implementere slik kunnskap. Denne studien er resultatet av et ønske om å belyse hvordan ett konkret lavterskel gruppeforebyggingsstiltak forstås og integreres i noen av disse ungdommenes helseverden.

1.1 Tema og relevans

Denne studiens hovedformål er å undersøke hvordan et utvalg unge enslige eritreiske flyktninger beskriver deres erfaringer relatert til forebyggende *kreative samtalegrupper*, retrospektivt og underveis i gruppedeltagelsen. Kreative samtalegrupper er en narrativ, terapeutisk intervensjon. Ungdommene velger selv om også elementer fra deres egne historier og erfaringer bringes inn når de i fellesskap skaper en fiktiv flyktningeungdoms fortelling. Gruppeledere fra det psykiske helsevernet og tilstedetolk muliggjør arbeidsprosessen. Med gruppedeltagelsen som utgangspunkt, har jeg stilt ungdommene spørsmål om hvordan de orienterer seg i nytt helseomsorgssystem og hvilke endringer de opplever i egen helseforståelse- og adferd (Kleinman, 1980). Forankret i den faglige retningen kritisk

¹ Om *likeverdige kommunikasjon* i pasient- og brukerrettighetslovens § 3-5 (<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>) finner vi til eksempel klare krav knyttet til at informasjon som gis før, under og ved avslutning av et tjeneste- eller behandlingsforløp «(...) skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.»

medisinsk antropologi har jeg villet frembringe ny, anvendbar kunnskap. Hva utspiller seg i slike transkulturelle forebyggings- og ikke minst *språklige* rom? Min motivasjon har vært å søke særegen kunnskap fra mottakere av tjenester som denne, og - som oppgavens tittel er ment å illustrere - i de faktiske møtene med ungdommene bygge opp under det faktum at de *ikke* deltar i samtalegruppene fordi de er 'syke og gale'. Ungdommene befinner seg i en livssituasjon med bagasje som ansees å være en vesentlig risikofaktor for å utvikle uhelse. Det er behov for å vite mer om hvordan de erfarer et tiltak med målsetning om å forebygge dette, og ikke minst – endringer ellers i deres helseverden de forteller om.

1.2 Bakgrunn for valg av tema – en subjektiv epikrise

For over ti år siden emigrerte jeg frivillig til Sicilia etter to somres sparing og hele mitt nettverks støtte. Tross status som mindreårig bar jeg sterke følelser av frihet. Dagbøkene preges av mestring og beskrivelser av et klima, kultur og matfat 'jeg egentlig var ment å leve i'. Mange sider er viet savn, tilpasning og språklig knoting. De skremmende minnene omhandler sykdomstilfeller. I begynnelsen opplevdes det luksuriøst at alle legene var spesialister i den 'vondten' jeg kommuniserte. De holdt til i vanlige murblokker. Likevel tronet de hvite frakkene bak massive mahognipulter og henvendte seg i all hovedsak til den som fulgte meg, tross akselererende kunnskaper i siciliansk og italiensk. Ved forkjølelse ble det rekvirert penicillin i ampuller som skulle dampes direkte i neseborene via et apparat «alle» hadde hjemme, noe jeg etterhvert fikk teken på. Etterhvert demret også forebyggings- og hygienenormer; som at det ikke var 'innafor' å la håret lufttørke eller være uten tidligere erfaring med et *bidét* på badeværelset. Besvimelser og tenårstrass ble av vertsforeldrene mine beskrevet som hysteriske personlighetstrekk ved det kvinnelige kjønn. Apotekeren var en symboltung figur for familiene, og mødrenes medisinskap bugnet av milligramdoser og flere røde trekanter enn jeg noen gang hadde sett. Det ble snakket om *mat* til gitte tider og situasjoner rundt mat som skapte dårlig fordøyelse eller gjorde at maten 'ikke falt ned i det hele tatt' - en fryktet tilstand å befinne seg i. Farene ved (vind)trekk ble derimot beskrevet ganske nøyaktig slik jeg husker farmors bekymring og mammas formaninger.

Det finnes helse- og forebyggingsadferd fra Sicilia jeg i etterkant av oppholdet har integrert: En overopptatthet av forskjellen mellom smertestillende som lindrer vondter *all over* og de som raskest bekjemper en 'ren' og tydelig lokalisert hodepine. En trang til å sjekke om det er fullmåne hvis alt og alle virker i ubalanse. En automatikk i å bevege meg etter et måltid for å

´gi fordøyelsessaftene god sirkulasjon´. En skepsis (delt med søreuropeiske- og latinamerikanske venner i Norge) når legevaktslegen kun rekvirerer hvile og paracetamol og ikke tar bilder av hverken skjelett eller bløtvev, sånn for sikkerhets skyld.

Halvveis i oppholdet ble jeg henvist et gruppetiltak ved det kommunale familiehelsesenteret – vi skulle møtes 10 ganger med en pater og lære om ´bioetikk og helse´. Deltakelsen i seg selv var fordelaktig; på skoledagen *lørdag* ble vi ferdige før de andre i klassen, vi fikk ros foran (verts)foreldrene våre i utviklingssamtaler og 10 ekstrapoeng på sluttvitnemålet.

I gruppemøtene så vi videoer om kirken og statens lovgivning og praksis i spørsmål om abort og prevensjon. Det ble vist planser av seksuelt overførbare sykdommer, fosterets utvikling og sosialøkonomiske konsekvenser ved familiekonstellasjoner utenfor katolske rammer. På avslutningsseremonien møtte vi en avgangselev som takket gruppetiltaket for at hun ikke avsluttet svangerskapet, men skjulte magen på en kostskole til fjells og adopterte det ´uke´ barnet bort. Først i senere tid har det demret for meg hvor uttalt *men samtidig ikke* målet med gruppen var - å forebygge ukatolsk seksualmoral- og adferd og sementere konservativ familiepolitikk i dialog med en religiøs leder som ikke godtok hverken frafall eller avbrytelser.

Hvor verdiladet var egentlig henvisningen og mitt samtykke til ´bioetikk og helse´? Hvor forskjellig forholdt vi oss til innholdet tross mange fellesnevner; lav middelklasse, foreldrefritak fra trosopplæring (radikalt!) og lite til ingen tidligere seksualundervisning? I gruppen ble min landbakgrunn raskt tematisert på en slik måte at ´det liberale skandinaviske livet´ sto som motpol til hva pateren ville veilede oss til å tro og tenke. Jeg bar ingen identitet hverken som ´skandinav´, ´liberal´ eller den virkelige symboltunge rollen; (antatt) ´lutheraner´ og minnes ingen utforskning av disse begrepene hverken fra paterens eller min side. Hvorfor var det helse- og sosialpolitisk liberalt å ha som utgangspunkt at informasjon om prevensjon var tillatt og tilgjengelig, på samme måte som aksept eller til og med økonomisk bistand til gravide i samme situasjon som avgangseleven som dro svanger til fjells? Tenkte og forholdt jeg meg slik fordi jeg var og fremdeles er en ´liberal skandinav´? Å navigere i egne verdi- og helsekart var i gruppesammenhengen en mye større barriere enn det italienske språket – og selv på morsmål fant jeg ikke ordene. Jeg lurer på hvordan mine svar den gang hadde sett ut i en evaluerings- eller intervju situasjon.

Året etter dro jeg videre til en annen øy; Cuba. Verdiene fra 'bioetikk og helse' var ikke like synlige, selv med katolsk majoritet på fakultet og i nabolag. Jeg fikk erfare et helseomsorgssystem og en kombinasjonsbruk av helsetjenester og legemidler som kjentes enda mer fremmed enn sør i mitt eget kontinent. Samme uke kunne jeg komme til konsultasjon ved internasjonal dollarklinikk (hvor en fikk gyldige kvitteringer i tråd med helseforsikringskrav) for deretter å hente ut medikamenter fra nasjonal, subsidiert farmasøytisk produksjon. Den synkretiske religionen *santerías* folkelige helbredere og deres remedier – blant dem planteavkok, dyreofringer, hjemmealter og glassperlekjeder – var i mange tilfeller nærmest tilgjengelige og foretrukne hjelp, gjerne i kombinasjon med bydelens allmenpoliklinikk. I større grad enn på Sicilia ble vondter beskrevet og bragt til behandling på for meg fremmede måter. Dette skapte mye frykt. De mest sjelsettende opplevelsene inntraff når jeg følte meg i fin form, mens de rundt meg gjorde alt i sin makt for å reversere sykdomsbringende krefter fra *mal de ojo* - det onde øyet – til eksempel forårsaket av medstudenters blikk ved akademiske bragder. Naboens sønn var særlig sensitiv fordi han som barn fikk et *susto* (sjokk) og mor et påfølgende *átaque de nervios* (nervesammenbrudd) da stresset kulminerte i hva jeg var vant til å høre omtalt som 'å bli utbrent' eller 'å sykmelde seg'. Jeg hadde ikke hørt om *susto* ei heller snakket om nerver på denne måten. Hvordan - språklig og kulturelt - burde jeg svare, trøste eller vise forståelse når et slikt sykdomsnarrativ ble presentert? Jeg lot til å mestre språket, men mitt *au* var annerledes, selv når jeg på spansk sa *ay...!* Jeg levde fortvilet tett på og uten videre forklaringer eller kategorier for fremmede praksiser og ord i et tidsbegrenset eksil. Det var vanskelig å føle trygghet når jeg ikke fattet hvordan menneskene rundt meg, jeg personlig og ikke minst *åndene* (!) skulle unngå og behandle lidelse.

Disse opplevelsene er ikke trivielle kulturmøter fra et opphold hvis drivkraft var 'å komme meg ut i verden'. Når skader og sykdom oppstår og søkes lindret, skjer dette i prosesser både rundt og i kroppen. Jeg har ikke kunnet trykke *reset* til hva enn opprinnelige helseforståelse jeg hadde før jeg dro, og jeg skjønner at disse erfaringene har 'satt seg' - nettopp i min kropp!

1.3 Erfaring og virke

I dag møter jeg ungdommer som kommuniserer smerte og savn, med lite kjennskap til hvilke instanser og profesjoner som åpner hvilke dører til hvilken hjelp. Disse ungdommene har varierende rammevilkår og prognose. Helse- og sosialtjenestene utfordres i møte med

gruppens behov. Vi vet at få eller ingen av ungdommene har returbillett eller nok informasjon hverken om familiens eller egen fremtid til helt å kunne «lande». Den italienske øya, som viste meg hvordan fremmedhet kan oppleves i en avgrenset periode for en privilegert 17-åring, har siden den gang i mye større omfang fått global omtale relatert til flyktningspolitikk. Det samme har mitt nye *home abroad*: Lesbos, der ungdommer fra samme steder som de jeg er i kontakt med i Norge også lever, venter, blir syke eller vender tilbake til et usikkert hjem.

1.3.1 Kontaktflater og utfordringer

Siden jeg returnerte til Norge har jeg fullført en bachelorgrad i religion og interkulturell kommunikasjon, stiftet familie og parallelt alltid jobbet med ungdom og flerkultur i forskjellige mandat. Som besøkshjem og støttekontakt for enslige mindreårige flyktninger (EMF), verge, tilsynsfører, talsperson og miljøarbeider i bofellesskap har jeg blitt kjent med gutter og jenter hvis fellesnevner er at de kom uten og i mange tilfeller fortsetter å leve uten nære omsorgspersoner i Norge. Utover en økende nysgjerrighet på hvordan disse ungdommenes historier skrives og hva de vil komme til og reflektere rundt sin situasjon ti år fra nå (med det håp om at de blir spurt!), bærer jeg på en gnagende følelse av at instansene, og mitt arbeid i og parallelt med dem, ofte kommer ungdommene til kort. I denne studien har jeg hatt privilegiet å kunne gå i dybden på et fenomen som tangerer også denne problematikken.

1.4 Lokal kontekst

Siden 2014 har jeg vært med å bygge opp Transkulturelt Senter ved Stavanger universitetssykehus (SUS). Senteret er (pr. mai 2018) underlagt Klinikk for psykisk helsevern, Avdeling Unge Voksne og Flyktninger. Min kontorlederstilling ble kombinert med dette masterstudiet og overnevnte bierverv. To av senterets kjerneoppgaver er forskning og metodeutvikling. Mine kollegaer har stablet flere kreative samtalegrupper for enslige mindreårige både asylsøkere og flyktninger (EMA/F) på beina, som ledd i metodeutvikling av et lavterskel, forebyggende psykososialt tiltak i samarbeid med én spesifikk bosettingskommune. Tiltaket heter *kreative samtalegrupper* og bygger på det mangeårige arbeidet i Flyktningeteamet ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP) Sjøvegan, og nærliggende barne- og ungdomsasyilmottak og læringssentra. På Nordisk konferanse for behandlere av traumatiserte flyktninger i Bergen (Myrvoll og Jenssen, 2013) ble deres arbeid presentert, og mine kollegaer inspirert.

1.5 Når det ikke er «hodedoktoren» som spør – min rolle i studien

Forskning på egen arbeidsplass er en kombinasjon rik på privilegier og hindre. Jeg har andre faglige briller enn gruppelederne. Forskningsfelt- og avgrensninger forankres og tolkes i lys av teori fra medisinsk antropologi om medisin, selv om jeg i løpet av studien jo faktisk har jobbet i² medisin, ikke minst innenfor *en medisin* som er mitt eget kulturelle, meningsgivende utgangspunkt. Et feltarbeid *at home* fordrer skjerpet bevissthet rundt hvordan helse- og behandlingspraksiser studeres og forstås som kulturelle fenomener i sin gitte kontekst og innen gitte paradigmer (Ingstad, 2007). Underveis var jeg spent på hvordan min private og profesjonelle kjennskap til EMF ville prege forskningsprosjektet. I observasjon av og samtaler med ungdommene erfarte jeg stor grad av *situatedness*. Min rolle og relasjoner i feltet er viet mye plass i metodekapitlet, noe jeg i sin tur håper styrker resultatenes troverdighet.

1.6 Begreper og definisjoner

I det følgende forklarer jeg hvordan kreative samtalegrupper drives, og hvilke begreper og roller som inngår i denne studien.

1.6.1 Enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger (EMA/F)

I følge UDI er du «(...) en enslig mindreårig asylsøker hvis du er under 18 år, kommer til Norge uten foreldre eller andre med foreldreansvar og søker beskyttelse (asyl) i Norge» (UDI). Ungdommene i denne studien er i dag 16 - 21 år gamle og hadde statusen EMA ved ankomst til riket. Etter innvilget flyktningstatus ble de tildelt en bosettingskommune. Der følger de forskjellige opplegg for grunn- eller voksenopplæring. I barneverntjenestene, på læringsentra og andre relevante instanser brukes ofte betegnelsen *EM* – enslige mindreårige. Jeg har valgt å kalle informantene i denne studien for 'ungdommene' fordi flere av dem ikke lengre var mindreårige, og noen faktisk ikke lengre enslige heller, i forståelsen *siviltilstand*, da feltarbeidet ble gjennomført. Selv om noen flyktet i grupper av slekt eller venner, har de til felles i all hovedsak å ha vært *ensamkommande barn* (svensk).

² Kontorfaglig ansatte er underlagt Lov om helsepersonell i forskjellige støtte- og samhandlingsposisjoner overfor behandlere når arbeidet er integrert i poliklinikk (se forøvrig Siri Jensens (2012) pionerarbeid i forskning på kontorfaglig ansatte i offentlig spesialisthelsetjeneste: «Når noe går av seg selv er det nok en kontoransatt som gjør det. En studie av kontoransattes rolle og funksjon i profesjonelle organisasjoner».).

1.6.2 Metoden

Kreative samtalegrupper er ingen manualisert terapiform og det er foreligger ingen sertifisering eller formell opphavsrett etter hva jeg er kjent med. Følgende tekst kombinerer deler av Myrvoll og Jensens originalpresentasjon med lokale tilpasninger gjort i gruppene ungdommene i min studie deltok i, for kort å gi en innføring i hvordan metoden *kan* implementeres (Myrvoll & Jenssen, 2013):

Gruppeintervensjonen er utviklet med sikte på å styrke ungdommenes motstandskraft, forebygge psykiske helseplager og bearbeide traumatiske livserfaringer [...] Målgruppen er primært enslige mindreårige flyktninger i en tidlig mottaksfase. Deltagelsen fra psykisk helsevern åpner for å fange opp ungdommer i særlig risiko og motivere dem for individuell oppfølging i psykisk helsevern (...) I en kollektiv fortellerprosess får ungdommene en mulighet til å se seg selv i en oppdiktet figur - egne erfaringer blir eksterialisert og projisert på denne skikkelsen, som også blir bærer av disse. Ved å legge sine erfaringer i hans historie, en historie som også handler om overlevelse og mot, evner de selv bedre å bære sine egne vanskelige erfaringer. (...) Det blir servert ettermiddagssnacks, kaffe og te. Gruppen sitter i sirkel rundt et stort bord eller flere småbord. Det er fortrinnsvis samme fremmøtetolk. Gruppelederne veksler mellom lyttende og aktivt deltakende i å geleide ungdommene i prosessen: *Hvordan følte han/hun seg da? Hvor mye kostet reisen dit? Hadde han/hun kontakt med familien?* Ungdommene diskuterer seg i mellom og blir enige om hvert steg videre i historien. Tolken oversetter det oppsummerte, ikke dialogen som leder frem til enighet. Hver gruppesamling starter med at historien så langt eller siste bolk leses opp fra en av gruppeledernes referat. Ungdommene kan kommentere på dette og den gruppelederen som er referent justerer deretter. Ved avslutningsseremonien deles historien ut og leses opp, oversatt til morsmål.

1.7 Utvikling av problemstilling og forskningsspørsmål

Det alle ville vite da jeg fortalte om forskningsprosjektet var; *Virker sånne grupper? Blir de friske? Hvor fornøyde er de?* Jeg hellet tidlig mot et *evalueringsfokus*. Dette ble raskt problematisert av mitt faglige nettverk. Tilnærmingen favner bredt og ungdommene risikerer å redusere sin forståelse av studien som hovedsakelig en 'tilfredshetscore'. Før feltarbeidet fikk jeg anledning til å presentere prosjektet på International Society of Health and Human Rights' (ISHHR) kongress i Novi Sad, Serbia (september 2017). Da så forskningsspørsmålene slik ut;

- How is participation or declining an offer to participate described by the referred youngsters?
- Which dynamics occur between health professionals and interpreters in a transcultural setting?
- What perspectives on mental health are addressed and assigned meaning by *the parties involved*?

Tilbakemeldingene fra fagansvarlig var at å belyse alle disse, kun ville sannsynliggjøres innenfor rammen av et større (doktorgrads)prosjekt. Det ble anbefalt å gjøre intervjuer av ca. 15 ungdommer som hadde deltatt eller deltok i grupper. *Deltakelse*, og hvordan denne er beskrevet, lot til å være et godt utgangspunkt og en hensiktsmessig avgrensning av de mange interessante aspektene som interesserte meg med ved arbeidsprosessene relatert til kreative samtalegrupper. Problemstillingen for oppgaven ble formulert slik;

- Hvordan påvirkes ungdommenes helseforståelse- og adferd av å delta i kreative samtalegrupper?

Tolken og morsmålet rolle ble inkludert til å gjelde ett av fire forskningsspørsmål som sammen med arbeidshypotesene skulle belyse overordnet problemstilling.

1.7.1 Forskningsspørsmål og arbeidshypoteser

Spørsmålene under danner et forskningsmessig kompass. De ble identifisert som nødvendige for å bygge opp under den overordnede problemstillingen og utforming av intervjuguide, og gruppert i A. og B. etter prioritet:

A:

I. - *Hvilke helse- og sykdomsnarrativer (spesielt knyttet til migrasjons- og akkulturasjonsstress) deler ungdommene? Hvordan relaterer de disse til begrepet forebygging?*

II. - *Hvordan beskriver ungdommene integrering av gruppeerfaringen i egen helseverden henholdsvis midt i og to år etter deltakelse?*

B:

III. - *Hvilke innspill til gjennomføring av fremtidige grupper kommer ungdommene med?*

IV. - *Hva forteller ungdommene om bruk av morsmål og tolkens rolle i gruppeprosessen?*

Jeg formulerte to arbeidshypoteser: (a.) *migrasjons- og akkulturasjonsstress kombinert med ung alder gjør at det ikke er hensiktsmessig å arbeide ut i fra profesjonenes «norske» helsebegrep og helseforståelse når disse ungdommene skal forebygge psykisk uhelse i tidlig eksilfase.* Denne diskrediterer bruksverdien av gruppeledernes (altså helseprofesjonenes) uttalte helsebegrep- og forståelse. Den andre arbeidshypotesen er vinklet i positiv og konstruktiv retning (b.) *det psykoedukative aspektet ved metoden evner å innlemme det ungdommene allerede legger i (god) helse og de strategiene ungdommene benytter. Profesjonenes uttalte mål; en forebyggende og helende gruppeprosess – forstås og erfares av ungdommene.*

1.8 Avgrensning i tema, utvalg og forventninger til funn

Edvard Hauff, professor i transkulturell psykiatri (OuS og UiO) ga meg, i forbindelse med utarbeiding av prosjektskisse, innspill til hvorvidt jeg skulle inkludere i utvalget også de ungdommene som takket nei til å delta i gruppene eller falt fra underveis. Ratioen mellom ungdommer som takket ja eller nei til deltagelse var på det tidspunktet ganske jevn. Tittelen på denne oppgaven; *«Vi har problem, men vi er ikke gal»* er et utsagn fra en afghansk ungdom som takket nei. Dersom ingen som faktisk hadde deltatt eller var i gang med gruppe samtykket til å bli intervjuet i tidsrommet feltarbeidet skulle finne sted, så jeg for meg å endre problemstilling i et forsøk på å kartlegge hemmende og fremmede faktorer for deltakelse. En slik studie hadde vært vel så omfattende og antakeligvis mer rettet mot profesjonene og arbeidet på system- og (tverr)faglig nivå heller enn fyldige narrativer fra ungdommene selv. Å ta utgangspunkt i *at* og *hva* de ikke hadde vært med på, (tilsynelatende) ikke forstått eller «nektet», kunne også tenkes være en selvstendig hemmende og skremmende faktor for ungdommene – ikke minst hvis dette skulle fortelles til en fremmed som de visste kjente henviserne. Mulig et anonymt og kulturelt validert spørreskjema hadde vært et bedre verktøy dersom dette var studiens formål?

1.9 'Compliance'

Det engelske begrepet *compliance* betyr «oppfølging, tøyelighet i betydningen etterlevelse, i hvilken grad pasienter følger legens råd om legemiddelbruk» (SML, 2017). *Compliance* problematiseres i lys av vestlig biomedisins hegemoniske posisjon, når «de andre» ikke følger opp eller «vil» forstå det «vi» - i betydningen behandler eller helseinstitusjon av en eller annen art - har rekvirert og anbefalt (Bhui, 1997). I dynamikk og kommunikasjon mellom pasient, behandler og pårørende vil fortolkning (og i mange tilfeller en løpende oversettelse!) og posisjonering, i det en utforsker lidelsens etiologi og behandlingsforløp, i aller høyeste grad preges på andre måter dersom dette foregår i en transkulturell setting (Hanssen, 2005). Det råder en stereotypisk oppfatning av ungdommene i denne studien som typisk *compliant* - snille, 'kristne' og høflige sammenlignet med andre ungdomsgrupper fra forskjellige land, nordmenn inkludert. Dette er en forforståelse jeg kjenner igjen fra egne vergemål for eritreisk ungdom, private vennskap og slektingers beretninger etter å ha arbeidet i Eritrea. Skulle det være noe i dette utover udokumentert synsing og løse karakteristikk av denne mangfoldige gruppen – i hjemlandet så vel som i diaspora - så er det likevel slik at ungdommene har rett på tilpasset, forebyggende, psykososial støtte. Profesjonelle tilbydere av denne må være seg bevisst slike forenklinger av virkeligheten i samspillet partene seg imellom.

1.10 Innhold og struktur

Kunnskapsstatus rundt EMA/Fs deltakelse i kreative samtalegrupper, beslektede gruppeopplegg og andre undersøkelser relatert til studiens problemstilling er redegjort for i kapittel 2. Deretter presenteres det teoretiske rammeverket i kapittel 3. I det neste kapitlet, kapittel 4, er studiens vitenskapsteoretiske forankring, design, verktøy og fremgangsmåte i feltarbeidet beskrevet trinnvis. Det er viet plass til forskningsetikk i studier av flyktning ungdommer generelt samt forskerrollen på egen arbeidsplass og feltrelasjoner spesielt. Datamaterialet fra observasjon og intervjuer individuelt og i gruppe er presentert og drøftet i kapittel 5. I kapittel 6 oppsummeres de spørsmål studien har belyst og hvilke svar og konklusjoner som utkrystalliseres i funnene.

2 Kunnskapsstatus

Hensikten med dette kapitlet er å undersøke hvordan min studies tema og felt er beskrevet og forsket på. Hvilke utdrag synes hensiktsmessige å belyse? Jeg vil løpende argumentere for hvordan mitt teoretiske, metodiske og lokale utgangspunkt for innhenting og tolkning av data kan fylle eksisterende kunnskapshull (Everett & Furseth, 2014).

2.1 Fremgangsmåte og utfordringer

Søk etter relevant litteratur fant sted ved utarbeidelse av prosjektbeskrivelsen primo august 2017 og dernest etter gjennomført feltarbeid, fino november samme år. En uhensiktsmessig mengde tid ble brukt til å lese meg opp på gruppeterapi i «vanlig» psykoterapeutisk forstand. Dette opphørte da feltarbeidet begynte. Innledningsvis lette jeg utelukkende etter 'kreative samtalegrupper' og saumfarte lærebøker og antologier for alt som hadde med EMA/F i alle typer grupper å gjøre. Jeg etablerte kontakt med Myrvoll og Jenssen ved Flyktningeteamet ved BUP Sjøvegan hvis rolle i arbeidet med kreative samtalegrupper for EMA/F i Norge er sentral. Som konsekvens av denne kontakten planla og gjennomførte jeg feltforberedende aktiviteter, som deltakelse på gruppelederkurs, fordypning i ressursheftet (RVTS, 2018), kommunikasjon med Jenssen i forbindelse med hennes masteroppgave (2017) og etterhvert mer oversikt over hvilken evaluering som var gjort og innspill til nyttige vinklinger i fremtiden.

Vedlegg 4 illustrerer systematisk database- og nettsøk. Referanselistene og forslag til videre lesning har vært av nytte i etableringen av teoretisk rammeverk. Min bachelorgrad inneholdt ikke fordypningsoppgave og min erfaring både i litteratursøk og større skriftlige «svenneprøver» er minimal. Studiens omfang og begrensninger i forkunnskaper og tid gjør at det må tas forbehold om annen relevant forskning jeg ikke har kunnet oppspore som hadde vært hensiktsmessig å inkludere. Sykdom og arbeidssituasjon i løpet av perioden feltarbeidet og oppgaveskrivingen foregikk, gjorde det ikke mulig å delta på bibliotekets litteratursøkekurs det aktuelle semesteret.

Endringer i helseforståelse- og adferd gjennom et livsløp er selvsagte og komplekse, og tvungen migrasjon påvirker prosessene ytterligere (Walters, 2001). Ved innledende søk tok

jeg i bruk generelle søkeord og kombinasjoner; *enslige mindreårige + livskvalitet, oppvekstvilkår, identitet, integrering, familiegjenforening, tro, sårbarhet, resiliens, omsorgsvilkår, nettverk, psykososialt arbeid, helsefremmende arbeid* osv. Det ble tydelig at beskrivelser av slik påvirkning og endring behandles i store deler av forskningen som foreligger rundt EMA/F i Norge. Studiens omfang har ikke tillat meg hverken å saumfare eller presentere disse i sin helhet. Jeg vil likevel påstå å ha dannet meg et godt nok helhetsinntrykk av feltet i forkant av og vært meg dette bevisst underveis i etablering av forskningsfokus.

2.2 Gruppeintervensjoner for enslige unge asylsøkere- og flyktninger i Norge

Selve *gruppedeltagelsen* er sentral både i felt- og informanttilgang og problemstilling. Med *beslektede metoder* til kreative samtalegrupper mener jeg gruppetiltak utviklet for og/eller anvendt på EMA/F spesielt, karakterisert som av *kreativ, narrativ, forebyggende* og/eller *psykososial* art og implementert i Norge. Felles for retningene er at ungdommenes deltakelse *ikke* tar utgangspunkt i påvist diagnose eller alvorlig bekymring for den enkelte – noe som ville vært tilfellet ved ordinær henvisning til et gruppebehandlingstilbud i kommunalt- eller statlig psykisk helsevern.

Myrvoll og Lundesgaard (2012) skriver at «Siden ønsket om å «glemme fortiden» synes å være utbredt blant ungdommene, kan det virke paradoksalt å tilby dem en gruppeintervensjon som legger særlig vekt på å lage en historie som forteller i detalj om vanskelige opplevelser. Det blir derfor *viktig å undersøke hva ungdommene sier når de har vært igjennom gruppeintervensjonen* (min utheving), og ser tilbake på det de har vært med på.» (s. 258). Ny innsikt rundt dette kan være verdifull i gruppeledere og initiativtakeres mål om å få flere ungdommer med for å lære av gruppeerfaringene når metoden skal forbedres – uavhengig av hvorvidt metoden «fungerer» - og hvilke parametere «å fungere» måles ut fra. Her har jeg en forventning om at resultatene fra min studie kan tjene et slikt formål.

I masteroppgaven «**Unge flyktninger forteller**» (Jenssen R. E., 2017) analyseres 12 historier laget av enslige mindreårige flyktninger med den hensikt «(...) å få mer kunnskap om enslige mindreårige flyktnings livserfaringer (...)». Studien tar utgangspunkt i de fiktive narrative laget av gutter og jenter, hovedsakelig afghanere. Jenssen har selv vært gruppeleder for flere

grupper og parallelt hatt en rolle som kollega av andre som har ledet andre grupper hvis historier hun i denne studien har inkludert. Lageret av krefter det positive fra barndom og (gode) familiebånd genererer når ungdommene plutselig befinner seg alene på flukt, og ofte ensomme i diasporatilværelsen, understrekes. I Jenssens utvalg har en signifikant andel ungdommer lenge levd med stor uvisshet rundt oppholdsstatus, og flere har ikke kunnet fullføre gruppeløpet, ei heller blitt spurt rundt deltakelsen i etterkant. For min studie har avslag og retur mindre relevans.

I artikkelen «**Unge flyktninger bygger felles historie**» skriver Jenssen og Myrvoll (2013) i mer kondensert form om narrative og eksternaliserende aspekter ved metoden. Sentralt står *flokkens* betydning i hjemlandet og hvilken transisjon flukten representerer i det de må klare seg selv og erfarer alvorlige forløp og situasjoner som i mange tilfelles traumatiserer og skader på kort og lang sikt (Jenssen & Myrvoll, 2013, s. 48). Det gis inntrykk av at ungdommene det gjelder har forstått og integrert gruppeprosessen uttalte mål – og leseren kan forestille seg hvordan det vonde er delt, med varsomhet og selektering, og hvordan det spiller en rolle hvem det deles med (tillitt og relasjon). Meningsinnholdet i sitatet under finnes óg hos Myrvoll og Lundesgaard: «[at]det var også ting de valgte å holde for seg selv» (2012, s. 261):

Når man forteller om en annen, får man fortalt litt. Men merker ikke hvem som fortalte. (...) Det er mange ting man kan si når det er gjennom en annen. Man får lettet sitt hjerte, men det er også vondt å tenke på situasjonen som den var. (...) Det er en bra metode. Det er bra å fortelle til personer man stoler på, men man kan ikke fortelle historier til alle. (Jenssen & Myrvoll, 2013, s. 52)

En metode som har mye til felles med kreative samtalegrupper er den narrative gruppeметoden **Livets tre**, utviklet av David Denborough (2008). Jeg tar utgangspunkt i metoden slik den omtales av Eide og Nordenhof (2014). I norsk sammenheng er Livets tre utprøvd i Kristiansand, der boenheter, skoler, barnevern og barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) samarbeider. Livets tre foregår over to dager (mellom 8-10 pr. gruppe) der «målet er å styrke de unges identitet og mestringsstrategier» og hente frem spesielt de gode historiene og minnene. Linguagram, helsemodeller- og begrepsdefinerings inngår også i denne metoden. Den narrative korttidsintervensjonen beskrives som en mulighet for de unge «(...) (til) å fortelle sin historie uten å falle i et «traumehull»» (Eide & Nordenhof, 2014, s. 101). Det beskrives med andre ord en bevissthet knyttet til risikoen ved slike aktiviteter som potensielt retraumatiserende i vertslandet, altså «(...) stressfulle opplevelser som, hos traumatiserte

personer, reaktiverer følelser av smerte og avmakt framkalt under traumatiseringen.»
(Brunvatne ,1999, s.107).

Reidun Førde (2014) beskriver i «Tapt barndom ... eller?» erfaringer med dialoggrupper for flyktningbarn- og ungdommer. Dagboknotater fra arbeidsprosessene og gruppeledernes refleksjoner ledsages av eksempler på sanger, narrative øvelser, illustrasjoner og vignetter om forløp og tilpasninger. Bakgrunn for rekruttering/henvisning til gruppene beskrives som en respons på barrierer for både adgang til og oppsøking av hjelp fra det ordinære systemet, med vekt på utfordringer knyttet til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Oppstarten på arbeidet med kreative samtalegrupper i min lokale kontekst var identisk med hva Førde beskriver; en gruppe EMA på et mottak der helsesøster uttrykte et ønske om temmelig *ad hoc* å tilby gruppen dette «noe». Slik ble samarbeidet om metodeutprøvingen igangsatt. Førde satte seg et ambisiøst mål;

Gruppen skal bidra til å fremme mestring og gjøre hverdagen mer forutsigbar for deltakerne, samtidig som den skal være et virkemiddel for å unngå alvorlige psykiske lidelser som følge av traumatiske opplevelser. Gruppen skal fungere som et verktøy for å fremme opplevelsen av psykisk helse og resiliens og lindre psykosomatiske eller psykososiale plager. (Førde, 2014, s. 145).

Førde fastholder verdien av at gruppene varer over en viss tid (ibid., s. 139). Psykoedukasjon rundt normale reaksjoner på unormale hendelser i form av angst, uro, søvnløshet og tristhet ble gitt. Ungdommene var i alderen 14-18, og sammensatt både hva gjelder kjønn og landbakgrunn. Det ble brukt forenklet norsk, engelsk og andre språk som resonerte hos ledere og/eller deltakere. Førde redegjør for kritikken de mottok fra en høyt ansett fagperson for ikke å ha brukt tolk. Forløpene bærer preg av avbrudd, frafall og tilbakemeldinger fra ungdommer og andre voksne rundt dem om at «de har mer enn nok problemer fra før om de ikke skulle måtte begynne å «rote opp i dette igjen i gruppen» (...)» (s. 152). Ungdommenes evalueringer og gruppeledernes evalueringer går i retning av at gruppedeltagelsen har betydd mye, at problemer har blitt lettere å snakke om og finne ord for, og at de var blitt tatt på alvor og lyttet til (Førde, 2014, s. 192). Det beskrives hvordan oppholdstillatelse som selvstendig faktor påvirket opplevelsen av eventuell «positiv fremtidsberedskap.» (ibid., s. 193). Dette sammenfaller med Jenssens funn om uvissheten i uavklart oppholdsstatus og hvordan dette griper inn i ungdommenes liv, både intrapersonlig, i gruppedynamikken og i sin tur helsen (Jenssen, 2017). Førde omtaler ungdommens evaluering av nytten som «udelt positiv» (Førde, 2014, s.196). Jeg finner ikke videre refleksjon knyttet til hvem som har ledet denne

evalueringen og deres relasjoner til ungdommene. Forfatteren oppsummerer med at «(...) det til syvende og sist er ungdommene selv og den gjensidige tilliten som oppsto mellom oss som var avgjørende for resultatet. Dette er også i tråd med det barna selv har uttalt, samt også ut fra egne studier (Førde 2007³)» (Førde, 2014, s. 195).

2.3 Eksisterende og pågående forskning knyttet til bosatte EMF

En markant aktør innen forskning- og fagutvikling om flyktning- og innvandrerhelse i Norge er Folkehelseinstituttet (FHI)⁴. I **UngKul**⁵-rapporten kalt «*Etter bosettingen: Psykisk helse, mestring og sosial integrasjon blant ungdom som kom til Norge som Enslige Mindreårige Asylsøkere*» (Oppedal B. , Jensen, Seglem, & Haukeland, 2011) finner jeg spesiell relevans til min studie i oppsummeringen av funn og drøfting av mulige tiltak (ibid., s. 44). Følgende supplerer de generelle antakelsene og fokuset på posttraumatisk stresslidelse (PTSD) som «flyktingelidelsen over alle» - oppsummert tidligere i samme rapport; «PTSD og depresjon kan utvikles som konsekvens av at en person har vært eksponert for traumatiske hendelser. Samtidig kan depresjon også utvikles som resultat av pågående belastninger i hverdagen etter ny bosetting. Personer som har, eller har hatt, PTSD synes å være særlig sårbare i slike situasjoner. Det kan med andre ord være vanskelig å skille mellom hva som er årsak til posttraumatiske stressplager, og hva som er årsak til depresjon hos våre deltakere.» (ibid., s. 35) Uavhengig av variabler og usikkerhet rundt årsakene er det altså interessant å se hvordan:

[vi vet] at det er et stort underforbruk av psykiske helsetjenester blant flyktingebefolkningen. (...) Det kan være at det er behov for å forebygge og behandle psykiske plager blant enslige flyktninger på andre arenaer, som for eksempel på skolen. Skolene har gode muligheter, både gjennom helsesøster og pedagogisk-psykologisk tjeneste, til å tilrettelegge *gruppeintervensjoner* (min utheving) for elever med mye psykiske plager, med fokus på sosial støtte og/eller mestring. (ibid., s. 44)

Som ledd i UngKul gjennomføres det i disse dager et omfattende flermetodisk forskningsprosjekt kalt *Mestring i Mottak og Kommuner (MMK)* som respons «(...) på mangel(en) på forskningsbaserte lavterskeltilbud for denne gruppen. *Teaching Recovery Techniques (TRT)* er utviklet av *Children and War Foundation*, og har vært effektiv og

³ Førde, S. (2007) *Refugee Children and Resilience; Participation, Empowerment and Subjective Wellbeing*. Thesis submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree Master of Philosophy in Health Promotion. Universitetet i Bergen (UiB).

⁴ FHI huser f.o.m 1.1.18 også Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI).

⁵ Ungdom, kultur og mestring.

implementert med gode resultater blant barn og unge i krigs- og katastrofeområder. (...) Studiens målsetning er å implementere og evaluere effekten av TRT blant asylsøkende barn på mottak, samt blant barn og unge som kom til Norge som enslige mindreårige asylsøkere og har fått opphold her i landet. (...) Studien har et eksperimentelt venteliste/kontrollgruppe-design, med testing av psykiske plager før og etter intervensjonen.» (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2017).

Det blir presisert at det ikke kreves *klinisk* helse- og sosialfaglig bakgrunn som gruppeleder i TRT. Dette skiller seg fra uttalte anbefalinger til kreative samtalegrupper. En annen forskjell er etter hvilke parametre en måler – «testing av psykiske plager» - altså symptomtrykk pre- og post deltakelse. Dette er ikke gjort i litteraturen i 2.2 og er heller ikke hensikten med min studie. Store studier som MMK er viktige å ta i betraktning når en skriver seg inn i feltet og tar for seg eksisterende kunnskap relevant for denne studies på tross av forskjellene i metode, forskningsfokus- og omfang.

2.4 Eritreere og helse i eksil

Mye på bakgrunn av hvordan informantene selv snakket om sin helseverden i Eritrea, og tematiserte forskjellene til andre EMA/F-grupper på mottak og læringsentra, valgte jeg å inkludere to engelskspråklige forskningsartikler som belyser et kvalitativt utvalg etiopiske og eritreiske diasporagrupper forhold til og forståelse av forebyggende helsearbeid og faktorer som påvirker og bidrar til psykisk uhelse. Hverken presentasjon av kunnskapsstatus, det teoretiske rammeverket eller studien som helhet har tillat en grundig fremstilling av hverken helseomsorgssystemet i Afrikas Horn / Eritrea / Etiopia ei heller denne heterogene gruppens tilpasninger relatert til helseforståelse- og adferd i forskjellige vertsland på tvers av generasjoner og kjønn. Et fokus kun på *endringer i helseforståelse- og adferd i eksil* for alle aldre, nasjonaliteter og religiøs tilhørighet, fortonte seg ikke dekkende nok for kontekst og felttilgang; *unge eritreiske flyktninger som har deltatt eller deltar i kreative samtalegrupper*. Selv om informantene i disse forskningsartiklene ikke alle er unge, mannlige og/eller enslige, vurderer jeg refleksjoner og narrativer knyttet til helseforståelse- og adferd i akkulturasjonsfasen i nye hjemland som relevant fordi mange av de kontekstuelle faktorene samsvarer med hva som er tilfelle for ungdommene i min studie.

Palmer (2011) fant i sin studie av 13 etiopiske informanter i London indikasjon for at profesjoner og tjenestetilbydere involvert i planlegging, tilbud og finansiering av helse- og sosialtjenester og pleie må anerkjenne bredden av problemer og utfordringer som eksilgruppen lever med. De må etterstrebe en 'holistic response' i betydningen mobilisering og utvikling av tjenestene i favør av likeverdighet. Palmer viser til Kleinman et. als (1997) vektlegging av 'social suffering' som et samfunnspolitisk problem. Han knytter symptomene på sosial lidelse til boforhold, immigrasjonsmyndigheter og økonomi. En kollektiv konsekvens av sosiale strukturer laget og forvaltet av 'human agency' kan og må endres nettopp «by human agency». (ibid., s. 61).

Worabo (2017) undersøkte voksne eritreiske flyktningers oppfatning av forebyggende helseomsorg i USA i en sekundæranalyse av narrative data fra to fokusgruppeintervjuer. Det beskrives hvordan diasporagruppens styrker (holdninger og fokus på familie, lokalsamfunn og tilegning av ny forståelse for deres nye miljø) burde tas hensyn til i utarbeidelse av preventive helseprogram. I en studie av eritreiske tidligere asylsøkere i Sverige (Jonzon, Lindkvist, & Johansson, 2015), der følelser av ambivalens, mistillit, usikkerhet, frykt og kommunikasjonsbarrierer ble beskrevet i samtaler om hvordan rutinemessige helseintervensjoner (screeningprogram, vaksinerings etc.) erfares, finnes felles trekk med Worabos utvalg. Sensitive tema som HIV og psykisk helse burde, i følge den svenske studien, introduseres nettopp i en gruppesetting med fokus på undervisning og generelle fakta. Worabo sier videre;

Considering the allostatic load associated with extreme life experiences, health promotion activities should nurture these individuals' resiliency by acknowledging their hopeful and grateful attitudes as strengths and continue to reach out to this community with compassionate care. Further studies are needed to explore Eritreans attitudes toward mental healthcare services and to better understand what the culturally sensitive, effective therapies for mental health conditions are. (ibid., s. 315)

I min studie er flere av elementene Worabo belyser og etterlyser til stede, både i selve metoden kreative samtalegrupper og i det metodiske opplegget valgt for å undersøke informantenes oppfatning av metoden i lys av deres helse- og sykdomsnarrativer relatert til forebygging og migrasjons- og akkulturasjonsstress. Som Palmer (2011), vektlegger jeg sykdomsbyrden i flyktningebefolkninger og forsøker å innta informantenes perspektiv ved å tolke deres 'allostatic load' som et resultat av strukturelle problemer og ikke 'galskap'.

2.5 Oppsummering

Forskning relatert til kreative samtalegrupper har ikke tidligere hatt til hensikt å belyse hvordan deltagelsen påvirker helseforståelse- og adferd for bosatte flyktningeungdommer i et (høyinntekts)land som Norge. Slik gruppene omtales i litteraturen, synes det å foreligge faglig konsensus for at gruppeprosesser i forskjellige format kan bidra i lindring og forebygging av de belastninger og den risiko ungdomsgruppen som helhet lever under. Majumder m. fl (2015) argumenterer til eksempel for viktigheten av å innlemme denne klinisk lille men signifikante gruppen ungdommer i utviklingen av tilbud og praksis innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Dette er overførbart til føringer for brukermedvirkning- og kunnskap i specialist- og kommunehelsetjenesten – de to aktørene i gruppene min studie omhandler. I tillegg tar denne studien for seg de store linjene i kulturelle erfaringer og spenninger i faktiske helsemøter, da spesielt for enslige ungdommer etter tvungen migrasjon.

3 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil jeg illustrere problemstillingens større faglige og globale sammenheng. Hensikten er å pakke inn spørsmålene man *introdueres for* og selv *introduerer* i forskningsprosjektet. Dernest må funn og konklusjoner drøftes opp mot eksisterende kunnskap for å hevde ny viten (skapelighet). For å svare på problemstillingen, har det synes nødvendig å inkludere noe om *kultur*, noe om *helse og sykdom*, noe mer om *medisinsk antropologi* og *narrativers* styrker og svakheter i gitte fagfelt, *brukermedvirkningsbegrepet* og perspektiver på *språk*, *tolking* og *morsmål*.

3.1 Kultur

Mye lærdom kan trekkes av diskursen som preger kulturbegrepets innhold og anvendelighet. Clifford Geertz' (1973) dynamiske kulturdefinisjon vektlegger menneskenes aktive skapen av «webs of significance» som rakner, repareres og overfører verdier og kunnskap i menneskemøter og på tvers av generasjoner gjennom symbolske handlinger, artefakter og tekster. En parallell kan trekkes til det samspillet antropologene interesserer seg for når de hevder at sykdom er kulturelt formet. Kirmayer og Minas (2000) sammenligner kultur med «(...) fiskens vatten; det omger oss med en usynlig självklarhet. Kulturen blir synlig och reflekterad i mötet med det främmande.» (gjengitt i Bäärnhielm, 2014, s. 22). Både det menneskespunnede nettet og fiskens kjente farvann er gode illustrasjoner på hvordan interkulturelle erfaringer og kommunikasjon også omfatter stereotypisering og gruppering etter beste (og verste) evne, når (menings)trådene er fulle av knuter eller gjellene ikke finner ut av hvordan de puster i det nye elementet luft.

I en postmoderne, global tidsalder argumenterer Hylland Eriksen (2004) for å bruke mer presist betegnende ord og uttrykk når disse finnes. Det er ofte mer hensiktsmessig å presisere; for eksempel ved å si *kommunikasjon*, *kunnskap*, *norm* eller *tradisjon*. Dette forbeholdet tar også Ingstad (2007); «Forestillingen om kultur som noe som former en bestemt gruppe mennesker over samme lest og styrer deres handlingsvalg, har alltid berodd på en grov forenkling av virkeligheten. Det ligger også en fare for over-eksotifisering av mennesker, ved at all (for oss) uforståelig adferd tolkes som kultur.» (s. 38) Kulturelle dimensjoner ved en gitt situasjon som tilegges uforholdsmessig mye vekt, kan skygge for like viktige om ikke

viktigere elementer. Derav viktigheten av å gjennomgå begrepet og de praksiser og forestillinger som gjør definisjonen og bruken av det til en komplisert affære – både i og utenfor forskning.

3.2 Kort om helse og sykdom

I *Hva er helse* (Mæland, 2009) finnes rikt illustrerte idéhistoriske refleksjoner rundt begrepet. Ordets etymologiske røtter; *heill* og *hailson* betyr *hel*, *hell* og *hellig*. «Språkforskere finner også at helse har slektskap med det greske ordet *koily*, som står for «det skjønne»» (ibid., s. 10). Helse er en verdi verdt å strebe etter, dog med forskjellige utgangspunkt, midler og mål. Mæland dveler ved grenseoppgangene i helsebegrepsanalysen – «Helse forutsetter liv, men også noe mer» (ibid., s. 141). Dette ´mer´ er noe annet enn overlevelse, noe annet enn funksjon, noe som helsebegrepene alene ikke dekker. Det samme kan sies om sykdom – som preger oss så forskjellig i form og forløp. *Behandling* er intervensjoner myntet på å lindre sykdom. *Sykdom* representerer i ytterste konsekvens tilstander som plasserer oss nærmere døden, noe begrensende, noe som vi på forskjellige måter kommuniserer om og gjennom til eksempel biologiske, psykologiske og sosiale prosesser. Sykdom og lidelse kan også kan sameksistere med *helse* og ´friskhet´.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerte i 1946 helse som «(...) ikke bare fravær av sykdom eller svakhet, men som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende» (gjengitt i Mæland, 2009, s. 42). Kritiske røster understreker definisjonens utopiske mål, mens idealismen og holismen den rommer høster fremdeles bred applaus. Det er spesielt *velbefinnende* og de beslektede uttrykkene *livskvalitet* og *lykke* som problematiseres. Paradoksalt nok blir utfordringen knyttet til det faktum at definisjonen «(...) understreker helsens subjektive dimensjon og fremhever menneskets sosiale væren.» (Mæland, 2009, s. 43) WHO's definisjon bryter med kropp/sjel dualismens forankring i vestlig samfunn og tankegods (Descartes, 1980), og vektlegger den gjensidige påvirkningen dem i mellom. Om den (tredelte) biopsykososiale sykdomsmodellen (Engel, 1977) utdyper Mæland (2009) at;

Sykdomsbegrepet er imidlertid vidt og inkluderer både biomedisinsk verifiserbare tilstander og psykosomatiske tilstander uten sikre objektive funn. Også rene symptombaserte diagnoser aksepteres i praksis som likestilte med mer håndfaste sykdommer, for eksempel når det gjelder sykmelding. (s. 37)

I en tredelt sykdomsforståelse vil det biologiske regnes som objektivt, det subjektive som psykologisk og det sosiale som samfunnsmessig – på engelsk; *disease*, *illness* og *sickness* (Mæland, 2009, s. 20). Edvard Hauff (1999) viser til modellens nytteverdi i sameksistens med andre, og tar til orde for at vi «(...) i helsearbeid med flyktninger har særlig nytte av en medisinsk tilnærming som i tilstrekkelig grad integrerer mening og subjektiv erfaring med forståelsen av biologiske og sosiale prosesser.» (s. 86)

Den biopsykososiale modellen har de senere år vært gjenstand for påvirkning fra systemteoretiske retninger av økologisk og transaksjonell art. En foreslått *dynamisk* biopsykososial modell anser eksempelvis helse som et produkt av den gjensidige påvirkningen både biologiske, psykologiske, intrapersonlige og kontekstuelle makrosystemer har både på personlig og historisk plan (Lehman, David, & Gruber, 2017). Denne retningen finner jeg ytterst interessant for flyktningepopulasjoner generelt og deres helsemessige situasjon- og møter i eksil spesielt.

3.3 Medisinsk antropologi

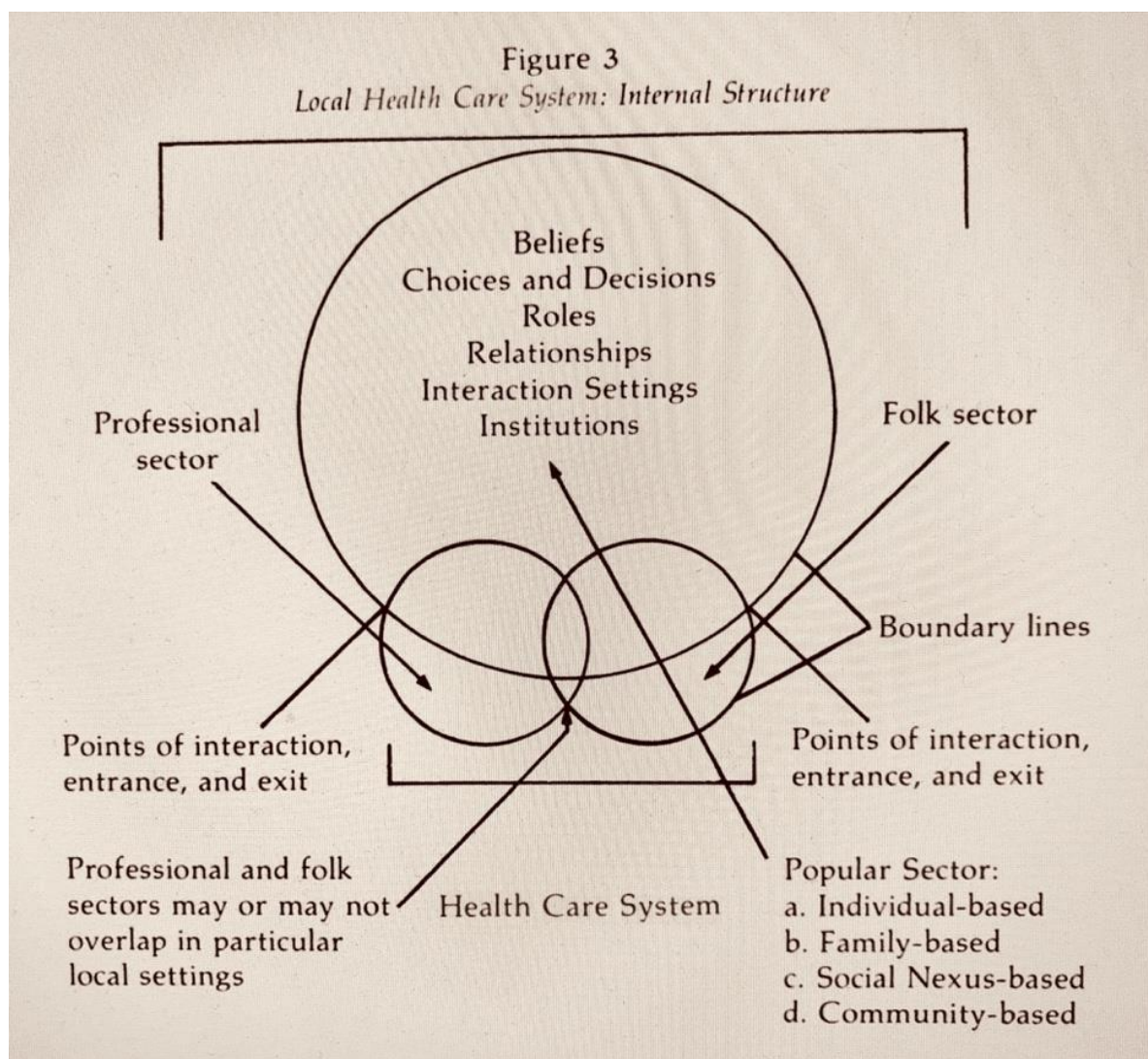
Kulturelle praksiser og forestillinger relatert til de medisinske forståelsesmodellene og helseomsorgssystemet en person orienterer seg ut i fra, er interessefeltet til medisinske antropologer. Ingstad (2007) situerer fagfeltet tett opp mot sosialmedisin, medisinsk historie og medisinsk sosiologi der en søker å belyse «(...) det samspillet som finnes mellom de biologiske prosessene, det meningsinnholdet som individ og samfunn legger i lidelsen, og den livssituasjonen lidelsen gjenspeiler og skaper.» (s. 40). På verdensbasis har medisinske antropologer fotfeste i forskjellige fakultet og arbeidssteder. Fagfeltet har etablert teoretisk fotfeste og utviklet verktøy i praksis- og forskningsøyemed som resultat av åpenbare behov for kombinasjonen spesialisering og helhetstenkning i studier av stadig mer komplekse menneskelige leveformer. Medisinsk praksis innlemmet i antropologiens verker finner vi første gang beskrevet i 1924, i Rivers' *Medicine, Magic and Religion*, som «Polemisk mot sin samtid hevdet [at] primitiv medisinsk praksis ikke må forstås som en blanding av usammenhengende og meningsløse skikker, men som et strukturert system av underliggende medisinske oppfatninger og forestillinger om sykdom» (gjengitt i Ingstad, 2007, s. 18). Siden har fagets utvikling dreiet seg mer rundt medisinske systemer som kulturelle praksiser – herunder «vår egne» vestlige biomedisin og dens vitenskapelige fremskritt, makt og diffusjon.

Først på 50-tallet ble fagfeltet beskrevet, undervist i og utviklet som 'applied' (anvendt). Ingstad (2007) trekker frem B. Paul som «(...) retter oppmerksomheten bort fra en statistisk forståelse av lukkede kulturelle sammenhenger og mot en systemteoretisk behandling av medisin og samfunn.» (s. 20). Fra sent 70- tall etablerer fagfeltet sin teoretiske plattform i utdanningsplaner, tidsskrifter og større forskningsprosjekter, også av tverrfaglig art. Faget viser muskler i endringsarbeid på makro-, meso- og mikronivå i helsepolitiske kampanjer, epidemiologi og «mer enn oversettelse» mellom ulike medisinske systemer og praksiser.

Psykiateren og antropologen Arthur Kleinman utviklet 'explanatory models' (EM⁶) og Health Care System (HCS) – på norsk; helseomsorgssystemet (Kleinman, 1980). EM anvendt i klinisk setting kan kontekstualisere sykdommers etiologi, forløp og behandlingsalternativer. En utforsking av partenes EM har som mål å innlemme opplevd mening, forståelse og forventninger. Disse 'forklaringskartene' må fortolkes og nyttiggjøres som absolutt kontekstbundne og ikke forveksles med standard- eller prosedyreklingende forklaringer som f.eks. «slik oppfatter (alle) voksne thaier og deres pårørende en manisk episode».

Ut fra oppgavens problemstilling finner jeg det relevant å vektlegge HCS i studiens teoretiske rammeverk. Et HCS kan beskrives som en forenklet sektormodell av et bestemt samfunn. Innenfor hvert HCS regjerer ulike praksiser som i sin tur er knyttet til medisinske systemer, forståelsesmåter og praksiser, altså et *medisinsk mangfold*. Også i lille Norge finner vi slik pluralisme.

⁶ Må ikke forveksles med EMA/F!



Kleinmans orginiale modell (*Patients and Healers in the Contest of Culture – An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, 1980, s. 50)

Det er i den private sektoren av et HCS at mest sykdom oppdages og helseomsorg utøves. Et opplevd og beskrevet sykdomsforløp beveger seg mellom 'stua', nettverket og behandlere av folkelig eller profesjonell art. Ingstad (2007) sier at «ved å studere samfunn ut fra en slik modell får man en helt annen forståelse for de valg folk foretar med hensyn til helseadferd enn ved å legge hovedvekten på deres forhold til den moderne medisinen.» (s. 52). For å unngå en 'kulturifisering' av disse mekanismene, vil følgende familiære eksempler illustrere navigeringen (den faktiske helsesøken- og adferd) innenfor et gitt HSC. Min mor alternerer mellom urteremedier (slik hennes far var oppvokst med), skjelett- og muskelplagebehandlinger uten vitenskapelig evidens, homeopati og antroposofisk medisin. Dette foregår parallelt med for oss 'vanligere' farmakologiske intervensjoner rekvirert av fastlege og sykehus. *Troen på eget medisinskapp* kan i hennes tilfelle vise hvordan

navigeringen mellom nivåene i det tilgjengelige HCS manifesterer seg som inntak av blåbærkapsler mot forkjølelse, bønn ved andres sykeleie uten ellers å behøve og identifisere seg med eller praktisere religion, paracetamol ved hodepine, persilleavkok som lindrende for podagra og kortisonsprøyte når skulderen gir opp. Ingstad illustrerer i følgende sitat hvordan dette gjør seg gjeldende i forskjellige (og langt fra eksotiske) HCS:

Den private sektoren kan både bremse og tilskynde tendensen til å søke hjelp i andre sektorer. Begrensningene kan ligge i sterk tro på egne regler for kosthold og sykeadferd eller i felles aktiviteter i religiøse fora og selvhjelpsgrupper. Den private sektoren handler først og fremst om hjemmet og husholdet med kvinner som hovedaktører (...)
(Ingstad, 2007, s. 53)

C. Leslie (2010) minner oss om at «The health concepts and practices of most people in the world today continue traditions that evolved during antiquity. » (s.55), og tar til orde for heller å benytte oss av begrepet 'cosmopolitan medicine' - «(...) usually called alternatively «modern medicine», og «scientific medicine» og «Western medicine». Translations of these terms are widely used in Asian languages, along with other labels; Dutch medicine, English medicine, allopathy, doctor medicine and so on. » (s. 59). Dette blir stående som en *biased* kontrast til begrepet og meningsinnholdet i *tradisjonell medisin* – som om det moderne alltid tilskrives utvikling og det tradisjonelle stagnering. I Kina og India finner vi både fakultet og sykehus der begge retningene er integrert og i tilsvarende utvikling. 'Tradisjonell' medisin generelt – uten videre problematisering av begrepet her – er også beskrevet som særskilt innovativ, for eksempel i form av behandlersamarbeid med andre profesjoner i overlappende eller separate sektorer. «At tage hvad man haver» ved manglende eller fluktuerende tilgang til anvendte remedier blir óg en påminner for moderne samfunn der medisin er høyteknologisert- og spesialisert på en slik måte at reell spredning av alle dens nyvinninger fortøner seg urealistisk.

En i utgangspunktet individualistisk og biomedisinsk forståelse av sykdommers opphav kan også ha innslag av andre systemer eller tenkemåter; henholdsvis *naturalistiske* og *personalistiske* - og motsatt. Blant de naturalistiske finner vi indisk ayurveda, pakistansk og arabisk unani-medisin, kinesisk medisin m.fl. Her står *balanse* sentralt, både i diagnostisering og behandling – mellom kroppsvesker og i samspillet mennesket, relasjoner og naturen dem imellom.

Personalistiske systemer opererer på to nivå, og er utbredt i Afrika sør for Sahara. En finner dem også i andre deler av Afrika og i Latin-Amerika sammen med 'cosmopolitan' medisin (for å følge opp Leslie (2010)), og naturalistiske forklaringsmodeller:

Først har vi den form for årsak som ligger nærmest opp til biomedisinens sykdomssyn, som forklarer sykdommer som forstyrrelser i kroppslige prosesser. Her snakker man om høyt blod, lavt blod, for mye, for lite og aller viktigst: urent blod. (...) Neste nivå forklarer opprinnelsen til disse plagene og gir svaret på det helt sentrale spørsmålet: *Hvorfor skulle dette skje med meg, og hvorfor akkurat nå?* (min utheving) Her opererer man med forklaringer som hekseri (oftest forårsaket av misunnelige naboer, rivaler eller slektninger), forfedrenes vrede eller brudd på tabuer som foreskriver seksuell avholdenhet i visse faser av livet (etter abort eller fødsel, ved ektefellens død). Når alle muligheter for opprinnelsesbasert behandling er prøvd ut, gjenstår en restkategori som er «Guds vilje» eller «det bare ble slik». (Ingstad, 2007, s. 47)

Helman viser til *eksternaliserende* og *internaliserende* 'belief systems' om helse – der de *eksternaliserende* hovedsakelig fokuserer på sykdommens etiologi *utenfor* den sykes kropp – altså i den sosiale verdenen (Helman, 2007, s. 139). Vitenskapelig biomedisins *internaliserende* karakter kommer til syne ved dens vektlegging av biomarkører – objektive fysiologiske og patologiske prosesser som forklaringer på hvordan og hvorfor sykdom oppstår. Styrken ved denne kan ligge i detaljerte, avgrensede og ikke minst forskbare (!) klassifiseringer, mens svakhetene oppstår når «(...) ignoring the social and psychological events that preceded the onset of symptoms – while the reverse is true of the externalizing systems» (Helman, 2007, s. 140). Et avrundende eksempel illustrerer dette: Mine erfaringer med astma og anoreksi i barne- og ungdomstid blir av min mor knyttet til stress som pårørende til kritisk syk søster. Dette er óg refleksjoner jeg gjorde meg etter å ha innhentet journaler for å se mine *illness og disease* nedtegnet. Ingen av spesialistene ser ut til å ha forholdt seg til mors opplevelse av sykdommenes relasjon til *pårørendestress*. Setninger om fravær av arvelig sårbarhet og psykososiale perspektiver som '*ingen hendelser av betydning i forkant av sykdomsutbrudd, pluss for trygge og ressurssterke familieforhold*' er det flere av. Ingen rundt oss antas å tillegge hverken pårørenderollen og eller mine foreldres håndtering av denne *skyld* i utviklingen av respiratoriske- og kroppsbilderelaterte sykdommer. Intervensjonene og behandlingen jeg ble tilbudt tok for seg andre aspekter og snakket om årsaken på annet vis, eller ikke i det hele tatt. Det er et tankekors at det vanligste spørsmålet jeg får når jeg forteller folk om min sykehistorie er; *Hva tror 'de' det skyldtes?*

3.3.1 Kritiske og fortolkende retninger

Hva befatter kritiske retninger innen medisinsk antropologi seg med? Anne S. Grønseth (2009) skriver at:

Studies of critical medical anthropology demonstrate how it is necessary to attend to economic, social and power structures that are crucial in shaping and maintaining sickness and disease among marginal and less empowered social groups, such as refugees. However, *an overemphasis on global and local forces which generate social structures that produce refugee illness* (min utheving), can run the risk of not recognizing biological human processes in need of immediate attention and cure. Furthermore, a focus on structural conditions can lead to unintentionally picturing refugees and powerless groups as passive victims who have little or no access to reflection, resistance and agency. (s.10)

Jeg leser dette dithen at «overemphasis» ikke bidrar til å hente frem eksisterende ressurser hos flyktninggrupper – hverken i eller utenfor pasientrollen. Kanskje minst håndgripelig blir temaet for tjenesteutforming og konkret klinisk arbeid, der fagfeltet, uansett hvor kritisk orientert – skal bidra som en *applied science*. Ingstad (2007) anser retningen først og fremst som en «analytisk tenkemåte». Singer har omtalt 'the emergent critical trend' innenfor medisinsk antropologi (1990). Han kritiserer fagfeltets blindhet for politiske og økonomiske faktorer i utvikling av teori og praksis, og foreslår strategier for nødvendige justeringer. Sammen med H. Baer hadde han allerede i 1982 lansert betegnelsen 'kritisk', uten at det vil si at faget ikke før hadde «(...) inkorporert kritiske politisk-økonomiske tilnærminger» (gjengitt i Ingstad, 2007, s. 209). Fagets etablering skjedde jo engang i en optimistisk post-kolonialistisk tidsalder med global politisk vilje for å sikre helsetilgang og spredning av medisinske fremskritt til alle. Min studie etterstreber ikke fullstendig avstand og nøytralitet, og argumenterer for styrkene ved praksisnær forskning dersom den evner å innlemme etisk refleksjon og kritisk distanse når forskeren selv er verktøy og fortolker. Jeg vil tørre å påstå at en kombinasjon av kritisk og fortolkende retning videre vil yte problemstillingen og studiens lokale kontekst rettferdighet.

3.4 Flyktningsykdommer?

Det er nærliggende å gjennomgå hvilken risiko for uhelse flyktningers strukturelle rammer i nye vertsland representerer. Som redegjort for i kapittel 2 er PTSD noe av hva ungdommene

som får tilbud om kreative samtalegrupper antas å ha eller utvikle symptomer på. Det understrekes hvordan en marginalisert tilværelse i tidlig akkulturasjonsfase, da spesielt i kombinasjon med uvisshet rundt oppholdsstatus både i transittland og i Norge, i seg selv oppleves belastende. Satt på spissen er det ikke gitt at 'ting' nødvendigvis er *post* (noe rammene for denne teoretiske gjennomgangen dessverre ikke tillater meg en fylligere drøfting av) – og noen av PTSDs diagnosekriterier; som til eksempel gjenopplevelser. Hvis utelukkende krigens følgetilstander i form av tap av hjem, familie og kontinuitet er *den store skaden* (herunder ulike erfaringer med tortur, overgrep og vold underveis i flukt, eller for den saks skyld i barndomsårene) og blir stående som *det virkelig traumatiske*, kan en risikere å overse traumatiserende forhold i eksil. P-en i PTSD er derfor med forbehold og minner oss også om at ikke alle erfaringer av traumatiserende karakter etterlater menneskene som (over)levde gjennom dem *traumatiserte*. Vestlig forankrede diagnostiske kriterier og systemer i møte med traumatiserte og torturerte flyktninger utfordres både med hensyn til sin egnethet til «(...) å beskrive og forstå menneskers psykologiske reaksjoner på ekstrem organisert vold og hvorvidt de er transkulturelt anvendbare overhodet.» (Lavik, 1999, s. 135)

Hva er så PTSD og hvilke implikasjoner har diagnosen slik den anvendes globalt og ikke minst; når den søkes forebygget lokalt? Jeg begrenser meg å si noe om bakgrunn for utvikling av diagnosen og refleksjoner rundt dens anvendelighet. I Nordanger et. als faktaboks om PTSDs introduksjon og kriterier (Nordanger, Mjaaland, & Lie, 2006) kan vi lese at;

(...) PTSD ble introdusert i den tredje revisjonen av Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III) i 1980 (American Psychiatric Association (APA), 1980⁷) nettopp som et resultat av oppsamlede erfaringer med problemene Vietnam-veteranene slet med. Diagnosen ble raskt sentrum for det meste av teoribygging, forskning og utvikling av terapeutiske intervensjoner på traumefeltet. PTSD inkluderer tre symptomgrupper: Gjenopplevelser og andre invaderingssymptomer (kriterium B), symptomer knyttet til unngåelse av påminnere av den traumatiske hendelsen (kriterium C), samt symptomer på overaktivering (kriterium D). (...) For at man skal kunne vurdere diagnosen PTSD, må personen ha opplevd, vært vitne til eller blitt konfrontert med en hendelse som involverer reell død eller alvorlig skade eller trussel om dette, eventuelt en trussel mot ens egen eller andres fysiske integritet (kriterium A).

⁷ APA. (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Nordanger et. als artikkel vurderer foreliggende forskning som samstemt i at vi som mennesker i alle aldre og fra alle verdenshjørner er like sårbare for «(...) hendelser forbundet med krig, deriblant militære trusler, voldtekt og tortur samt tap av nære, eller tap av hjem og eiendom.» Hvordan symptomer som har sammenheng med slike erfaringer manifesterer seg, kommuniseres og tillegges mening er likevel forskjellig. For eksempel beskrives en annen diagnose i den alvorligste enden av skalaen, *Vedvarende personlighetsforandring etter katastrofale hendelser* (F.62.0 i diagnosemanualen ICD-10⁸), som en tilstand av ekstreme og kronifiserte sekveler⁹ av katastrofale hendelser som langvarig fangenskap, tortur og andre livstruende situasjoner. PTSD kan gå forut for en slik personlighetsforandring, men diagnosekoden F.62.0 ekskluderer faktisk PTSD.

Der en før la til grunn at spesifikk traumebehandling måtte sikres *før* folk kunne nyttiggjøre seg av nettverksressurser og andre «(...) kulturelle og kontekstuelle forholds betydning for psykososial helse», viser forfatterne til nyere forskning som «(...) indikerer at dette kun er tilfellet for et mindretall av mennesker som har vært eksponert for potensielt traumatiserende hendelser» (Nordanger et. al, 2006). Det andre klare flertallet skal *ikke* under «traumelupen», men sikres støttende rammer og prosesser for over tid kunne leve med det som skjedd og skjer i livene deres med det de selv har utviklet av verktøy, adferd og forklaringer for mestring og bearbeiding. Dette er høyst relevant for den uttalte hensikten med kreative samtalegrupper for flyktningeungdommer spesielt og traumeutsatte generelt. Arbeid med mennesker som har gjennomgått potensielt traumatiserende tap og flukterfaringer bør hjelpes til å gjenetablere kontinuiteten i livet ved å legge til grunn følgende;

I dette [forebyggings] perspektivet har tidligere traumer og eksilsituasjonen i seg selv samme destruktive potensial, dvs. potensial til å ødelegge den røde tråden i livet. Et slikt fokus impliserer at man i det psykososiale arbeidet søker å styrke og lette tilgangen til sosiale og kulturelle strukturer som hjelper oss å forståeliggjøre opplevelser, og som hjelper oss å lage sammenheng mellom sekvenser av livet. Et bekreftende felleskap og tilgang til kulturelt anerkjente ritualer, tradisjoner og ressurspersoner tjener begge disse hensiktene for alle mennesker – uavhengig av etnisk og kulturell tilhørighet. (Nordanger et. al, 2006)

⁸ <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2003/fr-icd.htm?gf60.htm+>

⁹ Senskader/ettervirkninger.

3.5 Narrativer

Cheryll Mattingly og Linda C. Garros (red.) (2000) bidragsytere drøfter fordeler og ulemper ved narrativ tradisjon og fokus innen medisinsk antropologi. Historiefortelling preges av utvelgelse, formkrav, meningsinnhold, relasjon til (og antatt) publikum, overtalelse, tid og kommunikasjonskanal- eller medie(r). Forskere har utfordret den allmenne forståelsen av personlige narrativ som uslåelig virkelighetsnære og «true to life» (s. 160). Som eksempel gis det kanadiske Anishinaabe-samfunnets erfaringer med diabetes som både biomedisinsk og i form av en «white men and their diet brought it to us» forklaring – dypt forankret i gruppens historiske forhold til Canada. Disse utelukker ikke hverandre. Den kollektive erfaringen undertrykte folkegrupper som Anishinaabe har, vil være en medvirkende faktor til fortellingen om «white men» hva gjelder sykdommens etiologi. «The culturally available explanatory frameworks do not shape the construction of illness experience in a deterministic fashion but are flexible and provide relatively wide latitude for constructing a narrative that is both plausible and consistent with individual experience» (ibid., s. 261). Slik kan fortellingenes struktur og symbolbruk helt konkret vise mennesker - både individuelt og som familier og grupper - hva som er nyttig, sømmelig, pragmatisk og overbevisende i håndtering av lidelse.

Narrativer er således effektive og komplekse på samme tid. De *uttalte* narrativenes funksjon er også å tvinge oss til å reflektere over hva som er det «untellable». «People bleed stories, but academics gather narratives», sier Wikan (2000, s. 217). Med sin egen dramatiske sykdomshistorie leder hun oss på overbevisende vis videre til å kjenne empati med hennes levde, virkelighetsnære erfaring – og setter spørsmåltegn til hvorvidt det egentlig forholder seg slik. Kirmayer hevder at de litterære analogiene som medisinsk antropologi er preget av, mørklegger essensielle trekk ved kliniske møter og feiler i å adressere det han anser som hovedproblemene ved analyse av sykdomsnarrativ, «(...) the relationships of narrative to bodily experience and to social power.» (referert i Mattingly & Garro, 2000, s. 266). Han er opptatt av det kaotiske ved faktisk levd liv i sykdommers grep, og hvordan dette står i kontrast til det «ordnende» ved narrativ praksis. Mattingly trekker det så langt som at «(...) a narrative portrayal of experience is necessarily artificial, since «no life as lived has the congruence of a well-told tale. » (ibid., s. 268). Det blir da dramaets vesen som skaper koblingen til levd liv. Jeg tar inn over meg disse perspektivene, og anmodningen om å anlegge et pragmatisk syn på vektlegging av narrativene som ufeilbarlige sannhets- og meningsbærende enheter i kvalitativ forskning.

3.6 Mangfold og likeverdighet i brukermedvirkning

Helsetjenestenes forhold til mennesker i antatt eller uttrykt behov av forebygging, utredning, behandling eller (re)habilitering synliggjøres i stor grad når vi oppsøker eller blir bragt til hjelpen og kommer inn under lovverk og forskrifter som kategoriserer oss som *bruker*, *pasient* eller *klient*. Rappana Olsen (2009) beskriver hvordan siste del av forrige århundre ga rom for kravet om medvirkning (s.144). *Pasient*begrepet er lite dekkende for menneskers reelle kontakt med helsevesenet. De faktiske forholdene ved kontakt med helsetjenestene er jo ikke alltid slik at man per definisjon hverken er syke, under legebehandling eller faktisk lider. Eksempler kan spenne fra prevensjon, vaksinerings, massescreeninger og diagnostisering av pre-stadier av forskjellige sykdommer. I *empowerment*litteraturen – som mye av sosialfaglig og pasient- og brukerorientert praksis er forankret i – ser vi vektlagt negative konnotasjoner til pasientbegrepet som ikke styrker det friske og funksjonelle hos menneskene det gjelder (Starrin, 2007). Hos Rappana Olsen (2009) understrekes bruken av begrepet og dets iboende risiko for å bli tvetydig, porøst og gjenstand for ulike tolkninger;

«(...)Medvirkning stiller betingelser til de partene som skal delta.» Handlingsfrihet innen brukermedvirkningsfeltet kan i praksis bety at «ingen» blir ansvarliggjort dersom helsetjenesten ikke makter å planlegge eller utføre behandlingen og samhandlingen etter disse prinsippene, eller at pasienten/pårørende ikke benytter seg av «sjansen» eller ikke har forutsetninger til å nyttiggjøre seg retten og plikten til og bidra med «(...) selvstendig og annerledes kunnskap». (s.172).

I forkant av piloteringen av mitt arbeidssted, Transkulturelt Senter, ble det kommunisert med forskjellige pasient- og brukerorganisasjoner med tanke på å etablere bruker- eller referansegruppe(r). Det har ikke lyktes oss hverken å rekruttere fra egen pasientgruppe eller tilegne oss brukerkunnskap fra minoritetspasienter- eller pårørende tilknyttet slike organisasjoner hverken da eller nå. Dette kan ha sammenheng med stigma knyttet til psykisk helsevern, logistisk-administrative utfordringer, manglende midler og/ eller forankring i ledelse – utfordringer jeg ikke vil utbrodere i denne sammenheng. Det jeg (praksisnært) vil illustrere, er at brukerorganisasjonene som i norsk kontekst befatter seg med dette fagområdet i stor grad mangler mangfoldsrepresentasjon – med den konsekvens at sentrale elementer som forskjellige syn på og erfaringer med eksempelvis tolkebruk, behandling og sykdomsforståelse *ikke* er en del av brukerkunnskapen slik den forvaltes og formidles til og ut fra disse fora. Hvor forskjellig er dette fra problematikk en møter i arbeid med majoritetsbefolkningens ´vanlige´ pasienter når det er snakk om systematisk pasient- og

brukermedvirkning- og representasjon? Hva er det i så fall som bremser for en god prosess og hvordan bør dette arbeidet foregå og snakkes om i fremtidens helse-Norge (Nordby & Botten, 2012)?

3.7 Morsmål og tolk

«I stedet for å si at man er trist, kan man på norsk si at man er bedrøvet, beklemmt, dyster, forstemt, lei seg, mismodig, motfallen, sorgfull, sørgmodig, tungsindig, ulykkelig, vedmodstemt eller deprimert. Disse ordene er ikke synonymer, men uttrykker fint nyanserte betydninger av det å være trist. Denne floraen av følelsesbetingelser tyder på at vi i vår kultur er opptatt av våre indre opplevelser, og at disse har stor betydning for oss.» (Hanssen, 2005, s. 53)

Jeg vil understreke at man på norsk *kan* boltre seg i nyansene av det brede emosjonsrelaterte ordforrådet et lite og relativt nytt språk som norsk besitter. En trekker opp linjer og kjennetegn ved et samfunn eller en gruppes kulturspesifikke repertoar av uttryks- og kommunikasjonsformer på generell basis. Disse vil preges av forhold som en persons personlighet, generasjon, sosiolekt, klassetilhørighet og videre (fremmed)språklige kompetanse. Min bestefars oppvekst i Nordfjord tolker jeg som viktigste grunn for at han nøyet seg med «*eg er lei*» i den alvorligste enden av trist-skalaen, og «*molefunken*» eller «*mutt*» i den andre. Min datter undervises i «Zippy psykisk helse» og skiller mellom tom-trist og savne-trist – sinnsstemninger begge ledsaget av tårer og bøyd nakke som ytre manifestasjoner. Selv vokste jeg opp i tid der Steinerskole-pedagoger hevdet at mitt grunntemperament var melankolsk. Dette strekker seg tilbake til antikk humoralpatologi; luft, ild, jord, vann med de tilhørende fire kroppsvæskene blod, gul galle, svart galle og slim og dertilhørende sangvinikere, kolerikere, flegmatikere – og slike som meg, melankolikere (Larsen, 2002). Da min portugisiske venninne for noen år siden forklarte hva som lå i fado-musikkens mye brukte; *saudade* (god-vond-lengting-etter-en-tid-eller-en-person- som-var, min omskriving) kunne jeg opponere mot dette typestempelet jeg hadde internalisert, og bejuble at en følelse jeg ofte kjente på (men ikke *var*!) *både* hadde et navn og et estetisk-litterært og musikalsk fellesskap; i Brazil feiret de til og med denne følelsen hver 30. januar¹⁰! Å oppdage ordet for noe som jeg erfarte i kroppen (*saudade*) – betegnende ofte, frigjorde meg personlig fra en tilsvarende grovkategorisering (å være redusert til ett av de fire

¹⁰ <https://brasilecola.uol.com.br/datas-comemorativas/dia-da-saudade.html>

temperamentene), og resonerte positivt.

Hverken Steiners anvendte typologier eller Hanssens beskrivelse av *trist*-mangfold i norsk språk er med andre ord (!) dekkende nok på intrapersonlig plan. Dette må vi ha i bakhodet når ungdommene spørres om morsmål og tolkebruk relatert til kommunikasjon om og i helsemøter, gruppedeltakelse og helseforståelse. Når de i intervjuene grovkategoriserer sykdommer som *usynlige/synlige* betyr det heller ikke at deres *språk* – i betydningen symbolske bilder, gester, pauseringer, stemmeklang-, volum og tonefall (Hanssen, 2005, s. 46) – er tomt, nøkternt eller fattig på beskrivelser av helse, sykdom og forebygging, men at disse ikke manifesterer seg på samme måte og for ikke å glemme; forskjellig dem i mellom.

Når vi vil overføre meningen i ytringene – som målet med kommunikasjon er – har *tolken* «(...) en aktiv rolle i kommunikasjonen» (Jareg & Pettersen, s. 28), hun eller han er ikke et nøytralt oversettelsesverktøy. Videre er «(...) ytringene myntet på en lytter, men lytteren trenger ikke å være fysisk til stede i rommet. Det viktigste er at tolkingen innebærer samtidighet i tid.» (s. 26). Samtalepartene gir fra seg mye kontroll da dynamikken følgelig endres av dette ekstra leddet som uavhengig av telefon- eller oppmøteform er en person; med sin alder, sitt kjønn, sin kulturelle bakgrunn, dagsform og yrkeserfaring. Jeg har ikke funnet spesifikk teori om tolking i (alminnelig) psykoterapeutisk gruppebehandling. Om denne ble gjort meg tilgjengelig, ville jeg likevel ikke utbrodert dette i det teoretiske rammeverket, da kontekstene er såpass forskjellige at jeg ikke ville ytt problemstillingen og prosessen med å belyse den rettferd. Temaet er nevnt i kapittel 2, da knyttet til tolkebruk og språk i fagtekster i kreative samtalegrupper og beslektede metoder. Det synes nødvendig å innlemme det Jareg og Pettersen skriver om tolking i (individuelle) terapeutiske samtaler generelt samt hvilke fenomener og risiko som er knyttet til arbeidsalliansen (eller mangel på sådan!) mellom tolk og tolkebruker spesielt (Jareg & Pettersen, 2006, ss. 122-136). Disse elementene synes overførbare til konteksten min studie tar utgangspunkt i.

Tolkene i de to kreative samtalegruppene jeg i studien har forholdt meg til, har vært landsmenn av ungdommene, men med annen botid, alder og varierende etnisk- og religiøs gruppetilhørighet. Uavhengig av bakgrunn for å bosette seg i Norge, er det nærliggende å anta at alle tolkene selv eller noen fra deres nære familie eller venner har vært eller på tidspunktet for tolkingen ennå er utsatt for traumatiske erfaringer som i tillegg er stedsknyttet narrativet

som ungdommene dikter i fellesskap. Tolkebrukerne må ta hensyn til dette, ved for- og ettersamtaler og når nødvendig; pauser eller alternering mellom første og tredjeperson for å få «(...) større distanse til det som fortelles.» (Jareg & Pettersen, s. 129). Dette er nøyaktig hva metoden kreative samtalegrupper tar utgangspunkt i (tredjepersonen), og det er interessant å se parallellen til tolkens rolle, bakgrunn og risiko i denne spesifikke kommunikasjonsituasjonen.

Også Varvin viser til Jareg og Pettersens redegjørelse av forventninger og regler for tolkens virke. Han understreker i tillegg behovet for utdanning av tolker i psykoterapeutisk og psykososialt arbeid. «Terapeuten og tolken må ha forståelse og gjensidig respekt for den andres profesjonalitet.» (Varvin, 2008, s. 167). Det er likevel terapeuten som har ansvaret for behandlingen «(...) og det inkluderer også å ha ansvar for tolkens fungering» - herunder at riktig språk er sikret, ved å undersøke behovet for og følgelig tilrettelegge for - eller ettersamtaler og fremfor alt; ikke sette tolken i dilemma av relasjonell- og yrkesmessig karakter (ibid.).

3.8 Oppsummering og refleksjoner

Ungdommenes 'narrative event' i forbindelse med forskningsintervjuene kan ikke løsrives hverken flukt- og eksilerfaringen, deres 'explanatory models' for helse og sykdom eller det personlige, konkrete møtet mellom majoritet og minoritet. Mattingly & Garro (2000) beskriver det som nødvendig å «(...) [develop] an analytic gaze that reaches beyond the immediate context of performance; it demands placing the narrative event within a broader range of social, political, and cultural contexts. Narrative meaning is in important ways emergent and situated rather than already given by social and cultural structures. » (s. 263). Hadde ungdommene også valgt det lange, dramatiske plottet «Flukten» som utgangspunkt i deres felles, narrative skapeprosess? Er det andre 'emerging stories' som burde løftes frem og deretter lindret eller forebygget 'noe'? Samler og ordner jeg som forsker ungdommenes ord, utelatelser og stillhet fra datamateriale på en måte som i analysen vil yte deres meningsnett rettferdighet? Spørsmålene står i kø.

4 Metode

I metodekapitlet beskrives studiens vitenskapsteoretiske forankring, trinnvise feltarbeid, analyseprosess og refleksjoner knyttet til etikk og feltrelasjoner.

4.1 Vitenskap, sannhetssøken og verktøy

Kvalitativt orientert forskning vurderes mer egnet til å gå i dybden på andre og mindre typer utvalg og tema – der kvantitative metoder «(...) forholder seg til opptelling og utbredelse av kategoriserte fenomener.» (Aase & Fossåskaret, 2015, s. 11). Den forståelse og kunnskap kvalitative metoder kan frembringe, bunner i utforskning av hvilken bakgrunn og hvilke verdier for valg og adferd som er aktuelle når noen eller noe studeres og analyseres i en gitt kontekst, uten å ha til hensikt å trekke generelle slutninger (Tjora, 2010; Postholm, 2010). Til eksempel kan en kvalitativ pilotstudie være et godt utgangspunkt for å belyse et standardisert spørreskjemas anvendelighet. En slik tilnærming kan få frem verdifulle perspektiver på begrepsbruk og brukersnitt, på en annen måte enn hvis skjemaet blir sendt i posten og på bakgrunn av måten respondentene fyller dette ut på, trekke slutninger om hva som ikke ble forstått, hvorfor og hvordan dette bør endres. I en slik tenkt kvalitativ pilotstudie ville målet vært å gå i dybden på et fenomen (f.eks. hvordan skjemaets spørsmål rundt smerte og 'rating scales' på symptomtrykk forstås). Dette kunne i sin tur danne deler av grunnlaget for kvalitetssikring av det endelige skjemaet når anvendt i en *kvantitativ* kartlegging i bredden på et representativt utvalg (f.eks. om forholdet mellom selvrapportert smerte og rekvirert smertestillende på tvers av informantgrupper etter kjønn, etnisitet, alder o.l).

Forskjellige fagmiljø argumenterte tidligere for eller i mot henholdsvis kvantitative og kvalitative metoder. I dag ønsker «(...) en stor del å forene de to metodetradisjonene ved å markere at de bidrar med hver sine dimensjoner av den kunnskapen som forskningen kan gi», altså et både-og perspektiv (Aase & Fossåskaret, 2015, s. 12). Utbredelsen av *mixed-methods* tilskrives betydning for denne utviklingen. En skal være oppmerksom på at dersom tolkning av materialet i en kvalitativ undersøkelse «(...) går tilbake til prosjektets *kvantitative* (min utheving) problemstillinger, og presenterer resultatene som om de kan fortelle noe om utbredelse, står man i fare for verken å gi faglig pålitelig kunnskap om mengde eller god analyse av innhold i de sosiale forholdene man ønsker å lære mer om.» (Aase & Fossåskaret,

2015, s. 21). Et eksempel fra helsevesenet oppsummerer hvordan forskere i lys av den neddempede metodologiske konflikten likevel må inneha en grunnforståelse av forskjellene mellom kvalitativt og kvantitativt orientert forskning;

(...) både prinsipielt og operativt. (...) Som en illustrasjon kan vi minne om at kirurgi, medikamentering og miljøterapi ikke trenger å stå i et konfliktfullt forhold til hverandre. Men om kirurgen etter å ha åpnet pasienten legger fra seg operasjonsutstyret og fortsetter behandlingen etter miljøterapeutiske metoder, vil pasienten kunne erfare at den forsonlige stemningen det er mellom forskjellige medisinske tradisjoner i hans tilfelle inviterer til en noe uheldig kombinasjon av teknikker. (Aase & Fossåskaret, 2015, s. 20)

4.2 Feltforskning

Naturalismen er blitt beskrevet som «det filosofiske grunnsyn som er tro mot de studerte fenomenenes egenart» (Matza (1969) sitert i Hammersley og Atkinson, 2012, s. 36). *Politisk intervensjonistiske former for feltforskning* er forskning som legger til grunn idealistiske prinsipp eller subjektive verdier i etableringen av kunnskapsstatus og forskjellige fora eller talerør for grupper som har vært eller i flere sammenhenger fremdeles anses som marginaliserte og/eller stemmeløse (f. eks kvinner, etniske minoriteter, hørselshemmede, fanger, statsløse, barn). Denne prosessen skjer naturligvis i samspill med og under påvirkning av den allmenne samfunnsdebatt og aktivisme utenfor academia. Hammersley og Atkinson beskriver i sitt kapittel om feltforskning hvordan «politisk intervensjonistiske former for feltforskning er blitt anbefalt» som respons på anti-realistisk og politisk kritikk av naturalismen. På samme måte er positivismen (som kvantitative teknikker er forankret i) satt under lupen hva gjelder dens påståtte verdinøytralitet, altså hvordan «(...) forskerens praktiske og politiske forpliktelser [er] noe som ligger utenfor forskningsprosessen – ja, som en kilde til forvrengning som må unngås for å bevare objektiviteten.» (Hammersley & Atkinson, 2012, s. 41). Aase og Fossåskaret (2015) presenterer betegnende begrensninger og utfordringer i feltforskning når «(...) studenten disponerer få andre ressurser for forskning enn seg selv og sin egen tid.» (s. 21). Følgende utsagn er talende for hvordan det metodiske opplegget for denne studien har vært planlagt, gjennomført og reflektert rundt. Det illustrerer hvordan selv den mest omstendelig utførte planlegging og veiledning i forkant likevel ikke er «verktøy» nok i det faktiske møtet med feltet:

Én av grunnene til at man er forsiktig med å gi råd om hvordan feltforskning skal gjennomføres er nok at man vet at dette er en form for forskning som ikke kan programmeres. (...) Dessuten er forskning en praktisk aktivitet som krever at det utvises dømmekraft innenfor bestemte kontekster. Det er ikke bare snakk om å følge metodologiske regler. En annen, mindre legitim grunn til at en feltforsker ofte får rådet «bare dra og gjør det», er den naturalistiske ideen om at etnografi består av uforutsigbar observasjon og beskrivelse, og at enhver «forskningsopplegg» nærmest er overflødig. På denne måten blir en nyttig forskningsstrategi blåst opp til en paradigmatisk tilnæringsmåte. (Hammersley & Atkinson, 2012, ss. 53-54)

4.2.1 Caset

En *casestudie* har til hensikt å bringe frem dybdekunnskap om et ‘casus’ – et definert segment (tilfelle) av observerbar og ‘naturlig’ virkelighet som fenomenet generelt og noen aktører spesielt inngår i. Karakteristisk ved caset er at problemstillingen og de metodiske verktøyene man anvender endres og videreutvikles underveis. *Fenomenet*, som caset i denne studien relateres til, kan defineres bredt; ‘ungdommers opplevelse av endret helseverden etter flukt’. Det kan knyttes til et overordnet tema; ‘psykososialt, tverrfaglig forebyggingsarbeid i fleretatlig regi, rettet mot spesifikke mottakere av tjenester definert som særlig sårbare og/eller marginaliserte’; i dette tilfellet EMA/F. *Casebeskrivelsen* vil derimot måtte konkretiseres ytterligere; ‘*unge, enslige, eritreiske flyktningeungdommers (med kort botid) erfaringer med deltagelse kreative samtalegrupper i eksil i relasjon til endret helseomsorgssystem osv.*’ (Ramian, 2007). En annen forsker kunne valgt andre spørsmål og annet teoretisk rammeverk men likevel hatt ‘unge flyktninger i kreative samtalegrupper’ etc. som avgrenset case for å belyse liknende aspekter ved ungdommenes livsverden, helse, verdier, språk eller medvirkning.

4.3 Feltarbeid – hvem, hva og hvordan

Jeg møtte informantene henholdsvis to år etter (gruppe I) og underveis i gruppedeltagelsen (gruppe II). Feltarbeidet bestod av deltagende observasjon som referent i gruppe II, og fokusgruppe- og individuelle intervjuer med ungdommer fra både gruppe I og gruppe II. Detaljer rundt type intervju, tidsbruk og tolkebruk er illustrert i tabell for hver gruppe (4.7.1, 4.7.2). Datainnsamlingen ble gjennomført i perioden september - november 2017. Henvisere til gruppe I og II har i all hovedsak vært spesialsykepleier, som fortsatte i rollen som gruppeleder. Henviser samarbeidet med kontaktlærere, kontaktpersoner og programrådgivere

for deltakere i introduksjonsprogrammet i kommunen. Deltakelsen fra det psykiske helsevernet ble sikret av psykiater eller psykolog som den andre gruppelederen. Tolkene var ansatt i tolkeformidlingsbyråer, og lønnet som ordinære språktolker - ikke kulturmeklere eller kulturoversettere. Den ene gruppen hadde variasjon i tolkens kontinuitet, og det ble i blant nødvendig med vikar (gruppe I). I den andre gruppen (gruppe II) var det kun tolkens fravær ved sykdom som utgjorde en variabel. Sistnevnte gruppe hadde også en annen forberedende bolk, med bistand fra morsmåslærer, der begreper knyttet til helse ble arbeidet med og siden tematisert i samlingene (**Vedlegg 8**). Dette representerer den største forskjellen i opplegg mellom de to og reflekteres i navnene gruppene fikk; «Å dikte en historie» (gruppe I) versus «Helsekurs» (gruppe II).

4.4 Forskning på egen arbeidsplass – en balansekunst

Gruppelederne tilknyttet henholdsvis mitt arbeidssted og læringscenteret ga formell feltadgang. For 2,5 år siden innhentet gruppelederne samtykke fra deltakerne i gruppe I. Dette var et generelt utformet skriv som hadde til hensikt å sikre muligheten for å kontakte ungdommene ved en senere evaluering- og/eller forskningssituasjon. Skrivet ble oversatt til morsmålet (tigrinia). Hensikten var aldri på et senere tidspunkt å innhente personsensitive helseopplysninger, men å gjennomføre en eller annen form for evaluering. Ungdommene fra gruppe I og II ble rekruttert som informanter til studien i kraft av sin *elevstatus*, dette uavhengig av tidligere avgitte samtykke. Forarbeidet og planlegging av denne studien ble intensivert våren 2017, der avklaringer rundt tidsbruk og tilgang fra egen arbeidsgiver og lærere/rådgivere/ledere ved læringscenteret sto sentralt. Dette muliggjorde viktige elementer som fraværstøring, reservasjon og tilrettelegging av lokaler, utstyr og lignende.

4.4.1 Konfidensialitet og samtykke

I søknaden til Personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata (NSD) (**vedlegg 5-7**), som den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har delegert meldeplikt og forhåndsgodkjenning til (Broch, 2012, ss. 296-297), la jeg vekt på at de som var mellom 16-18 står i en særstilling hva gjelder samtykke til deltakelse i en studie som denne. Gjennom flere år som representant og verge for EMA/F har jeg vært i posisjon til samtykke på vegne av ungdommen eller kommunisert til studenter at jeg er av den oppfatning at ungdommene selv kan ta avgjørelsen så lenge de sikres (via

tolk!) god nok informasjon om hva som ligger i begrepet kontinuerlig samtykke og blir orientert om at det ikke få negative konsekvenser hvis de trekker seg på noe som helst tidspunkt. Jeg valgte å ikke kontakte de aktuelle vergene. Alle utenom én fra gruppe I hadde samtykket til å bli kontaktet på et senere tidspunkt. Av det totale antall ungdommer var alle utenom én var fremdeles elever ved læringssenteret. Denne ene var samme person, dvs. at han ikke samtykket til å bli kontaktet for to år siden. Vedkommende deltok på tross av dette på «reunion»-møtet der jeg ble gitt anledning til å rekruttere til fokusgruppemøte og deretter et individuelt intervju, til gruppelederene og min store overraskelse. Han var den eneste som brukte av egen fritid til å la seg intervju. Ungdommen er i studiens funn og diskusjon fremstilt på en måte som gjør at han sikres anonymitet – ved at eventuelle sitater fra ham ikke knyttes opp mot kjennetegn som identifiserer årskull, alder eller skolesituasjon.

Konfidensialitet og konseptet 'kontinuerlig samtykke' ble understreket og gjentatt i alle fora der jeg rekrutterte informanter, og i gruppe II også med bistand fra tolk. Gruppe II ble ikke spurt direkte om de var komfortable med å ha en referent tilstede som var student, og jeg kan ikke garantere for gyldigheten i mitt inntrykk av at de har synes det har vært OK.

Gruppelederne har på deres side heller ikke tilbakemeldt motstridende oppfatninger av dette. Dette har jeg vært i jevnlig dialog med dem om. Overfor de som samtykket videre til fokusgruppeintervju, var jeg åpen om at gruppene som sådan er identifiserbare for lesere som kjenner mitt arbeidssteds samarbeid med læringssenteret inngående, men aldri ungdommene som enkeltindivider. Spørsmål og bekymring som ble uttrykt i forbindelse med dette var om landsby/by og eventuelt kirkesamfunn ville kunne knyttes til informantene når man leste oppgaven. Jeg avkrefte dette. Alle ungdommene fikk mitt visittkort og jeg ba om ikke umiddelbart å måtte slette deres telefonnumre for å kunne kontakte dem ved spørsmål under transkribering, analyse og generelt i etterarbeidet med datamaterialet.

4.5 Mitt møte med ungdommene

Ved rekruttering av informanter til fokusgruppeintervju- og individuelle intervju uttrykte flere av ungdommene foran gruppelederne og meg at de allerede hadde sagt at det var *kjekt/helt OK/god informasjon* å være med – «hva annet ville vi egentlig vite?» Her benyttet jeg anledningen til å posisjonere meg som 'noen andre' enn helseprofesjonene som hadde henvist til og/eller drevet gruppene. Dette ble spesielt viktig også underveis i rollen som referent jeg gikk inn i for å «sitte å gjøre noe» under deltakende observasjon av den gruppen informanter

som ble intervjuet underveis i gruppeforløpet (gruppe II). Overfor disse var det viktig å understreke at selv om jeg har samme arbeidssted som én av gruppelederne, så var jeg tilstede som student. Jeg gjentok flere ganger at jeg ikke var ‘doctor’ (slik flere av dem kaller et bredt utvalg helseprofesjoner). At de i lang tid før selve intervjuene ikke forholdt seg til meg som en behandler eller ekspert på selve metoden, har vært både et metodefaglig og relasjonelt grep. Én av måtene jeg forsøkte å oppnå dette på var å «henge» med ungdommene i pausene, slå følge til grupperommet eller til kollektiv transport etter gruppesamlingenes slutt. Når vi på læringscenteret eller i bysentrum/buss- og togstasjon møtte på kjente, introduserte de meg for sine og jeg dem for mine. Jeg fikk ingen indikasjoner på at dette ble for nært eller personlig, tvert i mot fikk jeg kommentarer som «du kjenner vår hilsing (måte å hilse på)» eller «du kjenner jo hele byen/du kjenner også X». I intervjuene hendte det at noen av disse ungdommene refererte til «en kamerat av meg, ja – han du møtte i X-gaten eller på rute X den dagen» i deres narrativer og eksempler. Jeg opplevde dette som en stor fordel sammenlignet med den ikke-eksisterende relasjonen forut for intervjuene med den gruppen som deltok to år i forveien (gruppe I), der jeg ikke hadde vært referent. Broch anbefaler «etablering av en god dialog som vedvarer gjennom forskningsperioden, det være seg intervjuer, feltarbeid med deltakende observasjon, (...) og fram til skriveprosessen er avsluttet (...)» (2012, s. 310). Hun understreker også hvordan forskeren «I kraft av egen person(lighet) kan (...) både åpne og stenge dører for seg og prosjektet, og derfor blir det viktig å reflektere over egen posisjonering både før og underveis i prosjektet» (s. 312). Dette siste er betegnende for min egen innsats for og opplevelse av feltrelasjonene til ungdommene og dynamikken i disse.

4.6 Feltrelasjoner og kommunikasjon

Det er nødvendig å kritisk vurdere ens egen lojalitet til kollegaer og gruppeledere i feltsammenheng, når ens primære rolle endres til *forsker*. Jeg har selvfølgelig hatt interesse av å finne tegn til at metoden ‘gjør godt’ og bekymret meg over hvilke konsekvenser informantenes eventuelle «totalslakt» av metoden eller gruppeledere ville resultere i. Som situert i praksisfeltet og tett på gruppen (EMA/F) higer jeg både på det personlige og profesjonelle plan etter initiativ til og utprøving av alle mulige intervensjoner det ligger gode hensikter bak. Dette var intet unntak. Den gjennomgående hovedutfordringen har vært og sammen med gruppeledere etablere felles forståelse rundt hvorfor det fra studiens side har vært ønskelig at ungdommene ikke snakker seg (helt) «ferdige» om *evaluering*, slik jeg etterhvert forsto ungdommenes oppfattelse av å *evaluere*. Dette gjaldt spesielt i samtale med

gruppelederne underveis i gruppesamlingene. Jeg påpekte denne risikoen særskilt ved to anledninger; *a.* da gruppe I ble invitert til en slags «reunion» - iscenesatt for at jeg skulle få en naturlig anledning til å rekruttere dem, med henvisning til tidligere innhentet samtykke, og *b.* underveis i gruppesamlingene for gruppe II. Jeg opplevde gruppelederne tolket min påpeking mer i retning av kritikk eller et forsøk på fra min side å påvirke utførelsen av gruppeledernes faglige mandat. Både i litteraturen og informasjon gruppelederne ga meg, kommer det tydelig frem hvordan (psykoterapeutiske) intervensjoner i gruppe, om aldri så lavterskel / forebyggende ofte rundes av med ‘hvordan gikk det i dag’, ‘hvordan opplevde dere å snakke om disse temaene’, ‘har dere noen forslag til neste gang’ og lignende. Dette gjentok jeg flere ganger at jeg forstod, og følgelig ikke ønsket at de utelukket fullstendig, ei heller endret praksis rundt hverken i grupper som ikke var inkludert i studien eller frem i tid.

4.7 Intervjuer

Jeg hadde erfaring med individuelle forskningsintervju fra prøveintervjuer i forbindelse med metodefaget i MIKA-programmet da jeg intervjuet mannlige utenlandskfødte spesialister innen psykisk helsevern om deres møte med innvandrerpasienter i Norge. Denne øvelsen ble i aller høyeste grad et eksempel på utfordringer knyttet til det «sofistikerte intervjuobjektet», med tendens til å «(...) bevege seg fra beskrivelse til analyse.» (Hammersley & Atkinson, 2012, s. 249). Det ble en nyttig erfaring i hvilke forhåndskategorier intervjuobjektene presenterer, for hvilket publikum (alder, kjønn, profesjon) og ikke minst; at forskeren alltid må ha i bakhodet at det er en forskjell på hva folk *sier* de gjør og hva de faktisk *gjør*. Fordeler ved dette utvalget var deres imponerende evne til å innta et metaperspektiv når de beskrev hvordan forskjellige fenomen og begrep ble anvendt i klinisk sammenheng. Vi kunne altså med letthet snakke om hvordan noe ble snakket om, på gjennom både retrospektive og abstrakte tilnærminger. I dette ‘ekte’ feltarbeidet ble det derimot tydelig hvor lik situasjonen var en annen intervju/samtalsituasjon jeg er i flere ganger i måneden; samtaler med barn og unge i forbindelse med fosterhjem- og fylkesnemndsarbeid. Her er også prinsippene om åpne, ikke-analytiske eller ledende spørsmål av stor viktighet, og en må sette alle krefter inn på å oppnå god kjemi ganske raskt, ofte uten videre kjennskap til barnet eller ungdommen.

Jeg brukte samme semi-strukturte intervjuguide i alle intervjuene. Intervjuguiden tar utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Den relasjonelle tilnærmingen til ungdommene bragte

mye positivt med seg. I intervjuene med ungdommene fra gruppe I, som ikke kjente meg fra før, gikk jeg inn for å dele fra egen erfaring fra migrasjon, nytt helseomsorgssystem, forelderskap og endret helseadferd. Jeg kunne for eksempel si; *da jeg var 17 og alene i et nytt land, da jeg måtte bruke tolk hos legen, da jeg ble behandlet av tradisjonell healer, når mine barn blir syke* etc. Dette var mindre nødvendig i møte med informantene rekruttert fra gruppe II i de individuelle intervjuene, men like aktuelt som med gruppe I i fokusgruppeintervjuet. Helt åpne spørsmål ville ikke gi meg de data jeg var ute etter. En kombinasjon av felles eller antatt felles referanser som - *husker dere den gangen i gruppa/i historien da ...? - i gruppeintervjuet var det en som nevnte ...? - jeg har hørt at i Eritrea så ...?* lot til å gi både ungdommene og meg mange assosiasjoner som farget samtale med ting vi ikke snakker om til vanlig. Det var viktig og raskt få ungdommene vekk fra tanken om forskningsintervjuet som «terningkast på gruppa» og ferdig med det. Noen spurte for eksempel rett ut om det ikke var meningen at *evaluering* skulle ligne mer på trivsels- eller elevundersøkelsen på skolen.

Ungdommene i de to fokusgruppeintervjuene (à 7 ungdommer – gruppe I - og 3 ungdommer – gruppe II) fremsto som «(...) et noenlunde samkjørt kollektiv uten for store innbyrdes konflikter» (Repstad, 2007, s. 100). Informantene hadde liknende status, var skolekamerater og hadde mye til felles. Jeg ble likevel vitne til det Repstad omtaler som «(...) ganske friske og «autentiske» meningsutvekslinger» (ibid.) da noen av ungdommene fremstod delte i hvor mye de som gruppe skulle gå inn på såkalte tradisjonelle eller folkelige forklaringsmodeller for sykdom. Noen himlet med øynene og sa «hysj» til de andre. Da gjorde jeg kort prosess ved å dele hva jeg visste fra før, og at jeg også var klar over at de nok trodde at både jeg og andre nordmenn ikke kjente til gitte forklaringsmodeller. Personlige eksempler fra det omvendte – altså mitt møte med 'det onde øye' eller det å motta behandling (kyllingofringer!) fra en *santería* prest – endret dynamikken i samtalen. I de individuelle intervjuene som fulgte, ga flere av ungdommene uttrykk for at de hadde tenkt over disse temaene siden sist – og at alle «nok egentlig var enige, men at det var litt flaut og rart å si det høyt».

Flere av ungdommene spurte *what's in it for you*. I fokusgruppeintervju med ungdommene fra gruppe II, var deres assosiasjoner til hva forsker og forskning er «science laboratory». Da forklarte jeg hvordan dette ikke er et eksperiment som skal kunne gjenskapes eksakt og at det ikke er et mål å få hverken procentscore eller 'formel' på hva en god gruppe er. Dette skjedde etter flere uker med informasjon fra gruppelederne og meg om hva *student, forskning* og

forskningsintervju betyr. Jeg tror ungdommene ikke har turt eller villet spørre igjen når de ikke forsto eller ble gitt nok plass til å snakke om disse konseptene forut for intervjuet. Det ble forsøkt formidlet at ungdommene har lovfestet rett til å bidra til å prege tjenestene og at de i samtalene vil bli spurt om å sette seg i en situasjon der de tenker og ønsker på vegne av deres yngre landsmenn som er på vei (til Norge) og som kanskje blir tilbudt liknende gruppetiltak. Jeg la til at denne kunnskapen er ønsket av flere profesjoner og temaet er ikke forsket mye på før, og ikke på akkurat denne måten. Én ungdom spurte meg om jeg ikke var god nok forsker til heller å bare analysere dette med en gang, og hvorfor så mye «snakke» måtte til! Det er en viktig refleksjon som jeg er glad han delte.

Én ungdom ble tydelig brydd av snacks-bordet jeg hadde rigget klart, og slo opp ordet *ydmyk* i Google Translate. Jeg forklarte at forskere ikke skal godtgjøre informanter for den informasjon de deler, men at det er innenfor å gjøre situasjonen så behagelig som mulig ved for eksempel å sikre seg at ingen sitter sultne eller tørste den drøye klokketimen det er snakk om. Han medga da å ikke ha spist frokost og jeg forsikret ham også om at alle andre ungdommer som deltok i studien hadde fått det samme. Jeg vil påstå at skolelokalene gjorde at de ikke kunne tolke denne bevertningen dithen at de var «gjester rundt mitt bord» og at dette fordret en gitt måte å respondere på. Ved et par anledninger var de reserverte rommene dobbeltbooket eller stengt. Jeg gikk sammen med ungdommen(e) og ba om hjelp fra skoleadministrasjonen for å finne et annet egnet sted, og noen ganger brukte vi opp til en halv time på å oppspore riktig person med riktig nøkkel. Ungdommene fikk da en anledning til å peke ut hvem som kunne finne ut av slikt, og flere virket litt stolte av å «gå rundt med studenten» som lommekjente guider.

4.7.1 Gruppe I - «Å dikte en historie» (2015)

Datainnsamling	Informanter	Varighet	Tolk
<i>a. Pilotintervju</i>	Én ungdom som hadde fungert som referanseperson på informasjonsmøter for potensielle deltakere til nye grupper.	1,5 time	Nei
<i>b. Fokusgruppeintervju</i>	7 ungdommer	1,35 time	Nei
<i>c. Individuelle intervju</i>	2 ungdommer av de 7 som hadde deltatt i <i>b.</i>	1,5 time pr. intervju	Nei

Sentrale begrep ble oversatt til morsmål og integrert/presentert i samtalen, enten på min oppfordring (at ungdommen(e) sa/skrev oversettelsen) eller via Google translate app. Der ungdommene brukte engelsk, forholdt vi oss til begrepene på engelsk videre i samtalen. Der vi ikke fant et godt nok eller dekkende nok ord på norsk, brukte vi ordet på tigrinia. Ungdommene hadde ikke overraskende et ujevnt språklig nivå, selv om de hadde tilnærmet lik botid.

Jeg hadde spesielt fokus på helse og behandling i barndommen (hjemlandet), syn på årsak til og behandling av sykdom – herunder religion/spiritualitet, helsemøter under flukt og i Norge, opplevd endring etter gruppedeltagelse, konkrete forslag til nye grupper og selve narrativet fra gruppen 'Å dikte en historie'. Jeg understrekte at jeg ikke hadde lest det, og alle reagerte med å si at «det burde jeg ha gjort». Siden gruppen har en intern taushetsplikt og det ferdige narrativet er 'deres', anså jeg det som uetisk av gruppelederne å gi meg lesetilgang til det før jeg hadde møtt og eventuelt bedt om samtykke fra ungdommene.

Mange av de samme spørsmålene fra intervjuguiden ble stilt én gang til eller på en annen måte, og dette opplevdes som nyttig for å få frem flere nyanser. Jeg følte meg også tryggere og som en bedre lytter etter at 'overraskelsesmomentet' hadde lagt seg, i de tilfellene svarene ikke var som forventet. Begge ungdommene i de individuelle intervjuene som etterfulgte

fokusgruppeintervjuet, understrekte at de sjelden tenkte over disse temaene, og satt pris på at det var litt avstand mellom våre to møter. Et annet øyeblikk av stor verdi var da én av disse ungdommene sa; - *det har ikke vært flaut, det er annerledes å snakke med noen en kjenner.*

4.7.2 Gruppe II - «Helsekurs» (2017)

Datainnsamling	Informanter	Varighet	Tolk
<i>a. Fokusgruppeintervju</i>	3 ungdommer	1,75 time	50% av tiden, engelsk, via telefon
<i>b. Individuelle intervju</i>	2 ungdommer av de 3 som hadde deltatt i <i>a.</i>	1,5 og 1,25 time	Nei

Rekruttering av ungdommer til fokusgruppe- og individuelle intervju fra denne gruppen burde vært håndtert annerledes. En gang da både tolken og en av gruppelederne uteble på grunn av sykdom, ble det plutselig rom for å spørre hvem som var interessert i å være med. Det var egentlig planlagt å spørre helt på tampen av gruppesamlingen, en agenda gruppeleder(ne) og jeg var enige om. Den resterende gruppelederen var til stede, og noen ungdommer manglet eller befant seg andre steder på læringscenteret for å lete etter de som kanskje befant seg i nærheten. Mitt spørsmål havnet midt oppi en stemning av forvirring og *ad hoc* avvikling av samlingen i sin helhet på grunn av frafallet. Jeg sikret ikke bistand fra tolk og kan ikke garantere for at budskapet ble adekvat forstått. Forespørselen burde blitt utsatt til neste samling.

Mellom denne gruppesamlingen og den neste jeg deltok i som referent, gikk det to uker. I denne perioden ble både fokusgruppeintervjuet og de individuelle intervjuene gjennomført, og sammenstilt med innsamlet data fra gruppe I opplevde jeg metning i data, og 'følte meg ferdig'. Med det mener jeg at når «(...) flere intervjuer ikke bringer nye momenter (eller metaforer eller symboler) på banen, har den lokale diskursen om et tema sannsynligvis blitt brukbart dekket, gitt at informantene har fått tilstrekkelig anledning til å vinkle temaet på sin egen måte» (Aase & Fossåskaret, 2015, s. 176). Det ble derfor ikke gjort ytterligere fremstøt

med tolk og i mer hensiktsmessige settinger for å rekruttere på ny. Jeg var oppmerksom på hvorvidt ungdommene som hadde fravær ved den gitte anledningen eller de som var tilstede og takket nei på et senere tidspunkt «også ville ha blitt med på intervju, slik X, Y og Z gjorde» og informerte også gruppelederne. Det kom meg ikke for øre at dette var tilfelle.

Tolken som bisto er samfunnsvitenskapelig utdannet, men uten formell tolke- eller oversetttersertifisering. Språkparet ble engelsk-tigrinia. Dette medførte mye positivt. Jeg følte meg tydeligere i spørsmålsstillingen, og var mer obs på tidsbruk enn i intervjuene med gruppe I, der alt kun ble sagt én gang (på norsk). Tolken var ikke kjent for ungdommene, noe jeg dobbeltsjekket dette ved å (med hennes samtykke) vise et bilde og sjekke felles venner på Facebook. Én av ungdommene sa det var bra hun var på telefon, fordi det hadde vært «for flaut med to unge damer i rommet». Jeg spurte ungdommene om de ville benytte seg av tolk igjen i de individuelle intervjuene – noe de avsto kontant. Én angret på å ha takket nei da det individuelle intervjuet var ferdig.

Jeg la inn to korte pauser i intervjuet som totalt varte i to klokketimer, både for tolken, ungdommenes og min skyld. Etter den siste pausen ringte vi henne ikke opp igjen. Det var interessant å se hvor mye engelsk ungdommene brukte da vi snakket videre på norsk. Både i fokusgruppeintervjuet og de to individuelle intervjuene tok det ikke langt tid før stemningen var slik at de ikke nølte med å spørre om vi kunne gå videre til neste spørsmål eller gi uttrykk for at noe var ‘veldig hemmelig og privat’. Noen sa rett ut at; «nå skal jeg fortelle deg en hemmelighet, men den skal ikke inkluderes i oppgaven.» Ingenting fra informasjonen som de ønsket ‘unntatt offentlighet’ var av slik art at det utløste meldeplikt fra min side.

4.8 Arbeidsflyt- og verktøy

Før intervjuene satte jeg av tid til ‘forsnakk’ med meg selv. Da repeterte jeg forskningsspørsmålene for å ha grunnlaget til intervjuguiden i bakhodet. Etter pilotintervjuet ble det viktig å minne meg selv om ikke haste av gårde – hverken bokstavelig (å ha avtaler og rekke rett etterpå) eller som resultat av min entusiasme i samtalene. Det viktigste rådet fra veileder, som kommentar til intervjuguiden, var å huske og la informanten komme til orde og ikke si for mye eller hinte til et spor de muligens (ikke) kunne komme inn på. Refleksjoner fra

intervjusituasjonen samt utfyllende beskrivelser av hvordan jeg opplevde det faktiske møtet ble notert i feltloggen, et uvurderlig verktøy.

Jeg laget meg for vane å alltid ha med telefonlader og gjennomføre lydsjekk helt i starten av intervjuene. Jeg supplerte med lydopptak på en ekstern båndopptaker i tilfelle anrop/batteriproblemer. Det var ingen tekniske problemer av signifikans. Jeg transkriberte lydfilene verbatim med angivelser av pauser/tempo/latter/grått/sukking og lignende. Arbeidet var mest tidkrevende i forbindelse med transkriberingen av fokusgruppeintervjuene. Jeg sendte et av disse til veiledning, og fikk tilbakemelding på at en blanding av ordrette sitat og diskusjons- eller temaoppsummering var OK. Filene ble oppbevart på enheter med dobbelautentisering og slettet når prosjektperioden var over. Det totale antall transkripsjoner utgjorde ca. 150 A4-sider. De ble lagret på samme måte som lydfilene. Ved noen anledninger ble filene sendt mellom stasjonær enhet/laptop/skylagring via e-post. Jeg ga fiktive navn til informantene i selve Word-dokumentene og dokumentfilen ble gitt et nummer i kombinasjon med dato eller type intervju (gruppe/individuell). Utskriftene ble gjort på sikker utskrift og jeg kan garantere for at de ikke har kommet andre i hende. Hjemme har jeg oppbevart dem innelåst sammen med andre dokumenter som er unntatt offentlighet. De ble makulert da prosjektperioden opphørte.

4.9 Etikk og relasjoner

I *Multilayered Ethics in Research Involving Unaccompanied Refugee Minors* (Vervliet, Rousseau, Broekaert, & Derluyn, 2015) knyttes en longitudinell studie av EMA/F i Belgia til eksisterende litteratur om forskningsetikk i kvalitative studier av flyktninger. Hvilke etiske dilemmaer kommer til overflaten i slike sammenhenger og hvordan skiller disse seg fra forskning på andre flyktninggrupper? Forfatterne konkluderer med at «(...) research ethics in studies with UM [EMA/F] need to be multilayered because of the researchers' obligation to take ethical responsibility on both the micro and socio-political levels. » (s.1, *ibid.*)

Dette resonnerer med de beskrevne og anbefalte politisk intervensjonistiske former for feltforskning (Hammersley & Atkinson, 2012, s. 41) som jeg innledet dette kapitlet med og har forsøkt å implementere i mitt forskningsarbeid på teoretisk, praktisk-metodisk og relasjonelt nivå. Nancy Sheper-Hughes, hvis arbeider og retning innenfor kritisk medisinsk

antropologi er toneangivende, minner oss om antropologen eller feltforskerens posisjon som tidsvitne i artikkelen *The Primacy of the Ethical: Propositions for a Militant Anthropology*;

In bracketing certain "Western" Enlightenment truths we hold and defend as self-evident at home in order to engage theoretically a multiplicity of alternative truths encoded in our reified notion of culture, anthropologists may be "suspending the ethical" in our dealings with the "other." Cultural relativism, read as moral relativism, is no longer appropriate to the world in which we live, and anthropology, if it is to be worth anything at all, must be ethically grounded. (Scheper-Hughes, 1995, s. 409)

Torunn Fladstad beskriver relasjonelle utfordringer i anvendt forskningsetikk, rikt illustrert med *Mohammeds* refleksjoner rundt hans erfaringer og behov etter en lang og strabasjøs flukt fra Afghanistan til Norge (Fladstad, 2014). Deres kontakt, i rolleparet «informant» og «forsker», varte i over to år. Fladstad spør hvorvidt hennes involvering som forsker og etterhvert venn var å anse som et problem, eller tvert i mot; en ressurs for begge parter? «(...) our relationship placed me far from the research ideal of 'neutral observation' . » (ibid., s. 145) Fladstad viser til Langness og Frank (1981) som argumenterer for at vi gjennom arbeidet med å dokumentere levde liv kan «(...) humanise ourselves», og at et slikt empatisk perspektiv på nåtiden «(...) may be of benefit in the face of narrowly defined sectarian interests» (gjengitt i Fladstad, 2014, s. 151). Dialogen mellom Fladstad og *Mohammed*, sitert under, viser hvordan begge parter tar ansvar og kommer ut likeverdige i relasjon, ansvar og mulig 'outcome' av forskningen på kort og lang sikt:

Mohammed: ' If I tell you and write; if something happens then it's fine. '

Me: ' If it helps someone, it's fine? '

Mohammed: ' Yes! '

(Fladstad, 2014, s. 152)

4.10 Analyse – strategi, kreativitet og begrensninger

Analyse – av gresk 'oppløsning'- defineres som en prosess der «noe sammensatt (...) løses opp i sine bestanddeler» (Tranøy & Tjønneland, 2018). Analyseprosessen foregår ikke isolert i etterkant av prosjektets etablering av forskningsfokus, teoretiske rammeverk eller datainnsamling- og bearbeiding. Det samme gjelder i selve gjennomføringen av kvalitative forskningsintervju (Kvale & Brinkman, 2009). 'Oppløsningen' skjer ved at man tar for seg

delar av innsamlet data, for deretter å la elementene inngå i et nytt «puslespill» - som både respekterer helheten brikkene ble hentet fra og blir diskutert i lys av eksisterende «puslespill» - med andre ord; etablert kunnskap og hvordan denne er innhentet (Malterud, 2003). Det er i denne sorteringen og omrokkeringen av brikker at funnene lokkes frem og må vurderes kritisk. I kvalitativt orientert forskning der forskeren selv har innhentet og fortolket data, stilles særskilte krav til bevissthet rundt refleksivitet og etikk i feltmøtene og fremstillingen av disse. Vurderingen av resultatene følger med andre ord av forskerens kapasitet til å redegjøre for disse elementene, uten å la metodologiens stringens kvele den nødvendige kreativiteten som drivkraft (også) for kunnskapssøken ut fra vitenskapelige kriterier (Aase & Fossåskaret, 2015). I min studie er funnenes troverdighet forsøkt dokumentert ved hjelp av systematisk gjennomgang av det metodiske opplegget og refleksjoner knyttet til forskerens rolle og forskningsetikk.

I metodefaget ble jeg introdusert for *grounded theory* (GT) (Glaser, 1992) der ny teori søkes utledet av selve datamaterialet – «svarene» ligger allerede i dataene som uslepne diamanter og blir tilgjengelige ved åpen og selektiv koding. For lite studerte sammenhenger, som jo er tilfelle i konteksten for min studie, beskrives tilnærmingen som verdifull. Strategien jeg valgte tok likevel utgangspunkt i tematisk analyse (TA), ikke GT. Jeg konsentrerte meg om Braun og Clarkes *Successful qualitative research: A practical guide for beginners* (2013). Det ble argumentert for hvordan tilnærmingen er fordelaktig når flere (forskere) skal forholde seg til et omfattende datamateriale - slik utfallet av semistrukturerte intervjuer ofte er – til eksempel i fenomenologiske studier med eksplorativt design. Jeg fant TA relevant fordi det transkriberte materialet jeg satt igjen med tar utgangspunkt i en tematisk gjennomgang av elementer som alle er relatert til studiens overordnede problemstilling og mer spesifikke forskningsspørsmål. Mine avgrensninger, og hva jeg har kommunisert rundt målet med studien, har ikke lukket for informantenes påvirkning av og introdusering av nye tema eller problemstillinger. Som nevnt ønsker jeg at forskjellige instanser og tilknyttede profesjoner skal finne studiens resultater lesbare og relevante for interaksjon med og tilrettelegging for ungdommene. Ikke minst ønsker jeg å tydeliggjøre faglige perspektiver ut over de rent kliniske på arbeidet med å sikre dem en likeverdig helsetjeneste. TA, beskrevet i følgende artikkelutdrag, understøtter dette;

TA offers a really useful qualitative approach for those doing more applied research, which some health research is, or when doing research that steps outside of academia, such as into the policy or practice arenas. TA offers a toolkit for researchers who want

to do robust and even sophisticated analyses of qualitative data, but yet focus and present them in a way which is readily accessible to those who aren't part of academic communities. (Braun & Clarke, 2014, avsnitt V)

Braun og Clarke oppsummerer hvordan kvalitativt orientert forskning om og i helse har funnet feste både i GT, konstruktivistiske og narrative tilnærminger. Sistnevnte er knyttet til (men også problematisert, som beskrevet i kapittel 3) vektleggingen av datakvalitet-, validitet- og mengde i subjektive fortellinger om helse- og helseadferd. Fenomenologiske og hermeneutiske (fortolkende) retninger er videre omtalt som å «(...) suit it [helseforskning] well, oriented as they are to the experiential and interpretative realities of the participants themselves” (avsnitt I, ibid.). Som i Geertz’ semiotiske kulturbegrep (1973) er disse ’virkelighetene’ komplekse, kontekstuelle og stadig gjenstand for reforhandling av menneskene som lever i dem gjennom den symbolbruk og meningsutvikling de deltar i.

4.11 Analyseprosessen steg for steg

Jeg komprimerte intervjuene fortløpende slik at innholdet – slik det fremsto, ikke slik jeg tolket det – kunne grovsorteres i koder, og deretter «krysseksamineres» på tvers for å komme frem til kategorier til bruk både i gruppering av funn og diskusjonen av dem, men også for underveis å knytte utsagn til de forskjellige enhetene. Samme utsagn kunne kodes med flere ’tager’, for deretter å avgrenses til eller eksemplifiseres spesifikt i en kategori senere i prosessen. Her er et eksempel;

Rådata	Grovsortering/kode	Kategori	Delkapittel
<i>’jeg vet ikke helt hvordan jeg tenker om det, men at det er noe sykdom som er usynlig som vi ikke spør om og noe annet som er synlig da, som du har mer ord for’</i>	Helseforståelse- og modeller Språk om hva med hvem, health literacy Dualisme	Forklaringsmodeller	<i>5.2 Vi husker ikke formelen helt</i>

Tove Thagaard (2009) skriver at en TA-tilnærming systematisk sammenligner alle informantenes utsagn med hvert tema. Prosessen fungerte som en type 'kompassnål' over de drøyt 150 Word-sidene jeg navigerte i. Jeg har beveget meg zig-zag mellom mindre enheter (kategoriene) og overordnet helhet – for nettopp å 'oppløse' (analysere), fortette mening og i sin tur forme nye kunnskapsbrikker sett i lys av det teoretiske rammeverket som rammer inn dataene og fortolkningen av dem. Denne kodifiseringen gikk smidigere jo mer *metning*, altså jo mindre nye elementer som kom til, fra gjennomlesningen. En parallellprosess til dette er metning i forbindelse med gjennomføringen av intervjuene – da jeg «følte meg ferdig» eller i hvert fall nærmere en slags oversikt når det ikke lengre tilkom ny informasjon ved å rekruttere flere informanter. Det gjorde også at jeg etter hvert kunne fornemme i det hele tatt å kunne komme i mål.

4.12 Kvalitetskrav

Som jeg har beskrevet i 4.1, må det tas høyde for kvalitativt orienterte metoders egenart og styrker i den sammenheng og ut fra de problemstillingene fenomenene studeres. Resultatene fra min studie er summen av spørsmål jeg har stilt informantene og forskningslitteraturen, metodiske steg og avgrensninger jeg har foretatt i kraft av egen person, tilgjengelig tid og tilgang til felt. I de tre forutgående kapitlene beskrev jeg hvordan praksisnær forskning, egen rolle, forskerens etiske ansvar og den praktiske forvaltningen av disse prinsippene har foregått. I teorikapitlet ble også deler av disse prinsippene underbygget i noen av de arbeidene og retningene oppgavens teoretiske rammeverk tar utgangspunkt i. Metodelitteraturen jeg har benyttet meg av, understreker hvordan *troverdighet, bekræftbarhet og overførbarhet* er hensiktsmessige begreper i kvalitetssikring av kvalitativt orientert forskning mens *reliabilitet, validitet og generaliserbarhet* har sin bruks- og nytteverdi når kvantitativt orientert forskning sikrer transparens i prosess og presentasjon (Postholm 2010, Hammersley og Atkinson 2012, Dalen 2011, Aase og Fossåskaret 2015, Tjora 2010 og Thagaard 2003).

4.13 Avsluttende refleksjoner

I *Skapte virkeligheter* viser forfatterne til hvordan forskningsetiske komiteer understreker at «Risiko for å påføre mindre alvorlige belastninger må imidlertid avveies i forhold til forskningens sannhetssøken og kritiske funksjon.» (Aase & Fossåskaret, 2015, s. 200). Det kan virke sannsynlig at jeg, dersom en «slakt» (av metoden eller gruppelederne) fra

ungdommene var tilfelle, ville tatt utgangspunkt i problemstilling og forskningsspørsmål på en måte som i mindre grad vektla dette, uten å unndra meg mitt kritiske ansvar. Jeg har ønsket å møte ungdommene med tydelig informasjon om studiens hensikt og håper de har opplevd respekt for deres grenser – både tidsmessige og i intervjuene som ble etterstrebet at skulle være lite belastende og preget av verdighet. At en relasjon (som deltakende observatør i referentrolle, gruppe II) allerede etter knappe to måneder viste seg stødig nok til at flere takket nei til å delta i fokusgruppe- eller individuelle intervju i plenum, tolker jeg som et tegn på at rekrutteringen har skjedd på ungdommenes premisser og at det faktisk at gruppene studeres ikke legger føringer eller press på ungdommene hva gjelder samtykke. Det tilfeldige utvalget som til slutt samtykket ga heller ikke inntrykk, slik jeg fryktet, av å være de «friskeste», mest verbale eller utadvendte. Likevel er det en realitet at ikke alle ble hørt, og det er uvisst hvordan de som takket nei ville ha preget dialogen i fokusgruppen, og uttrykket seg individuelt. En av de eldste ungdommene i studien ble spurt om han noen gang hadde blitt bedt om eller selv hatt et ønske om å fortelle en ‘fullstendig livslinje’ fra oppvekst, migrasjon, den første tiden i Norge og tanker om fremtiden til én eller flere hjelpere eller ‘informasjonssankere’ (UDI, politi, IMDI, verge, primærkontakt, fastlege, helsesøster etc.) hittil i Norge. Han sa at han ville jeg skulle være den første. Dette ble for meg studiens største *token of trust*, og jeg vil aldri glemme hverken gutten eller historien.

5 Kollektiv medisin

Enkelte passasjer i følgende tematiske presentasjon og drøfting av studiens funn er valgt med den hensikt å tydeliggjøre de faktiske interkulturelle- og språklige møtene med ungdommene, der meningsnett spinnnes og forståelseshorisonter forhåpentligvis smelter sammen (Geertz, 1973; Gadamer, 2004 (1960)).

Kapittelet innledes med funn relatert til ungdommenes helse- og sykdomsnarrativer og forhold til konseptet *forebygging* sett i sammenheng med eksil-, taps- og fluktopplevelser. Deretter følger helseforståelse- og modeller, herunder årsaksforklaringer til «(p)syk(dom)», forhold til og erfaringer med generasjonskunnskap, *cultural medicine* og religiøs helbredelse. Videre drøftes vektlegging av narrativer og deres begrensninger i samtaler med ungdommene om helse generelt og gruppeerfaringen spesielt, både retrospektivt og midt i gruppeforløpet. Hva gjelder brukermedvirknings- og evalueringsaspektet ved metoden, vil «*Ungdommenes brosjyrer*» være én konkret illustrasjon på tendensene som utkrystalliserte seg. Avslutningsvis presenteres ungdommenes erfaringer med og refleksjoner rundt tolkebruk, morsmålets rolle og manøvrering av og i språklige nivå.

5.1 Vi forteller bare positivt [om helse- og sykdomsnarrativer, forebygging og tap]

I teorien beskrives tidlig, lavterskel intervensjon sett i lys av ungdommenes risiko for utvikling av symptomer som følge eller forsterket av taps- og fluktopplevelser som førende for faglig praksis. Hva har de i løpet av sin korte botid fått med seg av dette, og hva eller hvem tenker de i neste omgang kan lindre plager som eventuelt kommuniseres? Hvordan har forståelsen av og perspektiver på *forebygging* sammenheng med og/eller preges av migrasjons- og akkulturasjonserfaringer av stressende eller potensielt traumatiserende art? Hva forteller ungdommene om hvordan de eventuelt forebygger uhelse nå?

5.1.1 Barndomsår – om mamma og *hikimna* (behandling)

Hun sa; *det går bra*, hun gir meg moral – hvis jeg gråt, så gråt hun også. Du forstår, slik er mødre i alle land - hvis du gråter hun gråter, hvis du [er] glad [så blir] hun glad. Barna; vi smitter henne. Jeg smittet min mor med min 'suffering', egentlig. Vi barna gjør henne syk fordi vi er borte.

Slik beskrev en ungdom personen han anså som 'beste *doctor*' for 'generelle sykdommer'. Mor ga *hikimna* og bestemte, i samråd med eldre slektninger og ut fra tilgjengelige midler og symptomers alvorlighetsgrad, hvilke behandlere og behandlinger han eller søsknene eventuelt skulle bringes til. I Kleinmans modell av helseomsorgssystemet (Kleinman, 1980), vektlegges privat sektor¹¹ som hovedscenen i menneskers oppdagelse, omtale og behandling av sykdom. Det er her symptomspråket, tidsaspektet, alvorlighetsgrad og remedierepertoar overføres og utvikles. Kvinner spiller en helt sentral rolle. Jeg spurte videre om konkrete sykdomstilfeller slik de oppsto og ble behandlet i hjemmet;

U2¹²: Jeg ble syk hvert år, alltid i 3 dager. Jeg spiste en sånn ... frukt (*googler*) (*viser bildet*)

I¹³: *Hvordan da syk?*

U2: Feber, klarte ikke å gå.

I: *Hva gjorde familien din da?*

U2: Ba meg spise sterk, varm mat. (*tar begge hendene avvergende over hodet*) - Ikke sånn som dere nordmenn tenker, da!!! (*ler*)

I: *Altså mat som gir varme -*

U2: Du kjenner det? (*ler*) Det kan være viktig når du er sånn syk, da. Jeg spiste det og svettet mye. Jeg vet ikke om det er sånn her.

I: *Fikk du ligge eller -*

U2: Nei, de tenker ikke sånn *sykmeldingskjema* da (*ler*) – denne tiden hadde jeg sommerjobb i landsbyen med å passe dyr. Jeg var syk men måtte likevel jobbe.

I: *Så feber var ingen grunn til å -*

U2: Nei, jeg klarte egentlig ikke å gå, men jeg gikk. Moren min sa at hvis jeg sov ville jeg bli verre, så jeg måtte holde meg våken.

Mor tydeliggjøres som medisinsk kunnskapsforvalter i hjemmet. Det kan også være at mor hadde hovedomsorgen – da flere fedre er i militærtjeneste over lang tid. Når U2 sier at «*de* tenker ikke sånn sykmelding (min utheving)» tolker jeg det som et uttrykk for at han er seg bevisst at liknende funksjonstap i Norge ville fritatt en person dens plikter tilknyttet personens sosiale status(er), og vil forklare meg dette. Det kan også være et uttrykk for og, bevisst eller

¹¹ Må ikke forveksles med privat driftet sektor vs. offentlig helsesektor!

¹² U2 står for 'ungdom nr. 2'.

¹³ I står for 'intervjuer/student'.

ei, markere avstand til hjemlandet praksiser ved slikt funksjonstap. På samme måte kan det tenkes at han på nåværende tidspunkt i en lignende situasjon hadde fritatt seg selv (syk/egenmelding), fordi systemet han sosialiseres inn i (for eksempel retningslinjer for egenmelding på skolen) har kommunisert og vurdert slike plager (*feber, å ikke kunne gå*) som uforenelige med daglig aktivitet eller energinivå nødvendig for å oppfylle sine plikter i statusene *elev* eller *arbeidstaker*.

5.1.2 Forebygging individuelt og i gruppe

Av en annen ungdom, som i bruken av *vi* vurderer dette som gjeldende for flere enn han selv, deles et personlig eksempel som jeg er av den oppfatning at illustrerer hovedtemaet i dette delkapitlet, nemlig *forebygging*:

U5: Når vi snakker med familien nå – hvis vi sier noe negativt, så spesielt mor - det er en sykdom tror jeg, når jeg tenker meg om –, mor lider *mest*, hun blir *syk* av savn. Vi kan ikke si det som ikke er bra. - *Jeg har det fint*, sa jeg til og med til broren min; mens jeg var sulten og redd. Han kommer ikke til å tørre og dra hvis han hører sannheten min. Jeg vil være moralsk og smitte min moral. - *Ikke tenk på meg*, sa jeg. Jeg klarte meg ikke selv, men jeg sa det ikke til mor, bror, de andre, *police*, UDI. Jeg sier det til deg nå, men jeg går ikke til legen heller, jeg vil forklare bare at jeg *ikke* har det bra.

Ungdommene forteller åpent og detaljert om hvordan de alle skjærer familien for dårlige nyheter. Familien i hjemlandet beskytter også ungdommen(e) i eksil for nyheter om sykdom og dødsfall. Flere illustrerer med humor; de blir fortalt hvor bra det går med «onkel Tedros», som de fra andre kilder har fått høre at er avgått med døden. Ungdommene blir ikke trygget på at alt er vel, selv om alle sier alt er vel – og de er seg bevisst at de selv bruker samme strategi. I et individuelt intervju tydeliggjorde for eksempel en ungdom som hadde vært gjennom et alvorlig sykdomsforløp i Norge sin erfaring, emosjonelt preget;

U5: Først sa jeg ingenting fordi mora mi og faren min alltid er bekymret for meg, også nå tenker de nok at jeg er syk, som før.

I: Du ville beskytte?

U5: Ja, beskytte for informasjon - jeg sa ikke noe før, bare når jeg ble frisk. *Vi må alle bare kaste det bak oss, uansett*. Hvis ikke klarer vi ingenting.

I: Men du sa noe da det hadde gått bra?

U5: Ja, etterpå. Jeg tok bilde av det legen hadde fikset og sendte det.

I: Ja, og de har fått det? Dere hadde connection?

U5: Ja (*gråter*).

‘Alt usagt’ beskrives som ulevelig og derfor uaktuelt å dele («*mennesker kan nesten ikke tro det, men det skjedde* [om flukten]»). Samtidig blir å la det det forbli slik beskrevet som nøkkelen til ‘ikke å bli gal’. I intervjuene ønsket jeg å utforske begrepet *forebygging* slik ungdommene hadde forstått det både i gruppesammenheng og ellers i helseadferd- og møter i hjemland eller eksil. Veldig mange presenterte da forslag til definisjon av ordet. Denne anledningen benyttet jeg til å forklare og gjenta at jeg, *spesielt* som ikke-helseprofesjon, hverken satt på fasiten ei heller ønsket å «teste» dem i hva de husket. Her er et eksempel på hvordan ungdommene fulgte opp min innledning til temaet i denne sekvensen fra ett av fokusgruppeintervjuene;

I: Det er jo vanskelig å vite – hva som er rett eller sant. Det er dette jeg er nysgjerrig på å snakke om helse og sykdom, gruppen ble jo kalt for forebyggingsgruppe – hvordan forstår dere det?

U1: Som grunnlag, at du passer på.

U2: Ja, *de* skal bygge opp oss, bli sterkere (min utheving).

U3: Nei, det er ikke sånn!
(diskuterer på tigrinia seg i mellom)

U2: Det er forhindre sykdom (langsomt og tydelig), de har sagt det på skolen.

(I munnen på hverandre) U3: Det betyr beskyttelse og planlegging. Sånn som kondomer! (ler)

(...)

I: Dere snakket for eksempel om hellig vann noen dere kjenner fikk, har det noe med forebygging å gjøre?

U3: Ja, presten og også min mamma hadde sånne små flasker hjemme, begge kunne gi det til meg eller søsknene. Det var forebygging.

I: Akkurat. Er det noe annet du har gjort selv som du synes er forebygging?

U3: Ja, da jeg ble frisk etter vannvelsignelse – det er liksom; jeg tror fremdeles på det, at det hjalp, og jeg ber presten om det her også. Jeg synes jeg er frisk uansett om jeg får feber eller vondt av trening, *jeg har forebygget meg egentlig med det vannet allerede*, liksom (min utheving).

Familien generelt og mors fravær spesielt forklares som utløsende årsak for at de nå må gjøre eller tenke annerledes for å bevare eller oppnå (god nok) helse;

U4: Hm ... om jeg driver med det (forebygging)? Jeg vet ikke hva som er forebyggingsgreier med gruppen, egentlig. Min mamma er ikke her, vet du. Når jeg skal passe på eller beskytte meg for å holde meg frisk, er jeg med venner og går på aktivitet slik at jeg glemmer. Når jeg er alene tenker jeg bare, man må være *social* med andre og gå på aktivitet. Jeg har lært meg det selv her, jeg trengte ikke [gjøre slik i samme grad] da jeg var liten, hadde jo familien.

U4 fremstår ambivalent til hvorvidt hans adferd eller tanker *har noe med forebygging å gjøre*. Han tilskriver en endring i eksil (å være *social* med andre og gå på *aktivitet*) et resultat av egen læring, en nødvendighet i fravær av familiens støtte. I et individuelt intervju med samme ungdom tar jeg opp temaet igjen. Slik uttrykte han seg via engelskspråklig tolk;

U4: What I think of prevention is like, we have a proverb; *before something comes up - before something comes to destroy you – you have to fix everything*. Some “sewage – system” or something, I have to clean everything before the bad things come and take everything away. For me this means that before illness comes; – the word prevention, I understand it like this, *I have to clean everything before bad things come to my health. Preparation not to be sick.*

Han har tenkt over begrepet forebygging siden sist vi snakket sammen, og hans refleksjoner rundt begrepet bærer preg av forberedelser til ´noe vondt og ødeleggende lengre fremme i horisonten´. Jeg opplevde det som positivt at vår relasjon over tid og to forskjellige samtalesettinger muliggjorde flere refleksjoner; i sistnevnte sitat et språklig bilde på et begrep (*forebygging*) han innledningsvis ikke engang husket ordlyden av. Han skiller seg fra de andre ungdommene i bruken av *I* (jeg) som i sitatet over kan tolkes hen mot et opplevd individuelt ansvar for sykdomsforebygging.

5.1.3 Konsekvenser av og åpenhet om flukt og tap

Varvin viser til hvordan «(...) det som forener dem vi kaller flyktninger mer enn noe annet, er at de har mistet sitt hjem, og at de må skape et nytt hjem der samvær og intimitet kan gjenkapes, litt likt, men likevel annerledes enn det man hadde.» (Papadopoulus i Varvin 2008, s.7). U1s refleksjoner under finner gjenklang i nettopp Varvins introduksjon av *Flyktningpasienten*;

U1: Hjemmet mitt er borte. Det er det samme om flukten hadde vært lett. Jeg er helt sikker på at det tapet har skadet oss. *Reisen betyr ikke noe*. Jeg vet ikke, historien vi laget er det samme som virkeligheten – nesten ingen [som] sier *ha det* til foreldre, ofte er det hemmelig og vi vet plutselig når vi skal dra - det var veldig vanskelig; selv om livet er vanskelig der óg så vil vi ha alle nær oss og nesten heller være igjen der, da. Det var vanskelig for meg å om at vi dro uten å si noe. Da hovedpersonen [i historien] gikk, tenkte jeg at alle hadde minner. De som ler i gruppa da; de lo ikke. Det tror jeg var mest alvorlig, mer alvorlig enn *det i Libya*, egentlig.

Det symbolske ved *avreisen* som det faktiske bruddet uten et ordentlig adjø (til mor spesielt), er en fortelling som går igjen hos ungdommene jeg intervjuet, og i det ene fiktive narrativet jeg leste. Den fysiske manifesteringen av bruddet med alt kjent og trygt beskrives av ungdommen over som av mer alvorlig art «*enn det i Libya*», et transittstrekk i flukten ofte beskrevet i groteske vendinger både av ungdommene og i media.

Om flyktninger og stress refererer Helman til Eisenbruchs begrep; «*‘cultural bereavement’*: *grieving for the loss of all the familiar cultural reference point that defined who they were and how they were to live their life. They will also have lost their livelihood, their sense of security and continuity, and even their sense of self. Many will encounter hostility among their host populations*» (Helman, 2007, s. 299) Beskyttende faktorer for påfølgende sorg er familie, venner og frivillige støttepersoner. Her spiller også religiøse ledere og behandlere en rolle. Det er et tankekors at for mange flyktninger, på individnivå, vil «*(...) ‘true healing’* manifestere seg utelukkende ved trygg retur til hjemlandet eller ved [familie]gjenforening i et nytt liv i et nytt land (min oversettelse)» (ibid.) Helman forklarer at man fra et medisinsk antropologisk perspektiv anser betydningen av diasporagrupper som på sett og vis former egne, nye identiteter – ofte med ekstremt politiske eller religiøse koblinger til hjemlandet – som av vesentlig signifikans når individer ‘velger’ å beholde deres grunnleggende kulturelle og religiøse syn på helse og sykdom, så vel som klesdrakt, kroppsilde og tradisjonelle behandlere (Helman, 2007, s. 310).

5.1.4 Tap og traumer

Potensielt stressende og traumatiserende erfaringer ved tap av hjemland og flukterfaringen fordrer likeverdig og tilpasset støtte i det nye vertslandets tjenestetilbud. Vi har sett hvordan ‘post’ problematiseres i PTSD-diskursen fordi både transitt- og integreringssituasjonen i seg selv kan reaktivere, forsterke og/eller skape skade som i sin tur påvirker helsen negativt. Teoretiske føringer vektlegger at slik støtte bør utformes og tilrettelegges for etter forebyggingsprinsipper, ikke ulikt målsetningen med kreative samtalegrupper. *Tap* av familie og hjemland beskrives av ungdommene i denne studien som å ha gjort konsekvent mer skade enn flukt – uavhengig av fluktens risikoer og rute. I mitt forsøk på ikke å forlate flukterfaringen helt, brukte jeg personen i den felles historien de var midt i å dikte i fokusgruppeintervjuet med deltakere fra gruppe II (høsten 2017) som nettopp en tredjeperson;

i tråd med metoden kreative samtalegrupper. Ungdommene gikk raskt over i *vi og man/du* form i sine svar, med åpenhet rundt egne erfaringer:

I: Tror dere noe ved selve reisen kan gjøre folk syke, også selv om tap er verst? Var dere friske på reisen – Isayas¹⁴ ble jo syk...?

U7: Vi var friske da vi dro men det skjer mange ting når du reiser fra ditt hjemland, det er en lang reise, forskjellige mennesker sier mange ting til deg, man ser ting fra – unnskyld meg – *helvete*. (pause)

I: Tenkte dere at dere klarte å passe på egen helse da dere dro?

U4: Nei, vi var for modige og kanskje dumme. Vi hørte fra de andre som hadde dratt og underveis, du føler deg klar men du blir selvfølgelig redd. Det er en skummel vei, men du tenker; hvis jeg er heldig får jeg dra, - ellers dør jeg. 50/50. Vi ser så mange som dør. Det er ikke bare opp til oss. Vi var veldig unge, men de voksne passet ikke på oss som unge, og kanskje de andre som hadde dratt sa ting mer *positive* enn sannheten for ikke å skremme oss.

Flere av ungdommene forteller videre om symptomer på PTSD. I sin artikkel om PTSD og konfrontering av traumer i et kulturelt perspektiv minner Nordanger et. al (2006) oss om at; «Diagnosen PTSD er dypt forankret i en vestlig psykologisk tradisjon. Derfor risikerer man å overse andre kulturers uttrykk for psykiske plager, og ignorere lokale tilpasningsressurser.» En slik tilpasningsressurs, eller *mestringsstrategi*, blir hyppig både referert og problematisert av ungdommene og andre eritreere jeg kjenner som å måtte eller ville «kaste det bak seg». I fokusgruppeintervju med gruppe II gikk jeg videre med utgangspunkt i temaet «å snakke om det». Igjen blir stress, tapsopplevelsen og adskillelse fra spesielt mor vektlagt, så vel som eksempler på gjenopplevelser, flashbacks og dårlige drømmer:

I: De sa at store tap og vonde opplevelser, for eksempel fra flukten, gir mer risiko for mareritt, dårlig konsentrasjon, at man føler seg lei og alene og at hvis plagene blir sterke og varer lenge så kan det bli alvorlig og at det finnes hjelp for det. Hva tenker dere om det?

U2: Jeg synes stress er en sykdom. Det blir til en sykdom. Hvis man savner foreldre og tenker hver dag så blir hverdagen stress. Man gjentar det man tenker på dagen, om natten, så våkner man av at man snakker. Tanker eksploderer i drømmene, akkurat når du skal sovne så begynner det. *Du kan ikke kontrollere det*. Da jeg var på mottaket så var det en som hadde det slik på natten. Han snakket om det han tenkte på om dagen. Spurte du han på dagen, så husket han ingenting. Vi ba ham be eller ta med seg den hellige boka, som forebygging for neste natt. Fordi vi har i Eritrea - vi har et *cultural problem*, vi snakker ikke om så mye vi har inni oss, vi kan ikke forklare alle

¹⁴ Fiktivt navn som illustrasjon på hovedpersonen i den felles historien.

problem. Jeg er ikke helt enig. Noen snakker veldig bra men noen snakker ikke. Vi har jo i kultur at vi ikke viser følelser, man viser ikke så mye, for eksempel gråt.

U5: Det er annerledes, vi har flyttet og vi savner *collective* liv, det er vanskelig for oss; vi trenger mor og bror for å være positiv – vi trenger naboer. Noen ganger tenker jeg det var lettere på mottaket selv om alle stresset før de fikk vedtak [om beskyttelse]. Det er en sykdom, å savne de, å tenke; *din mor er lik som deg*, hva ville hun sagt til meg nå, liksom. *Det er en sykdom*. De kan ikke komme og vi vet ikke hvor mange år vi skal være adskilt. Det er vanskelig, hele tiden. Vi har tapt mye.

At (asyl)mottakssituasjonen – som både i sitatet over og for så vidt i kapittel 2 tydelig beskrives som et ‘limbo’ av uvisshet knyttet til avklaring av opphold- og beskyttelsesstatus – likevel hadde en beskyttende faktor, var et overraskende funn og en mer positiv og fyldig(ere) beskrivelse av mottaksverdenen enn jeg noensinne har møtt.

Én ungdom velger deretter å dele sin erfaring fra å snakke om *skolestress* med helsesøster. Han relaterer problemene til ‘psykisk’. Denne klassifiseringen kommer jeg tilbake til senere i dette kapitlet. I eksemplene de andre ungdommene gir, er det likevel tydeligst at ungdommene generelt *ikke* anser hverken mareritt eller gjenopplevelser, sentrale symptomer relatert til PTSD, som noe sykt. Disse søkes heller ikke lindret eller kommunisert hverken i forbindelse med formelle helsemøter, psykososiale kartleggingssamtaler ved mottaksplassering og bosettingskommune eller i samtale med lærer, skoleveileder, verge eller andre;

I: Det å fortelle om erfaringene dine eller sånne drømmer og stress da, etter at du er kommet til en trygg plass, jeg tenker ikke på gruppen spesielt men sånn ellers – hva tenker du om det?

U5: Ja, de er inne i her (*peker på hjertet*) – alt jeg husker om pisking og fengsel og skriking. Det kan kanskje gjøre deg syk, tror det. Jeg drømmer alltid, om da jeg var syk i fengselet, jeg er bekymret om natta, om morgenen tenker jeg; *her er jeg, hvorfor var jeg der igjen?* Ja, natten er verst.

I: Har du ønsket medisin for mareritt? Er det sykdom?

U5: Nei, nei – det er ikke det (*fnys*). Jeg er alltid redd, jeg vet ikke, jeg er jo her i et trygt land. Jeg forstår ikke, alltid. Jeg vet ikke hva det er. Jeg har ikke sagt det til legen, tror ikke det – kanskje til helsesøster.

I: Har du tillit til at noen av de kunne ha hjulpet deg med disse plagene?

U5: Nei, det kan ikke hjelpe meg, tror ikke det. Jeg tror ikke det hjelper å fortelle det, om historien før marerittene.

Noen av ungdommene bruker ord som *stress* og *psykisk* og har søkt hjelp for slike plager på en annen måte og til andre behandlere enn de før var kjent med. Utvalget jeg har intervjuet fremstår delte i hva de har fått med seg av fag- og teorifundamentet som jo er bakgrunnen for at gruppelederne i forbindelse med gjennomføring av kreative samtalegrupper informerer dem om hvordan potensielt traumatiserende erfaringer preger deres universelle sårbarhet og hva poenget med eller innhold i en (aktiv og/eller uttalt) forebyggingsprosess kan være.

Jeg vil gå så langt som å hevde at ungdommene i sine livslinjer *ikke* i utgangspunktet var på vei til liv preget av netter som ødelegges av mareritt og dager med gjenopplevelser, skvettenhet, brutt livslinje og relasjoner. Om de ikke hadde reist – et alternativ de fleste sammenstiller med en sikker død – ville de selvfølgelig ikke være unntatt disse plagene. Likevel ville de hatt intakt større deler av sitt nettverk og de ville i større grad være *Robiel* eller *Binyam* fra den eller den bydelen – ikke «den eritreisk-ortodokse/katolske enslige mindreårige flyktningen» som er prisgitt sitt nye vertslands systemer og (med)menneskelige velkomst. Tapsopplevelsen er sentral i ungdommenes aktuelle symptomatologi, og tapsopplevelsen er igjen et resultat av nasjonal politisk uro og prekære livsvilkår som har resultert i en ny tilværelse i diaspora uten nære omsorgspersoner.

Det teoretiske rammeverket vektlegger kritiske og *fortolkende* retninger – som Grønseth (2009), med referanse til egen doktorgrad (2006) skriver at «(...) also include a social criticism. The criticism is here not based in macro- and structural analyses, but rather departs from *persons' experiences and meanings that are intersubjectively perceived and created as part of everyday life* (min utheving). » (s.12). Min kritikk er i så måte rettet både sosiale og strukturelle forhold, samtidig som den tar utgangspunkt i nettopp flukt- og tapsopplevelsene ungdommene forteller om som manifestasjoner eller 'knagger' å hekte denne komplekse problematikken på. Et vesentlig aspekt ved vestlig traumatologi, slik jeg leser Nordanger et. al (2006), er at behandleren(e) kommuniserer betydningen av det normale ved å ha utviklet gitt symptomatologi etter unormale hendelser som tap og flukt. Også den nye flyktningeidentiteten ungdommene erverver under flukt og ved ankomst er (ofte) en ufrivillig, smertefull og langvarig prosess – men likevel «normal» på gruppenivå i alt akutt og vondt. Blir denne dimensjonen i tilstrekkelig grad adressert i gruppesamlingene? En dialog med ungdommene om hva krig og flukt *ofte* forårsaker av reaksjoner, følelser og lidelse kan tenkes å navngi «noe». Dette «noe» kan igjen lindre, og kanskje er det et lurt og trygt alternativ å

gjøre det i et eksternalisert gruppeformat med et forhåndsbestemt hovedplot? Om ikke annet så kan det i prosessen gjøre at vi er nærmere «å snakke samme språk». Hvis vi oppnår å komme på en slik bølgelenge, tilrettelegges det for *thick descriptions* (Geertz, 1973) og – i hvert fall slik jeg ser det – motivasjon til forskning og formidling av nettopp slike. Her bør ungdommenes stemmer veie tyngst, og de bør inviteres til kunnskapsarbeidet også lang tid etter bosetting, på nye situasjonelle og språklige betingelser. Ikke minst bør både gruppeledere og ungdommene bevisstgjøres dynamikken og fasettene knyttet til flyktningeidentitet- og erfaringer.

5.2 Vi husker ikke formelen helt [helseforståelse- og modeller]



Tross forskjellene i eksponering for og vektlegging av firedeelt helsemodell (se illustrasjon¹⁵) i gruppe I og II, var jeg av den overbevisning at forklarings- og forståelsesmodeller relatert til helse og sykdom med fordel kunne utforskes i intervjuene med samtlige ungdommer. Jeg gjorde meg mange tanker rundt hvorvidt ungdommene oppfattet selve modellen; som ´fasit´, som «lur» og av ´integreringsverdi´, som irrelevant, som betegnende for eget syn eller kanskje som utgangspunkt for refleksjon og bevisstgjøring?

¹⁵ Modellen ble vist og tegnet på forskjellige måter (strekman, liste etc.) Jeg har her gjengitt de fire dimensjonene i egen figur.

5.2.1 Modeller og årsaksforklaringer

I fokusgruppeintervjuene ble det nødvendig og raskt avklare at jeg var innforstått og med erfaring fra forskjeller i forklaringsmodeller og praksis knyttet til helse og sykdom. Jeg brukte aktivt personlige narrativer for å bryte rekken av ganske «forsiktede» svar. Med «forsiktede svar», eller *thin descriptions*, for å følge Geertz' tråd (1973), sikter jeg til hvordan guttene sa lite eller ingenting, og de få som ville snakke minnet om elever som blir hørt i «noe de hadde i naturfagslekse». Det kunne arte seg slik; *Det kan være sykdom pga. bakterie og sånne ting.* (pause) *Dårlig hygiene og smitteting. Ja, det er bare ting som kommer inn i kroppen, er det ikke egentlig sånn?* Jeg kontret dette på følgende måte:

I: Men hvis jeg sier at noen tror at Gud lager sykdom, eller ånder eller – har dere tenkt sånn eller tenker deres familier sånn?

U3: Nei, jeg tenker ikke sånn, at det er en konsekvens. Men det kan være av og til. (pause, himling med øynene, hysjing, latter).

I: For nå har dere snakket mye om at sykdom er inni og utpå, men ikke hvordan den oppstår.

U3: Ja, det er jo litt sånn vi tror da (smiler).

I: Hva tror dere kan være grunner til sykdom, da?

U2: Det er ofte bakterier, eller du er født med noe rart eller det er straffer eller at andre ser på deg med sjalusi. Ja, når jeg var liten besvimte jeg en gang, jeg husker ingenting, men – jeg var 10 eller 11 år – og de sa det var Gud eller på en måte bakterie; jeg tenkte begge. Men vi snakker ikke om det, i hvert fall ikke som barn, da.

I: Du tenkte begge, ja. Liksom at Gud «eier» bakteriene – eller er herren –

U2: Ja, han kan styre dem, jeg lærte jo -, jeg tenkte «du blir syk så nå må du lære av dette, det er hans vilje».

I: Tenkte du det var noen som hadde gjort noe galt?

U4: Ja, jeg tenkte faktisk det (ler), at Gud straffet dem med sykdom. De voksne sa ikke det men – jeg tenkte at hvis noen gjorde noe galt så ble de straffet med sykdom. Ja, at – jeg vet ikke, men jeg lærte hvert fall på skolen om bakterier og hygiene også. Men mange folk tenker ennå at Gud straffer deg med sykdom, litt sånn som karma – *what comes around goes around.* Jeg tror det er internasjonalt (ler).

Ungdommene beskriver det vi i teorien finner beskrevet som *personalistiske* (forklarings)modeller for sykdommers opphav, samtidig som de viser til elementer fra religion og biomedisinske konsepter som bakterier, virus og hygienetiltak (Ingstad, 2007). Eksempler fra barndommen er verdifulle, fordi man også da opererer med blandede og situasjonsbetingede 'explanatory models' (Kleinman, 1980). Disse kan være "(...) duplicate

those of adults, but sometimes they are very different.” (Helman, 2007, s. 143). Et godt eksempel på sykdomstilfeller fra av ungdommene i min studie tydeliggjør hvordan han (som barn) og hans nettverk må manøvrere ytterst forsiktig på grunn av sykdommens opphav (det onde øyet) beskrives slik;

U1: So, when you have been caught with the evil eye and it brought illness upon you, we don't go exactly to the hospital doctor – because he might prescribe a medicine by injection, which would kill the person immediately, *the eye for example doesn't like needles for this thing exactly*. With this kind of illness, we ask the elderly, and they would advise us to go to a person, like a witch – so they, or some like – medicine man, a wise man, first there – not to the doctor – when you go to these witches, or whatever we call them, they might give you some kind of necklace, and can help some people to be cured. I am not talking about a broken arm, but more complicated things, do you understand me?

I: I hope I do.

U1: Can I ask you a question?

I: Go ahead!

U1: In this country, if anyone gets sick with the evil eye, what happens here, who do you go to?

Er måten ungdommen vrir temaet med sitt spørsmål om ‘sykdomstilfeller forårsaket av det onde øyet i Norge’ et uttrykk for at noe helt sentralt ved ungdommens forståelse av sykdommers opphav er forandret? At årsakene lever i konteksten og at de blir klar over at de ikke lenger tilskriver sykdom samme forklaringsmodeller som før, selv før de blir bedt om å reflektere høyt om dette i forbindelse med et forskningsintervju? Jeg tolker dette dithen at migrasjonserfaringen og den dynamiske prosessen som orientering i nytt HCS innebærer, utvilsomt har gjort at ungdommene er seg disse endringene bevisst, og at denne ungdommen spesielt har tillit nok i vårt møte til både å utforske og utfordre mitt og vertslandets holdninger og praksis når anledningen byr seg.

Under *Åndelig helse – den fjerde helsedimensjonen?* forklarer Mæland (2009) hvordan «(...) et forslag om å inkludere åndelig velbefinnende (spiritual well-being) i WHO's helsedefinisjon [ble] fremmet for noen årtier siden, men da avvist.» (s. 85). Den fjerde dimensjonen ved helsemodellen i de kreative samtalegruppene (åndelig helse) ble av ungdommene beskrevet annerledes enn jeg hadde forventninger om. Dette gjør meg nysgjerrig på hvordan gruppelederne fortolket og formidlet akkurat denne. Det er nærliggende å spørre hvorvidt åndelige, spirituelle og religiøse (begreper som ofte brukes om hverandre) dimensjoner ved

helse – der denne modellen legges til grunn – vektlegges og i såfall hvordan dette kommer til uttrykk i møte med ungdommene. Én ungdom sier om hans førsteinntrykk av modellen at;

Yes, we understood it, after X *taught is to us* (min utheving), and we have understood that these 4 elements are found in all persons, internationally (...) What I understood is that the inner part is about the inner person of the person's body. I understood this when I came to Norway. You are less religious than us, *yet you give much more focus to the inner part* (ungdommens utheving). In Eritrea we don't say or talk about a person's inner illness, if we don't see anything physically outside. But if we see a physical injury, just physically – that is ILL, but if it is inside, we don't even recognize it. I am saying that we are not INTO the inner, we concentrate on the outside.

En eldre ungdom mimrer rundt gruppeledernes introduksjon av modellen to år tilbake i tid;

I: Da h*n tegnet modellen, husker du hva du tenkte da?

U1: Først ble vi bare, *what?* - hva tegner h*n? Vi tenkte det var skolegreier. Men så tenkte jeg at den var bra, det er jo livene våre, vi kan lære forskjellig av det. Når jeg så det kjenner jeg det igjen. Senere spurte jeg faktisk om hjelp. H*n sa at det inni, det *psykisk* – du kan ikke se det. Men det fysiske kan sees og måles. Stress, tunge hemmeligheter inne i deg, minner og sånne ting. Det kan være veldig alvorlig, stress og tankene. Men hvis du har det *social* så kan det være medisinen – *psykisk* er sykdommen.

Begge ungdommene vektlegger edukative aspekter ved erfaringen det var å bli introdusert for modellen, bokstavelig talt «på tavla». Med litt avstand til dette gir de fyldige beskrivelser og fortolkninger av denne dimensjonen som av større viktighet for en (etter deres syn) mindre religiøs /spirituell befolkning – altså nordmenn. Ungdommene trekker linjene *biological* (utpå, synlig, målbart) og *social* (som medisin – samfunn/omstendigheter/miljø) og *psykisk* (inni, usynlig, 'unrecognizable' osv.). Dette samsvarer med henholdsvis disease/sickness/illness, i stråd med biopsykososial modell (Engel, 1977). Jeg finner at refleksjonene de gjør seg utover *utenpå/inni* og *synlig/usynlig* er et resultat *både* av endring i HSC og de reelle helsemøter- og «helsesnakk» i gitte, i denne omgang eksemplifisert ved 'modellundervisning' i gruppesamlinger.

5.2.2 “Psyk(dom)” i hjemlandet

I intervjuene gikk ungdommene i stor grad over til å kalle «inni» eller «usynlig» sykdom for «psykisk». Dette skrev vi ned, og da uttalen ligger så tett på «fysisk» - som de fleste brukte engelske ord for (både *physical* og *medical*), pekte de betegnende ofte på ordet fremfor å si det. Det var tydelig nytt for ungdommene å reflektere høyt på et slags metanivå om dette. En ungdom forklarer det slik;

Men i hjemlandet er ikke det så – vi forteller ikke så mye om (peker på hjertet). Vi prøver bare litt; helse; *hvordan har du det?* Bra, ferdig. Vi spør om familien, *kollektiv*. Men vi går ikke inn på hva som er - (*peker på ordet 'psykisk'*) - det er privat, sykdommer inni oss. Egentlig har vi ikke tradisjon for det psyk--? (*peker igjen, ler*). Jeg vet ikke hva jeg skal si.

«Psykisk» beskrives i ungdommenes eksempler som ‘gal’ – i form av vrangforestillinger («de snakker om og til folk vi andre ikke ser»), «stygg» og ukritisk tale i offentlighet (banning og roping, «slik som når nordmenn er fulle.») og aggresjon. Ingstad (2007) sier om depresjon at det «(...) er en av de få psykiatriske diagnosene der det eksisterer en slags enighet mellom psykiatere og antropologer om at det finnes et biologisk fundament for å postulere en forekomst på tvers av kulturer.» (s. 189), med andre ord; en diagnostisk kategori med krysskulturell anvendelighet tross ulikt meningsinnhold og sosiale konsekvenser. Jeg prøvde å utforske dette, men temaet ble raskt dreiet tilbake til den ‘outerte’ eller ‘synlige psykisk syke’ og mindre mot andre sjatteringer av psykisk lidelse.

I: Kan du huske noen hjemme eller her - noen du vet om som var 'psykisk' (peker på notatblokk)? Ikke brette armen/prikker i huden/diaré – men sånn psykisk, som vi snakket om, vondt inni seg? Men at de IKKE gikk og sa stygge ting på gaten?

U5: Nei, det er ikke vanlig å ha psykisk i mitt land. Men hvis du blir psykisk syk du går en plass, det heter ‘*psykisk plass*’ – jeg vet ikke, og så du går og bor der-

I: Ok, du går og du bor der -

U5: Ja, med lege, alle er psykisk. Du vil ikke bo i nærheten der, jeg lover deg!

I: Vet du hvor lenge?

U5: Til du blir frisk, da går du tilbake. Eller - også du kan bo hjemme med mora og faren din, men det blir litt vanskelig. Han kan gjøre noe galt-

I: Hvordan galt? Hva sier de andre rundt?

U5: Ja, vi sier om *psykisk*, det er ikke så bra -

I: Er det sånn at man sier til barn; «ikke gå til han, han er sånn psykisk liksom»?

U5: Ja, spesielt hvis han har sånn *aggression*. Ja, jeg vet faktisk om noen som har psykisk – de menneskene, de er litt *aggressive*.

I: Men hvis noen er psykisk syk uten aggressiv da– trist, lyset er av (peker på lysbryter), uten energi? Deprimerte. Har du møtt de?

U5: Ja, men vi har møtt noen som er også i gata, og så vi går - eller ungdommer; ca.16-20 år- de snakker med han og han kan snakke med dem. Og noen sier ikke bra ord, til ham, de sier til ham at han, han har problem på en måte ...

De siste beskrivelsene fortsetter i samme sporet og ligger nærmere min forståelse av psykose preget av positive symptomer¹⁶ enn fortellinger om depresjon. I ungdommenes helse- og sykdomsnarrativer i forrige delkapittel, var det sorgen og ensomheten i nytt vertsland som lå tettest opp mot det depressive. Dette kommer ikke ungdommen i samtalen over inn på i sammenheng med hverken 'syk' eller 'psykisk'. I fokusgruppeintervjuene finner jeg klare tendenser til utelukkende å fortelle om psykisk lidelse en kan observere, ved bruk av eksempler som 'byoriginaler', fattige, forsvarsløse, tilstander som er til byrde og stigma for familien samt hvordan de menneskene som er rammet er prisgitt sine nestes barmhjertighet.

5.2.3 *Cultural Medicine*, religiøs helbredelse og generasjonskunnskap

I intervjuene portretterer ungdommene generasjonelle forskjeller allerede i hjemlandet, og «skolekunnskap» om f.eks. bakterier og smitte, som vi kan regne med at deres bestemødre ikke forvalter i tilsvarende grad. Blader, salver og forbindinger med forskjellige urteuttrekk er kunnskap de eldre i hjemlandet innehar. Anatomi og konsepter som bakterie/smitte/vaksinasjon er introdusert i skolegang både i hjemlandet og i Norge. En ungdom gir et personlig eksempel og generaliserer både tilbake i tid og aktuelt;

I gamledager var det bare *cultural medicine*, men nå er det mest hvis det er 'onde øye sykdommer', uansett der først, eller kirken, *holy water* og sånn. Men jeg vet ikke, de fleste går til sykehus. Men der er det vanskelig med utstyr og sånn. Min fetter tok 600 medisiner på en gang, men ble likevel ikke frisk. Når slikt skjer, går de videre til *holy water*. De badet han utenfor byen – munker, de som ikke gifter seg, de gjør det i 7 dager. Så de ber for deg og pleier deg. Jeg vet om mange.

Herfra ville jeg spørre ungdommen mer konkret om religiøs helbredelse (*spiritual healing*) der ritualene «(...) også i seg selv bli(r)betraktet som virksomme, uavhengig av substanser» (Ingstad, 2007, s. 72) Tradisjonell medisin og dens substanser er i flere deler av verden også kommersialisert, noe som muliggjør selvmedisinering i privat sektor og også kan «(...) virke frigjørende i forhold til de sosiale forpliktelsene og ritualene som gjerne er knyttet til de

¹⁶ Negative symptomer (f.eks. passiv-apatisk tilbaketrukkethet) står i motsetning til såkalte positive symptomer hvor symptomatologien er mer synlig og åpenbar for både pasienten og andre (vrangforestillinger, hallusinasjoner og desorganisering) (Malt, 2016). I Store medisinske leksikon. Hentet 8. april 2018 fra https://sml.snl.no/negative_symptomer

folkelige helbredernes praksis.» Dette beskrives i litteraturen som å ha spesiell relevans for kvinner og deres 'behandlingssøkende adferd' (ibid.) som begrenses av patriarkalsk kontroll og lidelser tilknyttet seksuelle tabu osv. Ingen av ungdommene i min studie innrømmet å nyttiggjøre seg slike remedier. Derimot hadde både ortodokse og katolikker et forhold til *acqua santa*/holy water (hellig vann), og i tillegg mer naturalistisk orienterte intervensjoner for balanse i organismen; eksemplifisert ved mat som gir varme. I samtale rundt *diablos* (djevelutdrivelse / eksorsisme / fordriving av besettelsestilstander) gir en ungdom på min oppfordring et personlig eksempel;

I: Forstår du hva jeg mener med diablos?

U4: Ja, prester gjør sånn for å få det ut, som noen kaller gal eller ånd, da, de andre [ortidokse] prestene har óg sånn. Har du sett det?

I: Ja, det har jeg. I forskjellige land. Kan du fortelle om dine erfaringer?

U4: Så, vi har vi en feiring i kirken hvert år, og i fjor kom det en jente der og hun ble sånn (*ristet*) og snakker – hun snakker om satan, da, og det andre har gjort mot henne, presten ber for henne så hun ble bedre, men etter noen minutter eller kanskje 2 timer snakket hun igjen, hun snakket rart, om andre mennesker og hva de hadde gjort henne, det vonde de hadde gjort mot henne, så hun ble bedre men etter 3 dager så kom det tilbake igjen. Men det trodde presten var på grunn av *Satanas* - hun gikk mange ganger til sykehus men ble aldri bedre. Tror det var *psykisk* (*peker på ordet*).

Noe ungdommene utforsker i stor grad og på eget initiativ kirken og presten som åndelig veileder i behandling for både 'psykisk' og 'physical':

U1: Det er noen som er snillere mot de som er sånn (*peker på ordet psykisk*). Spesielt presten og de som hjelper i kirken, de gir mat til mennesker i gata hvis ikke familien passer på.

I: Kan prestene også gi hikimna (behandling)?

U1: Selvfølgelig (*smiler*).

I: Hvilken? For hvilken sykdom?

U1: Hvis du har problem og er medlem av kirke kan den hjelpe deg. Jeg vet en person med (*peker på ordet psykisk i notatblokk*).

I: Hjemlandet?

I: Ja, i mitt land, i hovedstaden. Han hadde ikke familie. Han ble frisk etter lang tid og så han hadde ikke så masse penger - han har ingenting men kirken hjelper han til å gifte seg med en annen, alle bryllupsutgifter fra kirken, han fikk en familie, hvis du er medlem av kirken kan de hjelpe deg.

En annen ungdom som identifiserer seg som sterkt religiøs, understreker begrensningene i hva vi kan forstå av 'herrens krefter' og hvilken prognose forskjellige behandlinger gir.

I just laughed because you mentioned the 'leaf' earlier – I describe *cultural* (medicine) that 30% of people can be cured by it, sometimes you can be cured, and

sometimes not, so 70% chances to be cured by other things. I don't have the power or knowledge everything, GOD has, I have seen with my own eyes also people going to doctors, even with cancer, taking medicine but still not cured, I have seen that with the help of the holy water, this is my belief -I give this a 70/30 ratio. The holy water can cure, and our collective praying can cure. This is my *belief*.

Ungdommen viser stor tiltro til vestlig biomedisin – «*hospital and doctor medicine*, eller fastlegen, da!» - samtidig som han med kraft argumenterer for åndelige og kollektive ressurser og praksisers legende potensiale.

5.3 Vi har ikke diktet hele sannheten/ [om bruk av narrativer]

Tidsaspektet gir det medisinske tegnet en tredelt funksjon; anamnetisk, diagnostisk og prognostisk. Det sier hva som hva skjedd, hva som pågår og hva som vil skje. Slik blir det en parallell til de elementene som strukturerer en fortelling og dermed en parallell til den artistoteliske definisjonen av en fortelling som bestående av en begynnelse, et midtparti og en slutt. (Bondevik & Stene-Johansen, 2011, s. 26)

Sitetet er hentet fra *Sykdom som litteratur*, der både sykdommers funksjon og posisjon i (skjønn)litterær litteratur som «(...) en viktig rolle i konstruksjonen av sykdom, der den lar symptomer utfolde seg og bli gjenstand for vurdering» (s. 31, *ibid.*) drøftes og illustreres gjennom 13 utvalgte diagnoser. I ungdommenes fiktive narrativ er hjemland → flukt → Norge allerede definert som et plot. Det er opp til ungdommene hva de dveler ved, hvilke overaskende, farefulle eller fredfulle elementer som preger spesielt midtdelen og hvordan hovedpersonen føler og tolker sin ferd underveis. I forskningsintervjuene deler de historier fra sykdom- og behandlingsforløp. Kanskje velges disse ut i kraft av sitt sterke plot? Når noen ber deg fortelle om en gang du var syk, er det lite sannsynlig at du utbroderer den uka du følte deg pjusk og uggen, ikke visste helt hva det kom av og hverken inntok spesielle remedier eller søkte spesialisert behandling. Det er mer sannsynlig at du trekker frem situasjoner der alvorlighetsgrad eller persongalleri, tid og sted utgjør en *ordentlig* fortelling. En interesse for også det vanlige «pjuske og ugne» synes kjedelig – der er jo så mange flere stormfulle historier å velge blant! Narrativer er uløselige fra den sosiale og kulturelle konteksten de formes i, og hvordan; spontant, på oppfordring, i tekst, i tale, på scene, i bilder og så videre (Mattingly & Garro, 2000). I intervjuene inntok jeg en bevisst holdning om å nærme meg det personlige i samtale med ungdommer jeg ikke kjente godt gjennom narrativer om andre, og oppfordret dem til å gjøre det samme, spesielt hvis stemningen tilsa at noe ble svært nært (for

eksempel ved gråt). Det kunne være personen i historien, oppfordring om å gi eksempler om 'en fra landsbyen', noen i kirken eller gi meg informasjon om sagn og myter fra hjemlandet. En dimensjon som risikerer å komme i skyggen når disse narrativeene skal analyseres, er meningen som så absolutt (også) finnes i nettopp det eksternaliserte, i pausene, i fraseringsene, i det unevnelige og i det bevisst utelatte. Vi har i teorien sett hvordan *historiene som blør ut av oss* (Wikan, 2000) - uavhengig av hvorvidt de siden samles, struktureres og tolkes av akademikerne - *ikke* kommer med forklarende fotnoter, eller som Wikan sier det; «(And) the omissions I made, the silences that now cry out to me with deepfelt sorrow and pain, will remain covered. Only to me they talk – which is why I could hardly bring myself to reread my story. » (s. 227). Jeg er av den overbevisning at hverken gruppelederne eller jeg selv ville få ungdommene i tale om noe de knapt kunne make å gjenfortelle- eller for den saks skyld lese. Som metoden kreative samtalegrupper bygger på, videreførte jeg eksternaliseringen i forsøk på å belyse forskjellige temaer, for eksempel slik;

U1: Isayas¹⁷ hadde en vanskelig *situation*, han var fattig, også han hadde en mor som ikke sov godt. (...)

I: Snakket dere eller diktet dere om hvordan han sov godt eller var redd eller sånn på selve turen da?

U1: Ja, han ble redd når han skal tenke på situasjonen etterpå, han føler seg trist og ensom. (*pause*) Det var vanskelig situasjon, han har sett mange [mennesker] ligge i veien på veien som var døde (*gråter*).

Det som skjer her er at ungdommen berører egne erfaringer slik de bidro til innholdet i den fiktive historien. Jeg fortsetter i tredjeperson og vil trøste ham;

I: Han husket det? (gir ungdommen hånden)

U1: Selvfølgelig han husker det og det skal følge med ham.
(*pause*)

I: Tror du at de andre guttene, da dere diktet, tror du at alle tenkte på det de hadde sett? Selv om det skulle være ikke personlig eller dere har sett forskjellig og er forskjellige?

U1: Nei, jeg tror ikke. Jeg tror at hvis du husker for mye blir du trist, for trist. Vi kaster det vekk. Men det er ikke alt som blir sånn. For eksempel i går, jeg var med vennen min. vi snakket om hvordan turen var til Norge. Det var første gang. Jeg fortalte til ham og han til meg. Det var aller første gang. Selv om vi har vært venner lenge. Vi snakket om hva som skjedde i Sahara.

¹⁷ Fiktivt navn på historiens hovedrolle.

Middelhavet i smuglerbåt er en passasje i reisen jeg har fått beskrevet av gruppelederne som i aller høyeste grad gjenstand for uro i ungdomsgruppen, et 'unevnelig' tema som til stadighet blir forkortet eller utelatt. I sitatet over forteller ungdommen om en endring fra tidligere strategi (å «kaste det vekk») til å tematisere en annen ekstrem passasje fra reisen (Sahara) i en fortelling til en venn, noe som også ble gjengjeldt. Jeg tolker hans beskrivelse dithen at dette ville være utenkelig tidligere. Om dette er et konkret uttrykk for en positiv erfaring ved og (om så indirekte) *nevne det unevnelige* i kraft av gruppeerfaringen, skal jeg være forsiktig med å påstå. Jeg er likevel av den oppfatning at det må ha vært meningsfullt for ungdommen, og nettopp slikt meningsinnhold er det jeg kan både forvente og begrense meg til i min analyse. Om ikke annet er det en fortelling om en fortelling i en gitt sammenheng – nettopp hvordan begrensninger og styrker ved narrativer løper parallelt.

5.4 Vi deler og informerer [innspill til metoden og den felles historiens anvendbarhet]

Hvordan oppfyller gruppelederne plikten til å sikre reell brukermedvirkning, og i hvilken grad kommuniseres dette aspektet til ungdommene som deltar i kreative samtalegrupper?

I forskningsspørsmål III. - *Hvilke innspill til gjennomføring av fremtidige grupper kommer ungdommene med?* har jeg ønsket å skape en evalueringssituasjon. Underveis i og ved avslutning av hver gruppesamling¹⁸ ble ungdommene spurt om deres opplevelser og innspill til gruppeprosessen av gruppelederne. Både krav om og motivasjon for at ungdommene skal prege *metodeutviklingen* var med andre ord tilstede. I metodekapitlet beskrev jeg hvilke utfordringer jeg møtte knyttet til det faktum at gruppeledernes tilrettelegging av underveis- eller «innimellom» evaluering forløp parallelt med mitt feltarbeid. Jeg var opptatt av at ungdommene som samtykket til fokusgruppe- og senere individuelle intervju ikke skulle ha «snakket seg ferdige» om sine erfaringer knyttet til gruppedeltagelsen før de møtte meg. Samtidig hadde jeg som forsker ingen rett til å be gruppelederne ta dette hensynet til studiens forventede fordel. Samlet er jeg av den oppfatning at min vinkling i problemstilling og relasjonell tilnærming har gitt ungdommenes stemmer tyngde utover det de har uttrykt i direkte dialog med gruppelederne underveis og i etterkant av gjennomført gruppeforløp.

¹⁸ I tillegg kom «reunion» som også var tilfelle for begge gruppene.

5.4.1 Ungdommenes anbefalinger

Har ungdommene gjort seg tanker om å være i posisjon til medvirkning og bemyndigelse? Har de slike forventninger - i gruppesammenheng så vel som i helsemøter - eller snakker vi egentlig om en vestlig (pasient)autonom verdi, som ikke nødvendigvis deles, ei heller ikke bør 'tres over hodene deres'? (Hanssen, 2005, ss. 97-123). Svært få bruker- og pasientgrupper er seg bevisst hvordan og når de er delaktige i metodeutviklingen i kraft av deres antatt særegne kompetanse; i dette tilfellet som flyktningeungdommer og *ikke-pasienter* men gruppedeltakere - der metodens uttalte mål er at det å arbeide indirekte med ungdommenes historier muligens kan forebygge psykisk uhelse. På initiativ fra ungdommene i ett av fokusgruppeintervjuene besluttet jeg *ad hoc* å benytte meg av evalueringsverktøy jeg kjenner til fra min erfaring med kreativ *non-formal education* metodikk i internasjonalt ungdomsarbeid¹⁹. Jeg kom til skade for å kalle den ferdige historien for «boka» - og fikk sporenstreks korrigert dette til at «det er egentlig en brosjyre, det er bare 6 sider». Da oppfordret jeg ungdommene til der og da å skape nok en «brosjyre» med deres anbefalinger (som tilfeldigvis ble inndelt i 6) slik at både (for dem) kjente gruppeledere i arbeid med fremtidige grupper, men også andre igangsettere av lignende grupper for flyktningeungdommer kan «forstå raskere», som ungdommene sa.

¹⁹ https://ec.europa.eu/youth/policy/youth-strategy/education-training_en

Ungdommenes brosjyre

I. Kunnskap og tillit

Dere må forstå hjemlandet vårt og hvordan politikken også preger eritreiske diasporamiljø. Dere må lytte godt! Vi må få bevis for at dere er til å stole på, før vi dikter historien eller blir spurt om å dele andre ting.

II. Lette løgner eller vanskelige sannheter?

Historiene vi har diktet er mildere enn våre egne historier. Det er vanskelig å bli enige, og noen ganger blir forslagene om å inkludere en spesielt vanskelig situasjon eller sted fra flukten nedstemt. Vi beskytter hverandre ved å redigere på denne måten. Kanskje nye grupper burde være ærligere? Vil dere kunne ta i mot det mest grusomme?

III. Diffusjon og brukerkunnskap

Historien vi har laget kan brukes til å gi norske ungdommer et mer realistisk bilde av samfunn, tradisjoner og leveste i vårt hjemland. Kanskje vil de bedre forstå hvordan flyktningeungdommers verden blir snudd på hodet? Kanskje blir vi venner?

IV. Ansvar, rammer og opplegg

Vi bør ikke være mer enn 6 ungdommer i én gruppe – det skaper mindre kaos og gjør at vi tar likt ansvar for historien. Vi er takknemlige for god mat og drikke! Det blir mye stress av å ha gruppesamlinger i skoletiden. Hvis vi først sier ja til å bli med, vil vi gi av vår fritid.

V. Tolkekunst

Tolken må forstå målet med gruppen, og det bør bare være én tolk. Tolken må ikke påvirke historien underveis. Tolken må tåle tull og tøys. Hun eller han må være en snill person, og aldri sladre.

VI. «Å si tingene *direct*»

Hvorfor er akkurat vi invitert til å danne en gruppe? Hva skal historien brukes til, og hva har den med helse å gjøre? Vi har mange spørsmål. Gruppesamlingene kan være en god «reklame» og gi motivasjon – men ingen garanti for at vi skal kunne leve godt og ha god helse i Norge.

I en av deres anbefalinger (VI. «Å si tingene *direct*»), synes ungdommene opptatt av tydelig informasjon og realistiske løfter ved rekruttering til og oppstart av gruppene. Dette vil jeg hevde er et klart uttrykk for brukerautonomi. En annen ungdom fortalte at «*doktor sa at hvis vi forklarte historien så skulle det bli bedre for oss. Det jeg mener er - jeg har ikke merket forskjell, fra da jeg kom til jeg forklarte om det. Men det er greit, så OK, jeg er fornøyd med det uansett da*». Dette illustreres mer detaljert i deler av fokusgruppeintervjuet med gruppe I;

I: Kan du huske hva du trodde gruppen var?

U2: WOW, det er lenge siden. Vi tenkte; *hvorfor bare oss?* Hvorfor er vi her – at vi ble *kallet inn*, da, hva er grunnen liksom ...

I: *Hva sa h*n da, eller – spurte dere?*

U2: H*n sa at det ikke var farlig, at vi måtte bare komme og prøve, at det var for å hjelpe oss, eller; ikke alle fra Eritrea fra klassen eller hele skolen, bare noen. Jeg vet ikke hvorfor det er bare oss, kan du svare?

I: *Det er vanskelig å si for meg.*

U2: Uansett, vi har jo blitt spurt mange ganger, først sa jeg; dessverre, jeg kan ikke. Men på det møtet sa de; «noen mennesker som har opplevelser i livet, vanskelige

opplevelser – hvis man ikke sier de til andre, bare har det inne i seg kan det bli vanskelig i fremtiden». Det som sa nei, jeg tror ikke de forsto målet. Det var også vanskelig for oss. Eller de vil ikke snakke om det. *Also* - kanskje de ble redd for at dere hadde med politi eller *government* å gjøre.

Også ungdommenes antakelser knyttet til hva gruppelederne vet om hjemlandets politiske situasjon blir belyst ovenfor. Det er tydelig at ungdommene «scanner» gruppelederne for deres forkunnskaper om hjemlandet, og ikke tematiserer det på eget initiativ. Dynamikken den politiske situasjonen i hjemlandet skaper i miljøet her i Norge (av ungdommene enkelt og greit referert til som *government*) er av stor betydning for deres hverdag.

I: Tror dere at de (gruppeledere og henviser) forstår dette med government?

U2: Nei, det tror jeg ikke.

I: Har dere fortalt det til dem?

Unison: Nei. (pause)

I: Hva tror dere hadde skjedd om dere fortalt det?

U3: Vi har bare ikke snakket om det. (stille)

Dette er et uhyre betent tema, som rammene for denne studien dessverre ikke tillater meg å dvele lengre ved. Jeg tør på bakgrunn av datamaterialet likevel hevde at tillit raskere vil kunne oppnås mellom partene dersom gruppeledere etterstreber å holde seg oppdaterte på og åpne om nettopp *government*, som er av en slik størrelse for ungdommene, uten at det tillegges overdreven vekt hverken ved å snakke om det eller og 'løse' også det problemet.

5.4.2 Fra ungdom til ungdom

Det er et fokus på eksternalisering og beskyttende faktorer ved ikke å påtvinge ungdommene å dele «sanne og egne» historier i kreative samtalegrupper, slik jeg beskrev i kapittel 2.

I en av tilbakemeldingene Myrvoll og Lundesgaard har fått i samtale med *Sabur* kommer det likevel frem at; «Det er egentlig en sann historie: Jeg hadde et problem i hjemlandet mitt. Jeg vil at nordmenn skal vite. Jeg vil også at de skal vite at jeg ikke er kommet for å ”kose meg” i deres land.» (Myrvoll & Lundesgaard, 2012, s. 263). Hva avgjør hvordan og hva ungdommene deler av det «sanne»? Gjør de seg tanker rundt hva gruppelederne og nordmenn kan ta med seg fra slike narrativ for bedre å forstå deres bakgrunn for flukt og ønsker for framtiden i Norge? Et konkret ønske fra ungdommene i min studie samsvarer med *Saburs* motivasjon for at historien har sin funksjon også utenfor gruppen; at det ferdige narrative skal brukes for å vise jevnaldrende norske at de ikke «kommer fra jungelen» men hadde vanlige

liv med skole, byområder, forelesninger, filmer og ansvar før de ankom kommunen (anbefaling **III** i brosjyren).

Ungdommene er derimot samstemte i syn på hvordan henvisere og gruppelederens bør vektlegge forskjellen på *reklame* og *garanti* i informasjon om kreative samtalegrupper. De kommer tilbake til dette skillet ved flere anledninger;

I: Hvis dere skulle delt historien med en ungdom fra Norge og én fra Eritrea – hvordan tror dere de ville de reagert?

U5: Veldig forskjellig! De norske *må* vite hvordan vi kommer, det er på tide. De tror vi kommer fra en skog- at Afrika er en skog!!! De spør; - Har dere by eller?

U4: De må vite hvordan vi kom! På grunn av FREEDOM. Politisk situasjon. (stille)

U5: De som er 12 år i Eritrea nå og tenker på om de skal dra før *sawa*²⁰ Hvis de også skal i gruppe så kan dere ikke gi dem *garanti*, selv om dere har *god reklame* fra oss da (*ler*).

I: Hva ville du sagt de på 12 år om reklamen da? Kan gruppelederne garantere noe, liksom?

U5: Personlig lærte jeg HVORDAN KAN JEG BO OG LEVE BRA (sakte og tydelig). *Det er det de må vite og fristes med* (min utheving). Når jeg forteller venner om gruppen sier jeg at vi lærer hvordan du lever i Norge, og at de voksne sier det skal bli bra. Hvis du har problemer i kroppen kan du lære noe om hvordan kroppen funker og hva du kan gjøre. Men ingenting er sikkert.

I: Jeg har forstått deg slik at gruppen har hjulpet deg til å finne ut av hvordan du blir glad etter å ha kommet til Norge. Når du lever her. Og gir deg råd.

U5: Ja, det er poenget mitt, men det gjelder sikkert ikke for alle.

Ungdommene råder fremtidige gruppemedlemmer til å være ærlige og «gi masse informasjon», samtidig som de er usikre på hvorvidt gruppelederne er rustet til å ta denne i mot (jmf. anbefaling **nr. II**). Førde (2014) beskrev denne ambivalensen fra gruppeledernes perspektiv. Hennes egen usikkerhet og reaksjoner i møte med en truende og sint *Ali* ble tatt til veiledning ved et eksternt psykososialt team. Hun reflekterer rundt hvordan gruppeledernes vektlegging av frivilligheten ved å delta og fortelle også bunner i «(...) egen opplevelse av hjelpeløshet og ønske om å komme (seg) unna situasjonen og egne reaksjoner» (Førde, 2014, s. 176). Dette perspektivet er interessant, spesielt sett i sammenheng med intensjonen om å beskytte ungdommene ved å la dem forvalte egne historier på denne måten. Forebygger ungdommene egne reaksjoner ved å holde tilbake, og er dette en bevisst strategi og hvordan forholder gruppelederne seg til denne sett i lys av egne reaksjoner? En av ungdommene ble

²⁰ Militærakademi for ungdommer/unge voksne i Eritrea.

svært alvorlig da han understrekte hvor viktig informasjon og samtykke til deltagelse er; «Dere må spørre oss før dere bestemmer hva vi skal være med på.» Dette motbeviste min forforståelse av ungdommene som høflige og 'compliant' til invitasjoner til tiltak som kreative samtalegrupper - i mye større grad enn andre flyktningeungdomsgrupper fra andre land. Utsagnet vitner også om en autonom holdning til informert samtykke, i tråd med hva jeg i metodekapitlet redegjorde for og reflekterte rundt hvorvidt holdt stikk også i intervjusituasjonene ungdommene var i.

5.5 Vi har egentlig ikke ord for det / [om språkroller og tolk]

Vi må ha i bakhodet at det og kommunisere ethvert hjelpebehov i et nytt HCS fordrer forståelse, tilgjengelighet og fleksibilitet fra både pasient og helsetjeneste. Språket om og i dette spiller en vesentlig rolle (Hanssen, 2005). Eksemplifisert i sammenheng med individuell psykoterapeutisk behandling påpeker Varvin følgende;

I mer verbale kulturer, verbale i den forstand at kunnskap i større grad blir formidlet i sosiale sammenhenger som fortellinger (...) vil mange nære og emosjonelle opplevelsdimensjoner være knyttet til ens morsmål, og det er vanskelig å transformere dem til et nytt språk. For noen kan i midlertid volden og mishandlingene være knyttet til ens hjemlands språk, slik at det kan være en lettelse å kunne uttrykke seg på et annet språk. Det er også eksempler på at ens morsmål dukker opp av glemselen under psykoterapi der tidlige traumatiseringer blir bearbeidet. (Varvin, 2008, s. 79)

Studiens omfang gjør at jeg må la overstående betraktninger illustrere en problematikk som i seg selv kunne utgjort selve kjernen i en større studie. Ut fra innsamlet data vil jeg heretter fokusere på språket og tolkingen om og i gruppesamlingene. Presten – som ungdommene allerede har nevnt i forbindelse med religiøs behandlingspraksis - blir et symbol på hvem som kan eller ikke kan snakkes med på den eller den måten. I intervjuene brukte jeg egne eksempler fra situasjoner der jeg veksler mellom språk, med vekt på hvilket ordforråd eller nyanser som best kan uttrykke det jeg vil kommunisere og til hvem. Variasjonene som berodde på engelskspråklig tolk/ uten tolk/ norsk supplert med tigrinia, italienske og engelske ord gjorde også språksituasjonen ungdommene og meg i mellom til et eksempel å knytte spørsmålene til. Mitt ønske var å få ungdommene til å reflektere generelt rundt bruk av forskjellige språk og spesielt rundt opplevelser knyttet til tolking. Jeg finner dette relevant for hvordan ungdommenes språklige manøvrering foregår både i forskningsintervjuene med fokus på erfaringer og refleksjoner de gjør seg om språket i selve gruppekonteksten.

Et «mildt og ufarlig» tema, folkesnakk jeg har hørt fra eritreiske bekjente, at amharisk er et bedre språk for følelser og kjærlighet enn ungdommenes morsmål tigrinia, ble brukt som innledning. Dette ga gjenklang hos spesielt én av ungdommene;

Han kan snakke godt norsk og godt tigrinia. «*Snakker du med ham på morsmål, gir han deg hjertet. Snakker du norsk, gir han deg ørene.*» Slik sier vi det. På tigrinia er jeg kranglete og praktisk, på amharisk kjenner jeg meg høflig og kjærlig. Vi sier for eksempel NATI, *mamma*, på tigrinia er det ADDEY – mens NATI er mer sånn; «*mamma min, kjære deg*» (*syngende, ler*) eller sånn – det har litt kjærlighet i seg, egentlig. Det er *symbolic*. Jeg har ikke tenkt på det før.

Med en tydeligere vinkling mot intervjuet og intervjuetemaenes art, utfordret jeg ham litt;

I: Hadde du snakket mer, eller annerledes hvis vi brukte tolk i dag?

U4: Nei, jeg tror det hadde vært likt.

I: Det er et vanskelig spørsmål, kanskje.

U4: Nei, jeg forstår deg - men ja, egentlig jeg tror det er bedre på norsk. Jeg har ikke så mange erfaringer å fortelle om men jeg føler det er litt mer *direct* på nytt språk.

Positive.

Når ungdommene i gruppesamlingene diskuterte seg i mellom på morsmål, for å komme til enighet om hvordan det fiktive narrative skulle utvikle seg, kunne tolkingen foregå på forskjellige måter. Jeg tar utgangspunkt i den gruppen²¹ jeg observerte i referentrollen. Den rullerende rollen som 'talsperson' ga sitt sammendrag av gruppens diskusjon – herunder om det var noe de enda ikke hadde «landet» på. Tolken oversatte hele sammendraget.

Ungdommene forsto ofte det som ble sagt på norsk, og unntaksvis avbrøt og korrigerde de. Noen ganger ba gruppelederne tolken eksplisitt om et midlertidig sammendrag – for en oversikt over hvordan ungdommenes dialog utviklet seg, og gi innspill eller komme med spørsmål til dem. Både talspersonen og tolkens henholdsvis *resyméfortolkning* og *språktolkning* er «(...) lengre innlegg sammenfattet innholdsmessig, slik at bare den delen av det talte som anses å være av betydning for det aktuelle budskapet tas med.» (Dahl & Pettersen, 1999, s. 244). En kan derfor spørre seg hva de forskjellige anser som av betydning når de fortetter lengre passasjer av tale til et 'meningssammendrag'. Sier tolken det hun eller han tror gruppelederne vil vite, og «vaskes» språkdrakten i noen grad? Formidles ungdommenes uenighet eller usikkerhet slik den implisitt eller eksplisitt kommer til uttrykk i dialogen dem imellom? Jeg spurte ungdommene;

²¹ Gruppe II.

I: Hvordan tror du det var å være tolk i en slik gruppe?

U5: Lett. Eller nei, det kan bli vanskelig hvis de snakker på riktig måte kan det bli lett men de sier ikke direkte ord eller ja, noen sier ikke den og noen sier den og da blir det vanskelig.

I: At de (tolkene) ikke er presis?

U5: Ja, hvis de lager eget *summary*. Det var vanskelig med tolk óg, han sier ikke alltid det vi sa. Han har mye ansvar.

Om hvilket ordforråd og hvilke tema som er gangbare i kommunikasjon med forskjellige roller, forsøker jeg å finne ut hvordan ungdommene posisjonerer seg eksempelvis i møte med prester. Følgende begrenses av både ungdommen og jeg til å gjelde *språk* og ikke religiøs helbredelse, som tidligere beskrevet.

I: Hvorfor sier du det blir vanskelig å snakke om problemer med en prest?

U3: (*ler*) Fordi kanskje du ikke vil snakke fritt – vi har god respekt for dem og du kan ikke snakke dårlige ting med han.

I: Du sa jo óg at presten hjelper- hvordan snakker du eller han da?

U3: Mer riktig, andre ord, kanskje gamle ord – klassiske ord.

I: Geez?²²

U3: g-eez (*korrigerer uttalen og ler*) – nei, nei, vi snakker ikke dét, prestene leser for deg og ber for deg men jeg kan ikke snakke egentlig. Vi snakker tigrinia men språket kan være både pent eller mer som «gata». Men sånn med eldre og han [prest] snakker vi sånn 'riktig' ord.

Samme (helse)problem kan altså kommuniseres på forskjellige språklige nivå. I eksempelet ungdommen gir, *hjelper* presten via lesing og bønn uten at ungdommen ordlegger seg som på «gata» eller direkte om «dårlige ting». Det hadde vært interessant og funnet ut mer om hvordan disse avveiningene foregår, i form av lengre kasuistikker fra flere ungdommer. En kunne også trekke linjer fra denne tematikken til kunnskap om og tilgang til behandlingstilbud (f.eks. hvorvidt presten var et reelt alternativ til sykehus eller eneste tilgjengelige, hvorvidt presten rekvirerte elementer fra *cultural medicine* eller vanlig sykehus). Det er interessant å merke seg at møter eller samtaler i «sånn 'riktig'» språkdrakt, uten eksplisitt å *navngi problemene*, beskrives som en av flere måter ungdommene og deres nettverk har søkt eller søker forebygging og behandling for sine (helserelaterte) problemer og nyttiggjør seg forskjellige former for hjelp. En slik vinkling vil rettferdiggjøre en tolkning av dette hen mot språknivåveksling som en aktiv strategi, i sin tur helsefremmende.

²² Alfabet i koptisk-ortodokse skrifter.

6 Oppsummering og konklusjon

Linjene må trekkes mellom hva jeg satte meg fôre å finne svar på og hva som nå kan oppsummeres eller konkluderes med. Likeledes må det redegjøres for med hvilken overbevisning dette skjer. Fyller studien eksisterende kunnskapshull, og har den – tross begrensning i utvalg og omfang – verdi utover den smale konteksten der datainnsamlingen foregikk? For å synliggjøre i hvilken grad studiens overordnede problemstilling; *hvordan ungdommenes helseforståelse- og adferd påvirkes av å delta i kreative samtalegrupper* synes belyst, velger jeg å oppsummere den tematiske analysen og presentasjonen av studiens funn fra forrige kapittel. Dette vil jeg gjøre etter samme prioritet og rekkefølge som forskningsspørsmålene innledningsvis ble stilt.

6.1 Fortellinger, forklaringer og forebygging

Ungdommene påvirkes kontinuerlig av møter i og informasjon om sitt nye HSC til å foreta andre valg hva angår helse enn det de få år tidligere var i posisjon til. I fravær av *kollektiv medisin* står de i større grad disse prosessene alene. En brå overgang til situasjoner som fordrer slikt individuelt ansvar for egen forebygging og behandlingssøken ved sykdom, vektlegges av ungdommene i min studie som utfordrende og uoversiktlig. Tross støtten de henter både fra andre eritreere i sosiale- og religiøse diasporamiljø, samt eventuelle profesjonelle hjelpere i de forskjellige instansene de forholder seg til de første årene som kommunebosatte, preges deres fortellinger av tap og ensomhet i en ny hverdag. Dette står i kontrast til hvordan de på samme tid beskriver at de ønsker å fremstå og forstås – som trygge, sterke og takknemlige – og hvordan mange rundt dem (meg selv inkludert!) anser dem primært som overleverer og bærere av håp. En bevissthet rundt begrensningene ved hvordan ungdommenes narrativer – reelle så vel som den felles skapte historien – bør tolkes, har stått sentralt i kritiske retninger innen medisinsk antropologi. Det narrative *eventet* har i denne studien funnet sted i et relasjonelt, transkulturelt menneskemøte der både forskeren og gruppelederne er representanter tilhørende ungdommenes nye vertslands majoritet. Ungdommene forvalter «medbragt» kunnskap som de i intervjuene blir oppmuntret til å sette ord på. Kunnskapen de sitter på sammenflettes og utfordres av erfaringer de gjør seg og informasjon de mottar i eksil. Når ungdommene i intervjuene snakker *om* sin helseforståelse og beskriver handlinger, erfaringer og refleksjoner relatert til navigeringen i sitt nye HCS,

skjer dette med deres egne årsaksforklaringer og erfarte behandlingspraksis som utgangspunkt. Jeg vil også legge til at det er første gang de inviteres til en situasjon der de faktisk snakker *om* det, både med og uten tolk.

Om aldri så ulike ungdommene og familiene deres seg i mellom, har de til felles at deres helseforståelse- og adferd møter nytt terreng, selv om de er i sin vante kropp og (kanskje oftest) med vante plager. Vi har sett at ungdommene forebygger bekymring og stress ved kun å «fortelle positivt», samtidig som denne og andre strategier; som «å kaste det bak oss» også utfordres og sås tvil om etter få år på egne bein i fremmed land. I et hjemland der «vi ikke egentlig har *psykisk*», råder en forestilling om synlig og usynlig sykdom. Dimensjoner ved helse blir i gruppesammenheng konkretisert i form av en modell med sterkt holistisk preg, som ikke eksplisitt påberoper seg hverken 'norskhet' eller 'sannhet'. Den oppleves likevel i stor grad som *skolekunnskap* av ungdommene – på samme måte som deres møter med smittevern, bakterie- og viruskonsepter og så videre. I hjemlandet gikk dette hånd i hånd med *cultural medicine* og religiøse ritualer som behandlende og legende praksiser overført gjennom generasjoner og støttet opp under i *grupper*. Adgang, avstand og økonomi spiller, som vi har sett, en avgjørende rolle til hvilke sektorer av et HSC man benytter seg av. Ikke minst vil den private sektorens tolkning og erfaringsbaserte kunnskapsforvaltning legge føringer for videre håndtering av sykdom.

6.1.1 Modeller og definisjonsmakt

Med utgangspunkt i arbeidshypotese (b.) *det psykoedukative aspektet ved metoden evner å innlemme det ungdommene allerede legger i (god) helse og de strategiene ungdommene benytter. Profesjonenes uttalte mål; en forebyggende og helende gruppeprosess – forstås og erfares av ungdommene*, kan det se ut for at gruppelederne ikke eksplisitt tilrettelegger for eller fremsnakker ungdommenes egne forklaringsmodeller. Dette er ikke ensbetydende med fravær av bevissthet rundt dette. Studiens design og fokus har dessverre ikke muliggjort en triangulering av data mellom hva ungdommene deler, hva gruppelederne forteller om sin praksis og mine observasjoner og tolkninger av partene underveis og i etterkant av et tidsbegrenset feltarbeid. Slike data hadde vært av stor verdi for å kunne svare mer utfyllende. Et betimelig spørsmål kommer likevel til overflaten – skal det være slik at det er det opp til ungdommene å sette egne «helsekart» på agendaen når det jo er gruppelederne som har det

overordnede ansvaret og ikke kommer utenom egen definisjons- og majoritetsmakt i møte med ungdommene? Gruppelederne forholder seg til faglige føringer, systemiske rammer og tverr- eller flerfaglige samarbeidsprosesser i etablering og gjennomføring av kreative samtalegrupper. Hvis de ikke er seg bevisst og aktivt legger til rette for at det ungdommene selv har av verktøy, kompass og helsekart innlemmes, vil jeg hevde kanskje spesielt *fagligheten* begrenser handlingsrommet for *a.* å la guttene gjennom tydelige og trygge språkformer få utfordre, forklare og utvide den 4-delte modellen som et av flere alternativer og *b.* i sin tur la ungdommene prege metodeutviklingen generelt og det spesifikke gruppeforløpet spesielt.

6.1.2 «Det er sykdom i meg»

Basert på egenrapportert type og mengde plager i intervjuene, ville flere av ungdommene i klinisk sammenheng være nær å oppfylle diagnostiske kriterier for PTSD. Ungdommene stiller seg likevel uforstående til å kunne eller ville kvitte seg med posttraumatiske plager, muligens i erkjennelsen av at «de er uunngåelige følger av det grusomme som hendte oss». Denne ungdommens betraktninger tangerer problematikken;

Jeg ser på mine bilder av gummibåten og liket som flyter for å huske at jeg er blant de heldige. Vi mister mange. Jeg vil si deg at det var det aller verste som skjedde i hele mitt liv. Det var det grusomste. **Det er sykdom i meg at familien min er langt borte.** Det er det verste i livet mitt. Jeg er usikker på hvilken hjelp som er best for hva. Min historie har uansett har det lært meg hva som er vanskelig og hva som er lett.

Sånn sett innehar de allerede en forståelse av at potensielt traumatiserende hendelser ved taps- og flukterfaringene skaper normale reaksjoner på unormale hendelser utover menneskers tåle- og fatteevne, som de er i prosess med å utvikle verktøy, adferd og forklaringer for mestring og bearbeiding av, jamfør Nordanger et. al (2006). Dette svekker arbeidshypotese a.²³. Når en slik forståelse råder, kan og bør gruppeledernes kliniske skjønn og kultursensitivitet legge til rette for gode, reflekterende prosesser sammen med ungdommene, uavhengig av hvem som 'eier' begrep eller modeller til illustrasjon. Her kan det også trekkes linjer til faren for u hensiktsmessig 'kulturalisering', som Ingstad (2007) og andre advarer mot.

²³ a. migrasjons- og akkulturasjonsstress kombinert med ung alder gjør at det ikke er hensiktsmessig å arbeide ut i fra profesjonenes «norske» helsebegrep og helseforståelse når disse ungdommene skal forebygge psykisk uhelse i tidlig eksilfase.

6.2 Evaluering, brukerkunnskap og empowerment

Ungdommene tematiserte forskjellen mellom *reklame* og *garanti* når helseprofesjoner informerer, inviterer og leder dem gjennom kreative samtalegruppeløp. Deres anbefalinger oppsummeres og ønskes spredt til fremtidige gruppedeltagere- og ledere i brosjyreform. Det i mine øyne aller mest overraskende momentet i samtale om den felles historiens anvendbarhet var det faktum at uavhengig av hvor mye de fortalte om (positiv) endring i egen helsetilstand eller tilfredshet med ´opplegget´, sett fra deres personlige ståsted, foreslår de historien som *verktøy for forståelse* blant jevnaldrende norske ungdommer. Dette vitner om en bemyndigelse og potensiell ideologisk aktivisme for endring av forhold og holdninger som ungdommene ikke opplever at holder mål.

Om det er de konkrete psykoedukative eller HCS-informativt orienterte aspektene ved gruppemethodikken som enkeltfaktorer at har utvidet ungdommenes beskrivelse av helse som *usynlig/synlig* kan, ut fra mine data og tolkingen av dem, ikke fastslåes. Det var heller aldri hensikten. Gruppedeltagelsen er en ´flik´ av flere helsemøter i det nye vertslandet. Ungdommene får likevel en introduksjon til ´helse i Norge´ i nære, relativt lange og i utgangspunktet relasjonelle forløp med helseprofesjoner fra psykisk helsevern. ´Fliken´ - som gruppelederne ønsker at skal virke lindrende og på en aktiv måte hjelpe ungdommene til å prosessere innholdet i ´egen ryggsekk´ - gjennomføres på en måte som hverken én-til-én adresserer ei heller scorer traumeerfaringer ved tidlig meldt bekymring eller behov, det være seg fra ungdommene selv og fra andre rundt dem.

6.3 Government og talking

Å sette ord på *det* – om så på tigrinia – ble ikke beskrevet som lettere. Dette gjaldt ungdommenes uttrykte utfordringer med selve kronologien i livs- eller migrasjonsløpet («jeg husker ikke hvor mange måneder, jeg har mistet konsentrasjonen min for å huske sånt, jeg har kastet det bak meg») samt det å reflektere på et mer abstrakt og metanivå rundt fenomenene sykdom, behandling og forebygging. Studiens resultater inneholder flere perspektiver jeg antar er av verdi når fremtidige gruppeledere og henviste eller deltakende ungdommer også skal planlegge og prege prosessene rundt arbeid med og gjennomføring av gruppemethodikken. Sammenhengen *government* og *tolk* var ikke forventet ved studiens oppstart. Språktolkens

mandat utøves gjennom en kulturell kropp. Hennes eller hans virke foregår i komplekse sfærer – som for eksempel konteksten for kreative samtalegrupper. Tolker som landsmenn, med hjemlandets situasjon og de spenningene og bekymringene dette medfører i sosiale og religiøse miljø i eksil, er av stor størrelse for ungdommene når de inviteres til i fellesskap å dikte en historie om en ungdom som foretok en reise som, dog på forskjellige måter, både de og tolken har et forhold til. Ved resymétolking overlates også et stort ansvar til tolken som meningsforvalter. Dette stiller krav til og kan representere både begrensninger og styrker både for ungdomsgruppen og gruppelederne. Tolker som ungdommene har møtt i settinger relatert til innvandringsmyndigheter, helse, barnevern og undervisning, har vært av varierende kvalitet, og det beskrives en reell frykt både for sladring og for bindinger til *government*. I intervjuene fremstår dette som taus og iboende kunnskap ungdommene hverken forventer at gruppelederne innehar, ei heller står parat til å utdype, i hvert ikke i plenum.

Å gi rom for nettopp *government*-problematikken som gruppeleder vil innebære både fordeler og fallgruver. Kreative samtalegrupper driftes apolitisk selv med ideologisk forankring i fag, personlig overbevisning og rettighetstenkning. Ungdommenes sekveler, fluktpregede identitet og livslinje er i høyeste grad relatert «noe» som startet og fortsetter *uløselig* tilknyttet politikk. Det teoretiske rammeverket henter styrke fra kritisk medisinsk antropologi som aspirerer noe mer enn oversettelser mellom medisinske systemer, kulturelt valide innspill i folkehelsearbeid eller etnografisk kompetanse i korttidsintervensjoner ´når det først brenner´. Jeg lanserer derfor følgende utfordring; kan gruppelederne *både* bidra som erfarne og spesialiserte klinikere i sitt gruppeforebyggingsarbeid og i større grad posisjonere seg som tidsvitner både på makro- og intrapersonlig plan for den urett som ungdommene beskriver at har preget deres liv og helse som følge av familie- og hjemlandstapet?

6.4 Arenaer og nytteverdi

Ungdommenes refleksjoner rundt deltagelse i kreative samtalegrupper kan være nyttige innspill i en større overbygning – til eksempel de involverte (helse)profesjoner og instanser. Evalueringsmessig fremkom det at gruppenes ´sluttprodukt´- det fiktive narrative – oppleves som av verdi for jevnaldrenes forståelse av ungdommenes røtter og grunnlag for beskyttelse i Norge. Det gir meg umiddelbar motivasjon og idéer til ungdomsprosjekter- og samarbeid, også utenfor Norges grenser. Her vil narrativer skapt av og videre forvaltet i regi av

ungdommene stå i sentrum. I et stadig mer politisk polarisert Europa finnes heldigvis flere fora der slike prosesser kunne forankres og sikres både midler og bred *outcome diffusion*.

6.5 Ny kunnskap (?)

Ungdommene delte erfaringer og refleksjoner på en slik måte at jeg med sikkerhet vurderer deres forståelse, forklaringsmodeller og praksiser relatert til helse og sykdom, slik disse artet seg i hjemlandet, som tydelig *i endring* som følge av migrasjon og bosetting i Norge.

I hvilken grad denne endringen kan tilskrives selve *gruppedeltagelsen* er fremdeles uklart. Problemstillingen synes derfor kun delvis belyst. I et forsøk på å utdype hvorfor jeg mener det forholder seg slik, vil jeg trekke frem forslag til hvordan endringen jeg mener å ha påvist hos ungdommene foregår. Avstand/nærhet til gruppeerfaringen spiller med stor sannsynlighet en rolle. I tillegg synes det åpenbart, i mye større grad enn da problemstillingen ble definert, at hverken forsker eller informanter kan forventes å eksakt «pin-pointe» hva, hvem eller hvor mye noe *endrer*. Jeg har presentert fyldige svar knyttet til *hvordan* endringene foregår. Skulle jeg komme i posisjon til igjen å foreta forskningsmessige dypdykk i temaet, ville jeg søkt empiri som ga grunnlag for å analysere spesielt kjønnsroller og religiøsitet relatert til helseadferd i eksil, gjerne på tvers av landgrupper. En sammenlignende studie av ungdomsgrupper gjennom lengre løp i forskjellige type forebyggings- eller psykoedukative tiltak i grupper synes også nødvendig og interessant i forlengelsen av den forskningen som allerede foreligger og foregår.

I arbeidet med studien har erkjennelsen av og begrensningene ved personlig og yrkesmessig være forankret i tematikken tjent som motivasjon til å la forskningen 'lyse' av helheten den inngår i. Det håper jeg har gitt tyngde til det særegne ved erfaringsbaserte studier, en mastergradskategori jeg er stolt over å representere. Mitt ønske er at studien skal holde nok kvalitet til at den oppleves relevant i arbeidet med å stake ut en ambisiøs kunnskapskurs for ungdomsgruppens helseferd- og vilkår etter ankomst og i all den tid de lander og kanskje slår varige røtter etter bosetting i Norge. Jeg har i mitt første virke som forsker forsøkt å opptre kultursensitivt og med høy grad av etisk bevissthet i felt og tekst. Hvis «fotsoldater» som vil representere kritiske retninger innen fagfeltet medisinsk antropologi kan kjempe side om side med ungdomsgruppene som *tidsvitner*, håper jeg å ha ytt god tjeneste.

Bibliografi

- Aase, T. H., & Fossåskaret, E. (2015). *Skapte virkeligheter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bäärnhielm, S. (2014). *Transkulturell psykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Bhui, K. (1997, 9). The Language of Compliance: Health Policy and Clinical Practice for the Severely Mentally ill . *International Journal of Social Psychiatry* , 43(3), ss. 157-163.
- Bondevik, H., & Stene-Johansen, K. (2011). *Sykdom som litteratur - 13 utvalgte diagnoser*. Oslo: Unipub.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: Sage.
- Broch, T. (2012). Ethiske og metodiske utfordringer i forskning rettet mot enslige flyktningbarn. I K. E. red., *Barn på flukt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brunvatne, R. (1999). Flyktingers psykiske helse - Risikofaktorer og forebyggende arbeid. I N. Sveaass, & E. Hauff, *Flukt og fremtid* (2. opplag). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Dahl, C.-I., & Pettersen, Z. (1999). Det tapte språk - Tolking i psykososialt og psykoterapeutiske arbeid med flyktninger. I N. Sveaass, & E. H. (red.), *Flukt og fremtid - Psykososialt arbeid og terapi med flyktninger*. 2. opplag. (ss. 242-254). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Denborough, D. (2008). *Collective narrative practice: Responding to individuals, groups, and communities who have experienced trauma*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Descartes, R. (1980). *Meditasjoner over filosofiens grunnlag*. Oslo: Aschehoug.
- Dittmann, I., & Jensen, T. K. (2010). Enslige mindreårige flyktingers psykiske helse – en litteraturstudie . *Tidsskrift for Norsk psykologforening* , 47(9), ss. 812-817.
- Eide, G., & Nordenhof, I. (2014). *Fellesskap og ferdigheter - Veier til mestring i barne- og ungdomsgrupper*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Eide, K. (2012). *Barn på flukt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model. *Science*, 196, ss. 129-136.

- Everett, E. L., & Furseth, I. (2014). *Masteroppgaven - hvordan begynne - og fullføre*. Oslo : Universitetsforlaget.
- Førde, S. (2014). *Tapt barndom, eller...?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Fladstad, T. (2014). A brick in the wall: Reflections on Relational Ethics. I Overland, G., Guribye, E., & Lie, B. (2014). *Nordic Work with Traumatised Refugees - Do we really care* (ss. 144-153) Cambridge: Cambridge Scholars Publishing.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Glaser, B. (1992). *Basics of grounded theory analysis: Emergence vs. forcing*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Good, B. J., Fischer, M. M., Willen, S. S., & Good, M.-J. D. (2010). *A reader in Medical Anthropology*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Grønseth, A. S. (2006). *Lost Selves and Lonely Persons. Experiences of Illness and Well-Being among Tamil Refugees in Norway*. Trondheim: NTNU.
- Grønseth, A. S. (2009). Three approaches to the study of health, disease and illness; the strengths and weaknesses of each, with special reference to refugee populations. ISBN 978-82-92564-06-6. Oslo: NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse 2/2009.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2012). *Feltmetodikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hauff, E. (1999). Når kroppen gir smerter - et medisinsk perspektiv. I N. Sveaass, & E. H. (red.), *Flukt og fremtid - Psykososialt arbeid og terapi med flyktninger* (ss. 81-88). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Helman, C. (2007). *Culture, Health and Illness*. Boca Raton: CRC Press.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle* - Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017 Hentet 04.03.18 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf
- Helsedirektoratet. (2017). Hentet 01.02.18 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/seksjon?Tittel=helse-og-omsorgstjenester-for-9874>
- Ingstad, B. (2007). *Medisinsk antropologi*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Jareg, K., & Pettersen, Z. (2006). *Tolk og tolkebruker - to sider av samme sak*. Bergen: NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse. Fagbokforlaget.
- Jensen, S. (2012). *Når noe går av seg selv, er det nok en kontoransatt som gjør det. En studie av kontoransattes rolle og funksjon i profesjonelle organisasjoner*. Masteroppgave i Velferdsforvaltning, Høgskolen i Lillehammer.
- Jenssen, R. E. (2017). Unge flyktninger forteller - En kvalitativ studie av 12 historier laget av enslige mindreårige flyktninger i samtalegrupper. Master i sosialt arbeid. VID.
<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2451029/MasterRandiElisabethJenssenMASOS2017.pdf?sequence=1>
- Jenssen, R., & Myrvoll, K. O. (2013, 9). Unge flyktninger bygger felles historie. *Fontene*.
- Jonzon, R., Lindkvist, R., & Johansson, E. (2015). A state of limbo - in transition between two contexts: Health assessments upon arrival in Sweden as perceived by former Eritrean asylum seekers. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(5), ss. 548-558.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Contest of Culture – An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. London: University of California Press, Ltd.
- Kleinman, A., Das, M. V., & Lock, M. (1997). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langness, L., & G., F. (1981). *Lives: An Anthropological Approach to Biography*. Novato, CA.: Chandler & Sharp.
- Larsen, Ø. (2002, november 10). Tidsskriftet Den Norske Legeforening.
- Lavik, N. J. (1999). Diagnostikk og evaluering. I N. Sveaass, E. Hauff, & (red.), *Flukt og fremtid - Psykososialt arbeid og terapi med flyktninger* (ss. 134-148). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lehman, B., David, D., & Gruber, J. (2017). Rethinking the biopsychosocial model of health: Understanding health as a dynamic system. *e12328*(11), s.
<https://doi.org/10.1111/spc3.12328>.

- Leslie, C. (2010). Introduction to asial medical systems. I B. J. Good, M. M. Fischer, S. S. Willen, & M.-J. D. (red), *A reader in Medical Anthropology* (ss. 55-63). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Majumder, P., O'Reilly, M., Karim, K., & Vostanis, P. (2015). This doctor, I not trust him, Im not safe: The perseptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents. *International journal of social psychiatry*, 61(2), ss. 129-136.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Mattingly, C., & Garro, L. C. (2000). *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. Berkeley - Los Angeles - London: University of California Press.
- Matza, D. (1969). *Becoming deviant*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Myrvoll, K. O., & Jenssen, R. (2013). *Nordisk konferanse for behandlere av traumatiserte flyktninger - Bergen 2013*. Hentet 28.08.17 fra <https://18thnordiccongress.files.wordpress.com/2013/04/myrvoll-jenssen-ps22.pdf>
- Myrvoll, K. O., & Lundesgaard, A. (2012). Historien om Safar: om narrativ gruppeintervensjon. I K. E. (red.), *Barn på flukt* (ss. 241-270). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2017). *MMK - Mestring i mottak og kommuner*. Hentet 02.02.18 fra <https://www.fhi.no/studier/ungkul/mestring-i-mottak/venteliste/kontroll>
- Nordanger, D., Mjaaland, T., & Lie, G. T. (2006). PTSD og konfrontering av traumer i et kulturelt perspektiv. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(12), 1292-1299.
- Nordby, H., & Botten, G. (2012). Multikulturell kommunikasjon i helsetjenester. I H. Mellberg, & I. Kjekshus, *Fremtidens Helse- Norge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Olsen, R. C. (2009). Om å vite best - sammen. Brukermedvirkning i helse-og sosialsektoren. I M. A. Stamsø, *Velferdsstaten i endring* (ss. 144-176). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Oppedal, B., Jensen, L., Seglem, K. B., & Haukeland, Y. (2011). *Etter bosettingen: Psykisk helse, mestring og sosial integrasjon blant ungdom som kom til Norge som Enslige*

- Mindreårige Asylsøkere* . Divisjon for psykisk helse, Avdeling for barn og unge. Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Palmer, D. (2011). A content analysis of oral narratives exploring factors which impact on, and contribute to, the mental ill health of the Ethiopian diaspora in London, UK. *African Identities*, ss. 49-66.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ramian, K. (2007). *Casestudiet i praksis*. København: Academica Gyldendal.
- Repstad, P. (2007). Kvalitative intervjuer. I P. Repstad, *Mellom nærhet og distanse* (ss. 76-102). Oslo: Universitetsforlaget.
- RVTS. (2018, 1 19). *Flyktning.net*. Hentet 01.02.18 fra <http://flyktning.helsekompetanse.no/kreative-samtalegrupper-enslige-mindre-rige-flyktninger>
- Scheper-Hughes, N. (1995, juni). The Primacy of the Ethical: Propositions for a Militant Anthropology. *Current Anthropology*, 36(3), ss. 409-440 .
- Singer, M. (1990). Reinventing medical anthropology: Toward a critical realignment. *Social Science & Medicine*, 30(2), ss. 179-187.
- Starrin, B. (2007). Empowerment som livsinnstilling - kan vi lære noe av Pippi Langstrømpe? I O. P. Askheim, & B. Starrin, *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Store medisinske leksikon. (2017). Hentet 02.02.18 fra <https://sml.snl.no/compliance>.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse - En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thommessen, S., Corcoran, P., & Todd, B. (2015). Experiences of Arriving to Sweden as an Unaccompanied Asylum-seeking Minor from Afghanistan: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Psychology of Violence*, 4(5), ss. 374-383.
- Tjora, A. (2010). *Fra nysgjerrighet til innsikt - Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Trondheim: Sosiologisk forlag.
- Tranøy, K. E., & Tjønneland, E. (2018). Hentet 11.03.18 fra Store norske leksikon: <https://snl.no/analyse>

- UDI. (u.d.). *Utlendingsdirektoratet*. Hentet 01.08.18 fra Ord og begreper:
<https://www.udi.no/ord-og-begreper/>
- Varvin, S. (2008). *Flyktningpasienten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vervliet, M., Rousseau, C., Broekaert, E., & Derluyn, I. (2015). Multilayered Ethics in Research Involving Unaccompanied Refugee Minors. *Journal of Refugee Studies* doi:10.1093/jrs/feu039.
- Walters, C. (2001). Emerging paradigms in the mental health care of refugees. *Social science and medicine*, 52, ss. 1709-1718.
- Wikan, U. (2000). With Life in One's Lap. I C. Mattingly, & L. C. red., *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. London: University of California press Ltd.
- Worabo, H. J. (2017). A life course Theory Approach to Understanding Eritrean Refugees' Perceptions of Preventive Health Care in the United States. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(4), ss. 310-316.

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Evaluering av kreative samtalegrupper (prosjektets tema)

Bakgrunn og formål

Siden 2014 er det i et samarbeid mellom Transkulturelt Senter ved Stavanger Universitetssykehus og et læringscenter gjennomført flere kreative samtalegrupper som metode for forebyggende psykososialt arbeid med enslige mindreårige flyktninger kort tid etter bosetting i kommune.

Denne MIKA- studien (mastergrad i interkulturelt arbeid, fordypning helse) gjennomført ved VID Misjonshøgskolen, Stavanger, er en kvalitativ studie av hvordan ungdommene selv evaluerer gruppedeltakelsen og gruppeprosessene. Deltakende observasjon og intervjuer utgjør feltarbeidet og problemstillingen skal belyse hvordan ungdommene reflekterer rundt egen helseforståelse og mestringsstrategier og knytter dette opp mot gruppedeltakelsen sett i lys av migrasjon og endring i helseverden, bruk og tilgang til forskjellige helseomsorgssystem.

Jeg vil gjerne snakke med deg fordi du har deltatt i gruppe

Gruppe 1: høsten 2015 ___ (sett kryss)

Gruppe 2: høsten 2017 ___ (sett kryss)

Hva innebærer deltakelse i studien?

Gruppe 1: Høsten 2015

Du har avgitt et generelt og skriftlig samtykke til å bli kontaktet i fremtiden for å evaluere gruppedeltakelsen. Dette skrevet ble oversatt til ditt morsmål skriftlig og muntlig.

Jeg vil gjerne gjennomføre et intervju med deg – alene eller sammen med én eller flere gruppedeltakere. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd, og lydfilet merket med et nummer. Intervjuet vil bli gjennomført på skolen. Du får gyldig fravær.

Spørsmålene vil handle om

- hvordan du synes det var å delta i gruppen, 2 år etter avslutningen
- hvordan du har forholdt deg til den ferdige historien (teksten)
- hvilken informasjon du fikk/forsto på forhånd
- dine innspill til fremtidige grupper, basert på egen deltakelse
- refleksjoner rundt helsevesenet i Norge / hjemland
- tolking

Gruppe 2: høsten 2017

Spørsmålene vil handle om

- hvordan du synes det var å delta i gruppen
- dine innspill til fremtidige grupper, basert på egen deltakelse
- hvilken informasjon du fikk/forsto på forhånd
- refleksjoner rundt helsevesenet i Norge / hjemland
- tolking

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er bare jeg og min lærer som vil lese intervjuene. Det kan hende at jeg kontakter deg etter intervjuet for å dobbeltsjekke at jeg har forstått deg riktig.

Når oppgaven er ferdig, vil ikke akkurat du kjennes igjen; men folk som allerede vet om at det arrangeres grupper på læringscenteret vil kunne skjønne at oppgaven handler om hvordan noen av ungdommene fra ditt hjemland synes det var å delta, og hvordan de beskriver helseforståelse m.m

Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2018. Da vil alle lydfiler slettes og notater makuleres. Hvis du ønsker en kopi av oppgaven, kan jeg gjerne sende denne til deg pr. e-post.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Hverken tolk, gruppeledere eller andre voksne fra skolen vil få vite om det hvis du trekker deg.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med meg, Hedwig MKW Bogstad-Kvam på hedditt@hotmail.com / 99373679 eller min veileder; Gunhild Odden gunhild.odden@sik.no / 988 39 611.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har fått opplest dokumentet «Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet» på norsk og/eller morsmål.

Muntlig samtykke: ____

Vedlegg 2

1. Sykdommers etiologi og lindring – hjemme og i eksil. Forebygging og helse som begreper.

- Hvilke helse- og sykdomsnarrativer (relatert til migrasjons- og akkulturasjonsstress) forteller ungdommene om? Hvordan relaterer de disse til begrepet forebygging?

- Dere har blitt vist en **modell** (tegning av menneske – HELHETLIG HELSE delt inn i fire; fysisk, psykisk, sosialt og åndelig). Fortell litt om denne modellen. Har noen i din familie/lærer/lege i hjemlandet snakket om/forklart 'helse' slik? Hvordan synes du delene henger sammen? Er noen av delene viktigere enn andre? Hvilke deler føler du at du har mest innflytelse/kontroll over? Hvis ingen/lite; hvem eller hva i så fall?

- gruppelederne sier at dere går på helsekurs ikke fordi dere er syke; men fordi dere skal lære å passe på helsen deres i Norge og vite mer om hvordan helsetjenestene er bygget opp slik at det kanskje blir lettere å ta kontakt og beskrive symptomer. De sier at mange flyktninger som kommer som unge og lever alene blir gående med plager som mareritt, dårlig konsentrasjon, søvnavansker og minner/tanker som ikke lar dem være i fred. Mange sørger og grubler over familie, hjemland og en usikker fremtid. **Dette sier de at dere sammen skal ha som mål å forebygge** (Kjenner du deg igjen/kjenner du til noen venner som har sagt at de har eller ser ut som de har noen av disse plagene?) Hva legger du i 'forebygging'?

- Hvem henvendte du deg til når du hadde dårlig helse hjemme? I løpet av flukten? Vil du fortelle meg om 'en gang eller en tid med sykdom'? Det kan være personlig eller et søsken/forelder/venn. Hvem hjalp og med hva? Har du gjort noe selv som du tenker er 'forebygging'? Når blir man etter hva du har lært 'helsemyndig'?

2. Gruppeprosessens impact – tilbake i tid vs. øyeblikksbilde

- Hvordan beskriver ungdommene integrering av gruppeerfaringen i egen helseverden henholdsvis rett etter og to år etter deltakelse?

- Skjedde det at du ble veldig trist/redd/urolig/sin/irritert i en gruppesamling? Sa du fra / viste du dette med kroppen? Ønsket du/fikk du tilbud om å snakke med noen av de voksne etterpå? Snakket du med gruppemedlemmene etterpå (om dette spesielt eller andre ting ved gruppa generelt?)

- Hva kan du selv av 'behandling' – fks. finne smertestillende/reseptfrie legemidler, puste rolig, legge seg tidligere, endre diett, pleie sår, psykisk støtte/trøst/byssing/legging etc.

Har du hjulpet en venn (her eller hjemme)? Er det noe spesielt du vil trekke frem fra det du har lært i gruppa som har med helse å gjøre?

- Gruppeleder snakker om 'sosialt' i helhetlig helse. Er det sosiale i gruppesamlingene noe annet enn i klassen/friminutt/fritid/menighet? Hvis dere skulle dikte selv uten voksne; hvordan tror du det hadde sett ut?

- Hvordan vil du oppbevare/forholde deg til selve historien (teksten)?

3. *Referanser, anbefalinger og kritikk.*
Informasjonsflyt før oppstart.
Roller og mandat

- Hvilke innspill til gjennomføring av fremtidige grupper kommer ungdommene med?

- Ville du anbefalt gruppedeltakelse til en venn? Hvorfor/hvorfor ikke? Hvilken informasjon ville du (hvis anbefaling) inkludert/ekskludert?

- Fortell litt om informasjonsmøtene før gruppen kom i gang. Forsto du alles roller? Kunne møtene blitt avholdt på en annen måte? Hva sa din henviser/lærer/PR/PK om hva gruppen egentlig var for noe?

- Gruppesamlingene varte 1,5 time, og det var tid til bevertning/smalltalk/andre spørsmål i tillegg til historiediktningen. Hvis du skulle ledet en slik gruppe som voksen, for ungdommer lik deg og dine meddeltakere, hvordan ville du «regissert» opplegget?

4. *Språk – kulturtolk? ‘culture-broker’? – «landsmann» - forskjellige opplegg for kreative samtalegrupper*

- Hva forteller ungdommene om bruk av morsmål og tolkens betydning i gruppeprosessen?

- Tolkingen ble organisert slik at tolken oppsummerte det dere diskuterte dere frem til på morsmål. Hvordan opplevde du dette? (*ble alle hørt, synes du tolken utelukket/inkluderte nok, personlig engasjement fordel/ulempner, detaljer – fks. «feil» i reiserute/geografi på flukten*).

- Hadde tolkens kjønn/alder noe å si? Hvorfor/hvorfor ikke?

- Tenkte du over at tolken også har reist fra hjemlandet? Spurte du noen gang tolken om spesifikke ting om samfunnet hjemme; f.eks. når de norske gruppelederne ikke forsto eller kjente til noe du fortalte om fra hjemlandet eller flukten? Om noe personlig?

- Var du preget av/sammenlignet du med/har du tidligere dårlige/gode erfaringer med tolker (spesielt i helsesetting!)

- Noen sier at når man konsentrerer seg om å snakke et nytt språk, så blir man mindre lei seg/påvirket når man forteller/dikte triste eller dramatiske ting, fordi hjernen holder seg «opptatt». Hva tenker du om dette knytte til ‘hertespråk’-‘hertesmerte’? Tror du det hadde vært en fordel å snakke enkel norsk/at dere hjalp hverandre ut fra nivå i norsk/at gruppelederne snakket enklere norsk?

- Noen grupper andre steder i Norge drives uten tolk og med ungdommer fra forskjellige land og språkgrupper – hvordan tror du selv det hadde vært med annen språk/nasjonalitetsramme? (*delvis knyttet til 3.*)

Vedlegg 3

Semi-structured interview guide – research questions and interview questions

1. *The ethiology and treatment of illness – at home and exiled. Prevention and health as terms/concepts.*

RESEARCH QUESTION- What health- and illness narratives (in relation to the stress of migration and acculturation) do the youngsters share? How are these related to the term/concept of prevention?

You have been showed a MODEL (holistic health – ‘helhetlig helse’).
PHYSICAL PSYCHOLOGICAL SOCIAL SPIRITUAL

Tell me something about this model.

Has anyone in your family/school/doctor/group of friends described health this way? In another way?

What do YOU think creates illness or physical/psychological suffering?

- God? Evil eye? Bacteria? Mix?

Are some of the **4 parts** more important?

Do you feel you are more in control of any of the 4 parts?

The group leaders and the person who referred you to the group say that you are not attending a health course because you are ILL, but because you are to learn how to maintain your health in Norway and learn how health services are organized here so that you might seek advice and know how to describe symptoms.

They say that research show that many young unaccompanied refugees run the risk of ill health because of the loss (of family and country) and flight – giving them nightmares, bad sleep and concentration and intruding memories.

They say the common goal of the group is to PREVENT bad health.

How do you understand the term PREVENTION?

Do you or anyone you know experience the symptoms related to loss and flight as described above?

To whom would you turn at home if you were in bad health?

During the flight?

Can you describe a time of illness – personal or of someone you know?

What happened? Who helped? Were you exempted from any tasks?

Have you done anything (as a kid, during the flight, now) that can be called PREVENTION?

2. Impact of group process

- How do the boys describe integrating the group experience in the midst of and two years after attending the group?

- Did you ever feel sad/scared/worried/annoyed during the group sessions?
- Did you observe others maybe feeling some of the above?
- What did you feel or notice about you/the others?
- Did you wish to talk to any of the group leaders afterwards?
- Did you discuss the group with the group members outside of the sessions
- What kind of *hikimna* do you feel confident to perform on yourself or (advice) others to do?

Ex: painkillers, sleep regulation, seeking a friend, diet, wounds...

Have you ever helped a friend with their health? Here or in Eritrea or during the flight?

CHURCH AND HEALTH – diablos, holy water...

WHAT IS THE MOST IMPORTANT THING CONCERNING HEALTH YOU HAVE LEARNT IN THE GROUP SESSIONS SO FAR?

- Group leaders talked about the SOCIAL aspect of the health model.

Is being social in a group setting DIFFERENT than in class/in recess/in church? HOW?

- Would it have been possible to make this narrative without any adults?

3. References, recommendations and Information prior to group start-up

Roles and mandate

- What suggestions to further groups do the boys give?

- Would you recommend group participation to a friend? WHY / WHY NOT?

What information would you STRESS/UNDERLINE in your “own” information meeting?

And if YOU were the leader in 10 years’ time; *how would you “design” the groups?*

- time frame, food, seats, NUMBER OF PARTICIPANTS

Did you understand everyone’s roles? What were they?

What did the person who referred you to the group say that it was all about?

4. Language, «culture broker» and fellow Eritreans ...

- How do the boys reflect upon the use of mother tongue and the role of the interpreter so far in the group process?

- The translation was so that the interpreter summed up you agreed «next step» in the story. How did you experience this?

- Did the sex or age of the translator matter?

- Did you reflect upon the fact that also the interpreter is a refugee and has family members planning to or having fled? Did the translator share anything personal? Was she different from other experienced you have had so far with translators?

What about using translator in health settings (outside of the group). Do you have a story to share?

- Some say – and it is MY EXPERIENCE from being 17 years alone and abroad– that when you concentrate on talking another language, some memories seem further away or you get less affected for example by telling someone about a tragic or dramatic experience.

Do you think there would be any advantages to talking simplified Norwegian / waiting til your Norwegian was better? Mix with other nationalities? Or the opposite – have tigrinian speaking group leaders?

Vedlegg 4

Database: ORIA Søkeord:	Treff	Gjennomgått	Inkludert totalt
Psykisk helse enslige mindreårige	42	19	4
Kreative samtalegrupper	5	0	0
Akkulturasjon helse	16	1	0
Enslige mindreårige forebygging	11	1	0
Migrasjonsstress	2	1	0
Database: VID Open Søkeord:	Treff	Gjennomgått	Inkludert totalt
Kreative samtalegrupper	513	1	1
Database: Google Scholar (Internasjonalt - Eritrea/Etiopia i diaspora) Søkeord:	Treff	Gjennomgått	Inkludert totalt
Eritrean mental health narrative groups	7730	3	2

Vedlegg 5



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.6) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja • Nei ○	En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn. Les mer om hva personopplysninger er.
Hvis ja, hvilke?	<input checked="" type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input checked="" type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> E-post <input checked="" type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> Annet	NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgave/rapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet. Les mer om hva behandling av personopplysninger innebærer.
Annet, spesifiser hvilke		
Skal direkte personidentifiserende opplysninger kobles til datamaterialet (koblingsnøkkel)?	Ja ○ Nei •	Merk at meldeplikten utløses selv om du ikke får tilgang til koblingsnøkkel , slik fremgangsmåten ofte er når man benytter en databehandler .
Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Ja • Nei ○	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke	Landbakgrunn, fluktrute	NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.
Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte) via IP-/epost adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Ja ○ Nei •	Les mer om nettbaserte spørreskjema .
Blir det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Ja ○ Nei •	Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.
Søkes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Ja ○ Nei •	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonyme helseregistre). Les mer. Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til svar fra REK foreligger.
2. Prosjektittel		
Prosjektittel	"Vi har problem men vi er ikke gal" - unge enslige flyktninger evaluerer forebyggende kreative samtalegrupper	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Masteroppgave» eller liknende, navnet må beskrive prosjektets innhold.
3. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	VID vitenskapelig høgskole	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen.
Avdeling/Fakultet	VID Misjonshøgskolen	
Institutt		Les mer om behandlingsansvarlig institusjon .
4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		

Fornavn	Gunhild	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt. Les mer om daglig ansvarlig . Daglig ansvarlig og student må i utgangspunktet være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc. NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Etternavn	Odden	
Stilling	Daglig leder/Seniorforsker/PhD Sosiolog	
Telefon	988 39 611	
Mobil	51 51 62 78	
E-post	gunhild.odden@sik.no	
Alternativ e-post	gunhildodden@yahoo.fr	
Arbeidssted	Senter for Interkulturell Kommunikasjon	
Adresse (arb.)	Misjonsmarka 11	
Postnr./sted (arb.sted)	4024 Stavanger	
5. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som føres opp her. Øvrige studenter kan føres opp under pkt 10.
Fornavn	Hedwig MKW	
Etternavn	Bogstad-Kvam	
Telefon	99373679	
Mobil	51514017	
E-post	hedditt@hotmail.com	
Alternativ e-post	hedbog@sus.no	
Privatadresse	Nordenskiøldsgate 13	
Postnr./sted (privatadr.)	4019 Stavanger	
Type oppgave	<input checked="" type="radio"/> Masteroppgave <input type="radio"/> Bacheloroppgave <input type="radio"/> Semesteroppgave <input type="radio"/> Annet	
6. Formålet med prosjektet		
Formål	<p>«Vi har problem, men vi er ikke gal»</p> <p>Tema Når psykisk uhelse skal forebygges i eksil - unge flyktninger evaluerer</p> <p>Problemstilling (vid) Hvordan påvirkes ungdommenes helseforståelse og mestringsstrategier av å delta i forebyggende, narrativ gruppeterapeutisk intervensjon?</p> <p>- Hvilke helse- og sykdomsnarrativer relatert til migrasjons- og akkulturasjonsstress forteller ungdommene om? Hvordan relaterer de disse til begrepet forebygging?</p> <p>- Hvordan beskriver ungdommene integrering av gruppeerfaringen i egen helseverden henholdsvis rett etter og to år etter deltakelse?</p> <p>- Hvilke innspill til gjennomføring av fremtidige grupper kommer ungdommene med?</p> <p>- Hva forteller ungdommene om bruk av morsmål og tolkens rolle?</p>	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningspørsmål e.l.
7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?		

Kryss av for utvalg	<input type="checkbox"/> Barnehagebarn <input checked="" type="checkbox"/> Skoleelever <input type="checkbox"/> Pasienter <input type="checkbox"/> Brukere/klienter/kunder <input type="checkbox"/> Ansatte <input type="checkbox"/> Barnevernsbarn <input type="checkbox"/> Lærere <input type="checkbox"/> Helsepersonell <input type="checkbox"/> Asylsøkere <input type="checkbox"/> Andre	Les mer om forskjellige forskningstematikker og utvalg.
Beskriv utvalg/deltakere	Informantene er elever ved norskopplæring/grunnskole for flyktninger. Gruppe 1 er alle 19-20 år. Gruppe 2 er 17-18 år i perioden feltarbeidet gjennomføres	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om.
Rekruttering/trekking	Utvalget er rekruttert på egen arbeidsplass. Informantene er elever ved et læringssenter. På dette læringssenteret er det tilknyttet en psykiatrisk sykepleier som i samråd med lærere, programrådgivere og primærkontakter tilbyr dette gruppetiltaket til elever fra X land. Gruppetiltaket er innlemmet i skoletilbudet i den forstand at det føres fravær/trekkes i stønad ved ugyldig fravær. To kollegaer ved mitt arbeidssted har drevet og driver to grupper som representerer utvalget jeg skal intervju; hhv gjennomført gruppe høsten 2015 og høsten 2017. De fra høsten 2015 har signert et skriftlig samtykke om å bli kontaktet på et senere tidspunkt for samtale om evaluering. De fra pågående gruppe (h17) har samtykket muntlig til intervju med student (u.t) mot slutten av gruppesamlingene.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø eller eget nettverk, eller trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre.
Førstegangskontakt	Gruppe 2 - gruppedeltakere høsten 2017: Jeg fungerer som referent i hver gruppesamling (oppstart 4.9) i kraft av min stilling ved arbeidsstedet, og har deltatt på informasjonsmøtene i forkant av gruppens oppstart for denne gruppen. Gruppen fra 2015 kjenner jeg ikke.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om førstegagskontakt og forskjellige utvalg på våre temaside.
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input checked="" type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer barn på våre nettsider.
Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	10	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja • Nei ○	Les mer om sensitive opplysninger.
Hvis ja, hvilke?	<input checked="" type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input checked="" type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja ○ Nei •	Les mer om pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Samles det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (tredjepersoner)?	Ja • Nei ○	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan identifisere personer (direkte eller indirekte) som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem, som identifiseres i datamaterialet. Les mer.
Hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?	Tolk Lærer/henviser Narrativ om familiemedlemmer i hjemland/flukt Mottaksansatte Annen kontakt med helsepersonell i Norge	
Registreres det sensitive opplysninger om tredjeperson?	Ja • Nei ○	
8. Metode for innsamling av personopplysninger		

Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Papirbasert spørreskjema <input type="checkbox"/> Elektronisk spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input checked="" type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input checked="" type="checkbox"/> Deltakende observasjon <input type="checkbox"/> Blogg/sosiale medier/internett <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata (medisinske journaler)	<p>Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).</p> <p>NB! Dersom personopplysninger innhentes fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentar-boksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgs-gruppene og metodene som skal benyttes.</p> <p>Les mer om registerstudier. Dersom du skal anvende registerdata, må variabeliste lastes opp under pkt. 15</p> <p>Les mer om forskningsmetoder.</p>
	<input type="checkbox"/> Registerdata	
	<input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	
Tilleggsopplysninger	<p>Vedr. punktet der det er krysset av for HELSEFORHOLD i utvalg/data. Som det fremgår i problemstillingen og forskningsspørsmålene er de faglige brillene basert på samfunnsvitenskap og medisinsk antropologi om medisin, utført av en student som ikke er helsepersonell. Ungdommene i pågående gruppe er rekruttert som elever og har denne statusen. Ungdommene fra høsten 2015 ble pasientregistrert ved mitt arbeidssted (senter ved psykiatrisk divisjon) for å dokumentere ressursbruk. Dette ble siden endret til dagens registrering som elever. De ble henvist/tilbudt gruppetilaket på samme måte som nåværende gruppe.</p>	
9. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	<p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Les mer. Vennligst send inn mal for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema.</p> <p>Last ned en veiledende mal her.</p> <p>Les om krav til informasjon og samtykke.</p> <p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.</p>
Samtykker utvalget til deltakelse?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Flere utvalg, ikke samtykke fra alle	<p>For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og informert.</p> <p>Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en aktiv handling. For eksempel vil et besvart spørreskjema være å regne som et aktivt samtykke.</p> <p>Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes. Les mer.</p>
Innhentes det samtykke fra foreldre for ungdom mellom 16 og 17 år?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	Les mer om forskning som involverer barn og samtykke fra unge.
Hvis nei, begrunn	<p>Ungdommene er uten omsorgspersoner i Norge, de fleste bor for seg selv eller i bokollektiv med besøk fra boligjenersten (ikke barnevern, slik det er i noen kommuner). Vergene, selv under mandatet "å bistå med forhold av personlig og økonomisk art", er ikke i en omsorgsrolle. Jeg er selv verge og har i liknende forskningsprosjekter ikke blitt informert om at det er forsket på noen av mine vergemålsungdommer, og vurdert samfunnsnyten av en slik forskning på ungdommer som viktigere enn tid og ressurser brukt på å innhente samtykke og informere verge.</p>	
Blir tredjepersoner informert?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input checked="" type="checkbox"/> Informeres ikke	<p>Merk at identifiserende opplysninger om tredjeperson er personopplysninger og skal behandles som dette på lik linje med andre personopplysninger. Dette innebærer blant annet at både informasjon og samtykke skal vurderes konkret i hvert tilfelle.</p>
Informeres ikke, begrunn	<p>Tolken - allerede informert muntlig. Hvis de nevner mottakspersonell, fastlege, følgepersoner under flukt og i hjemlandet; for ressurskrevende å få kontakt med for å informere og utenfor oppgavens omfang.</p>	

10. Informasjonssikkerhet		
Spesifiser	Feltnotater fra deltakende observasjon bruker hverken navn eller koder pr. ungdom. Feltnotater oppbevares i safe hjemme, men fraktes i veske/sekk ved hver gruppesamling og til/fra intervju.	NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet. Vi anbefaler koblingsnøkkel .
Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?	<input type="checkbox"/> På server i virksomhetens nettverk <input type="checkbox"/> Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne) <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Privat datamaskin <input type="checkbox"/> Videopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input checked="" type="checkbox"/> Mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon) <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger. Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter. Med «virksomhet» menes her behandlingsansvarlig institusjon. NB! Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskningsserver. Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepenne, server på annet arbeidssted - er mindre sikkert, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.
Annen registreringsmetode beskriv		
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Feltnotater oppbevares i safe hjemme, men fraktes i veske/sekk ved hver gruppesamling og til/fra intervju Mobiltelefon; lydopptak; har kode. Datamaskin har passord Intervjuene vil transkriberes med nr og høst15/17, ikke navn og ikke alder	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler (ekstern aktør)?	Ja ● Nei ○	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en <u>databehandler</u> . Slike oppdrag må kontraktreguleres.
Hvis ja, hvilken	Det er planlagt tolk til gjennomføring av individuelle intervju med gruppen fra høst 2017. Denne blir mest sannsynlig en tospråklig medstudent. Taushetsplikten vil kontraktreguleres.	
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja ○ Nei ●	F.eks. ved overføring av data til samarbeidspartner, databehandler m.m.
Hvis ja, beskriv?		Dersom personopplysninger skal sendes via internett, bør de krypteres tilstrekkelig. Vi anbefaler ikke lagring av personopplysninger på nettskytjenester. Bruk av nettskytjenester må avklares med behandlingsansvarlig institusjon. Dersom nettskytjeneste benyttes, skal det inngås skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten. Les mer .
Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til datamaterialet med personopplysninger?	Ja ○ Nei ●	
Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidssted)?		
Utleveres/deles personopplysninger med andre institusjoner eller land?	● Nei ○ Andre institusjoner ○ Institusjoner i andre land	F.eks. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.
11. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja ○ Nei ●	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om <u>dispensasjon fra taushetsplikten</u> . Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Hvis ja, hvilke		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja ○ Nei ●	I noen forskningsprosjekter kan det være nødvendig å søke flere tillatelser. Søkes det f.eks. om tilgang til data fra en registreier? Søkes det om tillatelse til forskning i en virksomhet eller en skole? Les mer om andre godkjenninger .
Hvis ja, hvilken		
12. Periode for behandling av personopplysninger		

Prosjektstart Planlagt dato for prosjektslutt	02.10.2017 30.06.2018	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvalget skal gjøres/datainnsamlingen starter. Prosjektslutt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet.
Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?	<input type="checkbox"/> Ja, direkte (navn e.l.) <input checked="" type="checkbox"/> Ja, indirekte (identifiserende bakgrunnsopplysninger) <input type="checkbox"/> Nei, publiseres anonymt	Les mer om direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger. NB! Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne sitater.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	NB! Her menes datamaterialet, ikke publikasjon. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel øvrig data anonymiseres. Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. Les mer om anonymisering av data .
13. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	selvfinansiert, med støtte i form av enkeltdager studiepermisjon fra arbeidsgiver og anledning til å gjennomføre noen intervjuer i arbeidstiden.	Fylles ut ved eventuell ekstern finansiering (oppdragsforskning, annet).
14. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		Dersom prosjektet er del av et prosjekt (eller skal ha data fra et prosjekt) som allerede har tilsyn fra personvernombudet og/eller konsesjon fra Datatilsynet, beskriv dette her og oppgi navn på prosjektleder, prosjektittel og/eller prosjektnummer.
15. Vedlegg		
Vedlegg	Antall vedlegg: 2. <ul style="list-style-type: none">• informasjonsskriv_gruppe_1_og_2.pdf• intervjuguide_temaliste.pdf	

Vedlegg 6



Gunhild Odden
Postboks 226
4001 STAVANGER

Vår dato: 19.10.2017

Vår ref: 55860 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Tilrådning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 12.09.2017 for prosjektet:

55860	<i>Vi har problem men vi er ikke gal - unge enslige flyktninger evaluerer forebyggende kreative samtalegrupper</i>
Behandlingsansvarlig	VID vitenskapelig høgskole, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Gunhild Odden
Student	Hedwig MKW Bogstad-Kvam

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 30.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / Siri.Myklebust@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hedwig MKW Bogstad-Kvam, hedditt@hotmail.com



FORMÅL

Formålet er å undersøke hvordan ungdommenes helseforståelse og mestringsstrategier påvirkes av å delta i forebyggende, narrativ gruppeterapeutisk intervensjon.

UTVALG

Utvalget består av elever ved norskopplæring/grunnskole for flyktninger i alderen 17 til 20 år.

REKRUTTERING

Vi forstår det slik utvalget tidligere har samtykket til å bli kontaktet av studenten for et intervju.

Personvernombudet forutsetter at frivillighet, taushetsplikt og konfidensialitet blir ivaretatt under rekruttering av utvalget. Personvernombudet legger til grunn at frivilligheten ivaretas og minner om at frivillighet kan være problematisk når en rekrutterer gjennom eget nettverk hvis det er et avhengighetsforhold mellom den som rekrutterer og informant, som for eksempel lærer og elev.

DOBBELTROLLE

Som lærer og forsker på samme tid inntar man en dobbeltrolle, og man må være oppmerksom på en del problemstillinger som dette reiser. For det første må det tydeliggjøres ovenfor elevene at man inntar en ny rolle som forsker i forbindelse med prosjektet, og at det som skjer ikke er en del av undervisningen som sådan. Videre må man være oppmerksom på at prinsippet om frivillig deltakelse kan trues når de som forespørres om deltakelse står i et direkte avhengighetsforhold til forskeren. Det bør derfor være helt tydelig at det er helt frivillig å delta og at det ikke vil få noen konsekvenser for elevene om de ikke ønsker å delta i prosjektet. Et tredje forhold man bør være oppmerksom på, er bruk av kunnskap i prosjektet som en har tilegnet seg om elevene fordi man evt. er deres lærer. Det vil være viktig å skille mellom den kunnskapen en allerede har i kraft av å være lærer og de opplysningene/dataene man innhenter som forsker.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Vi legger til grunn at informasjon om prosjektet blir gitt på et språk som utvalget forstår og behersker. Det er forsker sitt ansvar å påse at informasjonen er forstått. Ifølge prosjektmeldingen skal utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykke til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

SAMTYKKE FRA UNGDOMMER SOM HAR FYLT 16 ÅR

Hovedregelen når det registreres sensitive opplysninger til forskningsformål om ungdom under 18 år, er at det må innhentes samtykke fra verge/foreldre. I dette prosjektet vurderer personvernombudet det imidlertid slik at ungdommer som har fylt 16 år kan samtykke til deltakelse på selvstendig grunnlag. Dette ut fra en helhetsvurdering av opplysningenes art og omfang. Det er personvernombudets vurdering at ungdommene i dette prosjektet har forutsetninger for å forstå hva deltakelse innebærer.

DATA

Data samles inn gjennom individuelle intervjuer.

I meldeskjema er det krysset av for at data samles inn ved personlig intervju og deltakende observasjon. På bakgrunn av øvrig dokumentasjon vurderer vi at det kun skal registreres personopplysninger i forbindelse med intervjuene. Dersom personopplysninger blir samlet inn ved hjelp av andre metoder, må dere sende utfyllende informasjon til personvernombudet@nsd.no.

SENSITIVE OPPLYSNINGER

Det behandles sensitive personopplysninger om etnisk bakgrunn eller politisk/filosofisk/religiøs oppfatning og om helseforhold.

OPPLYSNINGER OM PERSONER SOM IKKE DELTAR

Det behandles enkelte opplysninger om tredjeperson (lærer, tolk, ansatte). Det skal kun registreres opplysninger som er nødvendig for formålet med prosjektet. Opplysningene skal være av mindre omfang og ikke sensitive, og skal anonymiseres i publikasjon. Så fremt personvernulempen for tredjeperson reduseres på denne måten, kan prosjektleder unntas fra informasjonsplikten overfor tredjeperson, fordi det anses uforholdsmessig vanskelig å informere.

SÅRBAR GRUPPE

Asylsøkere regnes som en sårbar gruppe. Personvernombudet minner om at den som foretar datainnsamling fra en sårbar gruppe bør ha kompetanse til å gjøre dette på en slik måte at belastningen på deltakerne blir minst mulig. Les gjerne forskningsetiske retningslinjer om forskning på sårbare grupper:

<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Sarbare-grupper/>

DATASIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger VID vitenskapelig høyskole sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

TOLK/OVERSETTER

Dersom tolk/oversetter skal behandle personopplysninger på vegne av prosjektet, er denne å regne som databehandler for prosjektet. VID vitenskapelig høyskole skal i så fall inngå skriftlig avtale med vedkommende om hvordan personopplysninger skal behandles, jf. personopplysningsloven § 15. Dersom det kun er snakk om muntlig tolking, vil det ikke være nødvendig med databehandleravtale, men taushetserklæring bør da signeres.

OM PUBLISERING

Det oppgis at personopplysninger skal publiseres. Basert på informasjonsskrivet vurderer vi at dette er feil, og vi legger derfor til grunn at det ikke skal publiseres personopplysninger.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 30.06.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Vedlegg 7

Hei,

Jeg har lagt eposten din til prosjektet.

Lykke til med studien!

--

Med vennlig hilsen,

Siri Tenden Myklebust

rådgiver | Adviser

Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services

T: (+47) 55 58 22 68

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen

T: (+47) 55 58 21 17

postmottak@nsd.no www.nsd.no

Hedwig M.K.W Bogstad-Kvam skrev den 20.10.2017 09:05:

Hei!

Jeg takker for rask saksbehandling.

Ville gjerne legge til tre ting som jeg ser jeg ikke har vært tydelig nok om;

- Jeg er ikke lærer ved læringscenteret, men jobber til daglig som kontorleder ved en enhet ved sykehuset. Dette masterprosjektet er treårig og deltid.

To av mine kollegaer har drevet og driver de to gruppene jeg har rekruttert informanter fra.

Gruppen ungdommer fra 2015 kjenner jeg ikke fra før, men de

vet at jeg jobber med gruppelederne. I gruppen denne høsten, 2017, fungerer jeg som referent i gruppesamlingene hver uke.

Det er denne delen jeg regner som deltakende observasjon og relasjonell tilnærming også med tanke på at de er å regne som en sårbar gruppe.

Disse ungdommene vet at vi i november skal ha individuelle samtaler, har hittil samtykket muntlig og fått oversatt informasjonsskriv om mulighet for å trekke samtykket underveis eller i etterkant av intervjuene.

- Ungdommene (både fra gruppen høsten 2015 og gruppen høsten 2017) har status som flyktninger, ikke asylsøkere.

- Tolken vil ha status som (ulønnet) medforsker i resterende feltarbeid; dvs. individuelle intervju med ungdommene fra gruppen høsten 2017, november måned. Hun har signert taushetserklæring. Hun skal kun tolke muntlig.

Ha en riktig god helg!

Mvh

Hedwig M.K.W Bogstad-Kvam

Vedlegg 8

Følgende liste er gjengitt fra internt infoskriv til ungdommene som deltok gruppe II, høsten 2017, uten identifiserende detaljer som dato, sted osv.

- 1. RESPEKT**
- 2. TAUSHETSPLIKT**
- 3. HVA ER HELSE?**
- 4. FOREBYGGE**
- 5. EGENOMSORG**
- 6. DISKUTERE**
- 7. PROSESS**
- 8. SAMTYKKE**
- 9. FORTELLING**

- HVA ER INNHOLDET I BEGREPENE?

- HAR DU SAMME ORD PÅ DITT SPRÅK?

- HVA BETYR ORDET FOR DEG? HVA ER VIKTIG FOR DEG?

- HVILKE SAMMENHENGER BRUKES ORDET?

- EKSEMPLER

ORDENE ER VIKTIGE ORD I HELSEKURSET ☺