

# **I GRÅSONEN MELLOM SKOLE OG HELSE I UNDERVISNINGEN AV VOKSNE TRAUMATISERTE FLYKTNINGER**

- om skolens rolle i rehabiliteringen

Astrid Helene Bie Skaaland

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*



## Forord

Å skrive en masteroppgave har vært et hardt stykke arbeid. Likevel føler jeg meg privilegert og glad som har fått anledning til å trengje inn i dette materialet. Jeg har aldri mistet ”trøkket” fordi emnet og problemstillingene opptar meg og griper rett inn i hverdagen min. Derfor har jeg hatt stor motivasjon hele tiden til å forske og gå i dybden rundt disse spørsmålene.

Jeg tror det er viktig for skolen framover å få større klarhet i hvordan den best kan imøtekomme departementets intensjoner om *tilrettelagt undervisning* for *alle* elever, også de voksne, traumatiserte flyktingene som sliter psykisk. Denne gruppen er ikke bare en utfordring for helsevesenet, heller ikke skolen er uberørt. Vi vet fra studier nasjonalt og internasjonalt at flyktinggruppen som helhet har dårligere mental helse enn befolkningen ellers. Forskning har også vist at disse tilstandene har en tendens til å kronifisere seg, særleg når de har fått bestå over tid. Det er med andre ord viktig å komme tidlig på banen med gode tiltak. Her mener jeg noen av nøkkelbegrepene er anerkjennelse og kunnskap!

I mange år kom det et relativt beskjedent antall flyktinger til Norge. Likevel har det vært en betydelig faglig fokusering på fenomenet, ikke minst forskning og kunnskap som vedrører innvandrere og flyktingers mentale helse. Allerede i 30-årene gjorde den norske psykiateren Ørnulf Ødegård en omfattende studie vedrørende norske immigranter i USA, der han diskuterte belastningsaspektene ved migrasjon (Ahlberg, Aambø og Gihle, 2007). Etter andre verdenskrig undersøkte Leo Eitinger flyktinger og holocaustoverlevende. Fra slutten av 70-årene kom det en økt pågang av flyktinger til Norge. Det ble tydelig at disse brakte med seg psykiske etterreaksjoner etter flukten, og andre betydelige belastninger og traumer knyttet til forfølgelse, tortur og migrasjon. Mange fagfolk, spesielt innen helsevesenet, ble opptatt av å utvide kunnskapen og forståelsen, og framhever at betydningen av en totalforståelse av flyktingens psykososiale situasjon, og forståelse av hvordan de ulike elementene skal inngå i en totalbehandling, er avgjørende for at en skal kunne gjøre seg håp om å kunne være til hjelp (ibid). I denne totalbehandlingen vurderer jeg at også skolen kan spille en viktig rolle.

Jeg takker alle som underveis i prosessen har vært med på å inspirere, og øke mine kunnskaper; dyktige og engasjerte forelesere, gode medstudenter, kollegaer og venner å diskutere med. Spesielt vil jeg takke mine to nære kollegaer på Basen, Widar Waland, og ikke

minst Harald Kjevik for at dere så velvillig har støttet meg med oppmuntring, interesse og praktisk tilrettelegging.

For å muliggjøre prosjektet vil jeg også rette en takk til rektor, Morten Hauger, fordi jeg har fått frigjort tid og møtt støtte og oppmuntring. Ellers takk til Gwyn Øverland og Birgit Lie for gode råd og oppmuntring i startfasen, og til Trine Habberstad for råd og veiledning.

En spesiell takk til min veileder John Lundstøl for inspirasjon, gode samtaler og kloke råd. Du sa ganske tidlig at en må streve hardt for å lære seg "et nytt språk" og da mente du det vitenskapelige språket. Jeg har strevd!

Takk til min familie for støtte og oppmuntring, spesielt til Åsbjørn fordi du hele tiden har hatt tro på at jeg skulle klare dette.

Kristiansand, april 2010

Astrid H. Bie Skaaland

# **Innholdsfortegnelse**

<b>1.0 Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 Presentasjon av Basen	2
1.2 Avgrensning av emnet	3
<b>2.0 Problemstilling</b>	<b>3</b>
2.1 Bakgrunn for valg av tema	4
2.2 Aktualitet	4
2.3 Veien mot en problemstilling	5
2.4 Problemstillingen i lys av lovverk og plandokumenter	5
2.4.1 Opplæringsloven	6
2.4.2 Introduksjonsloven	6
2.4.3 Utlendingsloven	6
2.4.4 Plandokumenter	6
<b>3.0 Teori</b>	<b>7</b>
3.1 Flyktninggruppa	8
3.1.1 Tilstandsrapport	8
3.2 Traumer – Traumatisert	9
3.2.1 Tortur	10
3.2.2 Seksuell vold	10
3.2.3 Terror	11
3.3 Flukten	11
3.4 Imigrasjonsprosessen	11
3.5 Reaksjoner på traumer	12
3.5.1 Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD)	13
3.5.2 Hovedsymptomer ved PTSD	14
3.5.3 Kognitive funksjoner ved PTSD	14
3.6 Helse – Rehabilitering	15
3.6.1 Traumemestring og helende prosesser	16
3.6.2 Resiliens	16
3.6.3 Salutogenese	16
3.6.4 Reminisens	17
3.6.5 Empowerment	17
3.6.6 Psykoedukasjon	18
3.7 Rehabiliterende pedagogikk	18
3.7.1 Perspektiver i rehabiliterende pedagogikk	18
3.8 Anerkjennelse	20

3.9 Den etiske fordring	21
3.10 Habitus	21
<b>4.0 Metode</b>	<b>22</b>
4.1 Metodevalg: Kvalitativ metode	23
4.2 Fokusgruppeintervju	24
4.3 Begrunnelse for valg av metode	24
4.4 Valg av informanter	24
4.4.1 Etske refleksjoner rundt utvelgelse av fokusgrupper	25
4.5 Intervjudelen	26
4.5.1 Oppbygging av intervjuguider	26
4.5.2 Gjennomføring av intervju	27
4.6 Kritikk av metoden	28
4.7 Gjennomføring av analyse	29
4.8 Reliabilitet og Validitet	29
4.9 Forskningsetiske overveielser	31
<b>5.0 Beskrivelser, refleksjoner og analyse</b>	<b>31</b>
5.1 Lærergruppen	32
5.2 Helsegruppen	40
5.3 Programrådgiverne	46
5.4 Flyktninggruppen	51
<b>6.0 Videre bearbeiding, tolkning og drøftinger</b>	<b>57</b>
6.1 Frisk – gal	57
6.2 Grenser mellom behandling og undervisning	59
6.3 Gråsonen	59
6.4 Kunnskap	60
6.5 Dialog	65
<b>7.0 Oppsummering og avslutning og</b>	<b>67</b>
Litteraturliste	70
Vedlegg	73

# Sammendrag.

## **Bakgrunn.**

I undervisningen av voksne flyktninger, vil der alltid være noen som av psykososiale årsaker som følge av traumatiske hendelser, ikke klarer å gjennomføre normal klasseromsundervisning. Dette kan være en stor utfordring for skolen. På bakgrunn av traumeforskning har det i Danmark vokst fram et spesielt tilrettelagt lavterskeltilbud for denne elevgruppen. Det går under betegnelsen rehabiliterende pedagogikk. Ved voksenopplæringen i Kristiansand er det et liknende tilbud. I denne oppgaven undersøker jeg det jeg kaller gråsonen mellom skole og helse i tilrettelagt undervisning av voksne traumatiserte flyktninger. Jeg ser på skolens rehabiliterende effekt, om hvor grensene mellom undervisning og helsefremmende tiltak går, og om hvem som eventuelt avgjør om noen er for syke til skoletilbud.

## **Materiale og metode.**

Empirien ble samlet og bearbeidet fra fire ulike fokusgruppeintervjuer. Gruppene besto av personer som jobbet med den aktuelle elevgruppen: lærere, flyktninghelsetjenesten og helsepersonell fra 1. og 2.linjetjenesten. Den fjerde gruppen besto av personer som selv hadde kommet til Norge som flyktning eller innvandrere.

## **Resultater.**

Alle gruppene mente at skolen er svært viktig, ikke bare for å lære språk og samfunnskunnskap, og derved oppfylle departementets krav for bosetting, men skolen kan også ha en stor rehabiliterende effekt. Skolen kan skape faste rammer i hverdagen, være viktig i den sosiale nettverksbyggingen, gi trygge rammer for å gjenoppbygge selvtillit, tillit til andre, opplevelse av mestring, og derved tro og håp for framtiden. I denne sammenheng kan behandlingsbegrepet strekkes vidt. Flyktningene mente det ikke kunne skilles fra undervisningen, delvis fordi det i mange kulturer ikke er noen mellomting mellom å være frisk og gal. At læreren har kunnskaper om hvordan traumer virker, og hvilke konsekvenser dette kan få for elevene, er avgjørende for selv å være trygg og gjøre en god jobb. Like viktig er kunnskaper om traumemestring og rehabilitering. For å gi et best mulig tilbud, er åpen dialog og samarbeid mellom etatene og flyktningen selv avgjørende.

## **Summary**

**Title:** In the grey zone between school and health in teaching traumatized adult refugees – the school's role in rehabilitation.

## **Background**

When providing classroom training for the integration of adult refugees, there will always be individuals that, due to psychosocial problems caused by earlier traumatic experiences, are unable to follow the normal progress of the rest of the class. This represents a huge challenge for the educational institution. Based on research on traumas in Denmark, a special education methodology has been developed, called rehabilitating pedagogics. The following study focuses on the grey zone between education and psychological therapy using adapted teaching methodology for this group of traumatized students. The study analyses the rehabilitating effect of an educational setting, its limits and borders compared to regular therapeutic interventions, and who is to decide when a student is too traumatized to participate in classroom training.

## **Material and method**

The empirical data were collected from four different focus-group interviews. These groups were composed of persons working with traumatized adult refugees: teachers, representatives from refugee service institutions, representatives from the health sector, as well as a group composed of persons that came to Norway as refugees or immigrants.

## **Results**

The opinion of all four focus groups was that the school plays an important role, not only in teaching a new language and in exploring a new society, as required by the government for permanent residence, but equally in providing a setting for integration and rehabilitation. The structured education helps organise the day, assists in establishing new social networks, provides a setting for re-establishing their confidence and trust, and give them experience in mastering. As such this contributes to re-creating optimism and hope for the future. In this context the rehabilitation treatment is extended beyond traditional understanding. It was the opinion of the refugees that rehabilitation could not be separated from the educational setting, arguably because many cultures have no intermediate classification between normal and crazy. Knowing how the traumas affect people and the consequences for learning abilities is of great importance for helping the teachers to master the challenges in an effective way. Equally important is knowledge about mastering traumas and rehabilitating instruments. However, in order to achieve the best results, an open dialogue and cooperation between the therapeutic and educational units is crucial.



## 1.0 Innledning

I størsteparten av mitt yrkesaktive liv har jeg jobbet i voksenundervisningen med flyktninger og innvandrere, og jeg har aldri sluttet å undres, og føle ærbødighet over menneskers evne til å reise seg igjen og gå videre i livet på tross av store tap og omveltninger.

”De er tvunget til at oppbygge en ny tilværelse i en kultur der er radikalt forskjellig fra den de har ladet bag sig(...)De taler om at miste verden og finne den igjen” Fra Judith L. Herman : I voldens kølvand, (Jørgensen & Mathiasen, 1996).

Hva innebærer det å undervise voksne mennesker som skal lære et nytt språk, en ny kultur, starte et nytt liv, og som kanskje i tillegg bærer med seg en tung bøl etter mishandling, ødeleggelser, ydmykelse, savn, sorg og sinne? Hvordan opplever vi dem i skolesituasjonen? Ja, for på skolen *må* de for å få innvilget bosettingstillatelse i Norge. Kravet er å ha deltatt i 250 timer norskundervisning og 50 timer samfunnsfag.

I denne oppgaven skal jeg fokusere på en liten gruppe elever som strever ekstra med livet etter traumatiske hendelser. Jeg vil forske på hvorvidt skolen kan ha positiv effekt på rehabiliteringsprosessen til mennesker som sliter med livet i eksil, og se på hvor grensene for helsefremmende tilrettelegging av undervisningen kan gå, uten at det tipper over i psykiatrien.

Dette er problemstillinger fra jobbhverdagen min, som både er utfordrende og engasjerende, og som er en del av min ”ryggsekk” av forforståelse når jeg gir meg i kast med denne oppgaven.

Nyere forskningen sier at for de fleste mennesker er det å flytte til et annet land, en annen kultur og et annet språk, en ekstrabelastning (Austveg, 1989; Hanssen, 1996; Rack, 1986). Jeg har selv følt noe av dette på kroppen, og jeg anser disse erfaringene som verdifull real-kompetanse når jeg jobber med mennesker fra andre kulturer. I til sammen 9 år dro jeg med mann og 4 barn på diverse utenlandsoppdrag i ulike kulturer, og følte på belastningen med store omstillinger og den tiden det tok for alle å finne seg til rette under nye og fremmede forhold. Men i vår situasjon var dette noe vi ønsket å oppleve, som var godt forberedt, og hvert oppdrag hadde en tidsbegrensning, før vi returnerte til Norge der vi hadde hus, familie og venner som ventet.

Slik er det ikke for flyktningene. De færreste har i utgangspunktet ønsket å flytte, og har kanskje aldri hørt om det landet de kommer til, eller har noen formening om hva som venter dem. De har heller ikke noe sted å returnere til. Men flykter du for å redde livet, blir kanskje alt annet underordnet, i alle fall i første omgang. Likevel viser det seg at møtet med det nye landet, og livet i eksil, blir for mange helt annerledes enn de kunne forestilt seg.

Jeg hadde selv en skjellsettende opplevelse da jeg kom til vår nye post i Bangladesh, og som ble en lærerik erfaring i forhold til å jobbe med flyktninger. Jeg fikk en depresjonsreaksjon jeg

var helt uforberedt på, og som gjorde meg for en tid omtrent handlingslammet. Det er dette som kalles kultursjokk. Selv etter flere opphold i andre land, var jeg likevel ikke forberedt på menneskemylderet og den rå fattigdommen jeg møtte rett utenfor hageporten. Jeg fant ikke igjen min egen rolle i hverdagen og jeg følte meg fremmedgjort og overflødig. Det var en skremmende opplevelse. Den viktigste lærdommen jeg fikk, var at ingen andre enn meg selv kunne gjøre den jobben det var å komme ut av den numne tilstanden jeg befant meg i. Jeg måtte selv finne noe meningsfylt å fylle dagene med, finne det gode fungeringsnivået og finne tilbake til *meg selv*.

I møte med elever har jeg gang på gang sett dette, hvordan noen blir overmannet av den lammende, numne følelsen når en ikke får hverdagen til å fungere, fordi alt er fremmed og annerledes enn det en er vant til. Når tidligere erfaring ikke synes å hjelpe, når tidligere kunnskap ikke settes pris på i det nye landet, og en føler at en har mistet både evnen til å uttrykke seg forståelig og identiteten, og når i tillegg minner, hjemlengselen, sorg og skyld blir påtrengende; da kan det være vanskelig å fungere i hverdagen. Har man i tillegg en alvorlig traumehistorie med seg, kan det for enkelte være umulig å etterkomme skolens forventninger om normal deltakelse, lett å synke inn i håpløsheten og bli klientellisert.

Min egen erfaring gjør at jeg til en viss grad kan skjønne avmaktfølelsen et menneske kan kjenne på overfor alt det nye og ukjente; en som er mye mindre forberedt enn det jeg var, uten mulighet til å kunne reise hjem igjen, uten det nettverket jeg og min familie hadde rundt oss ute, ja kanskje uten noe familie igjen i det hele tatt. Men lang yrkes- og livserfaring har overbevisst meg om at det har stor rehabiliterende effekt for et angstfylt og deprimert menneske å ha noe meningsfylt å gå til, bli hørt, sett, og å vite at det ikke er likegyldig om en kommer eller ikke.

## 1.1 Presentasjon av Basen

Da jeg begynte å arbeide med denne oppgaven, var det ikke min mening å trekke inn Basen. Men siden det flere ganger i løpet av oppgaven blir referert til Basen, særlig i intervjuene, og omtalen i den reviderte strategiplanen (jfr.2.4.4), anser jeg det riktig med en kortfattet presentasjon. *Basen* står for et *spesielt tilrettelagt lavterskeltilbud* for elever som av psykosomatiske årsaker, som følge av krig og traumer, ikke kan gjennomføre en vanlig klasseromsundervisning. For å ta denne elevgruppen på alvor, har jeg siden høsten 2004 vært med på å bygge opp dette tilbudet i voksenopplæringen i Kristiansand. Elevene er voksne mennesker som har krav på å møtes med respekt og anerkjennelse. Det gjør vi ved å akseptere at det er gode og dårlige dager, og at alle mennesker har sin egen måte å takle stress og

påkjenninger på. Så er det opp til læreren å tilrettelegge undervisningen etter dagsformen til den enkelte.

## 1.2 Avgrensing av emnet

I oppgaven beveger jeg meg i det jeg betegner som *gråsonen* mellom skole og helse, der en underviser voksne elever som ikke klarer å gjennomføre et normalt skoletilbud fordi de sliter med store psykosomatiske problemer. Av praktiske grunner velger jeg her i oppgaven å omtale denne gruppen som *traumatiserte flyktninge*. Jeg er klar over svakheten og faren ved en slik generalisering, fordi det dreier seg om et mangfold unike enkeltindivider, med ulike historier, overlevelsesstrategier og livsverdener.

Den store elevgruppen i voksenopplæringen som tross alt klarer seg bra, faller derfor utenfor oppgaven. Jeg går heller ikke inn på voksenpedagogikk generelt, eller migrasjonsproblematikk i særlig grad. Jeg avgrenser oppgaven til å fokusere på en liten gruppe elever som viser symptomer på Post-traumatisk stressforstyrrelse (PTSD), angst og depresjon, og forsøker å synliggjøre hva vi møter i skolen, og peke på hvilke konsekvenser dette får for eleven og for undervisningen.

Jeg velger å ikke komme inn på rasisme. Dette er et eget, stort felt som etter min vurdering ligger i utkanten av denne oppgaven. Men jeg er klar over at forekomst av rasisme kan være en medvirkende årsak til at flyktninger opplever postmigrasjonstraumer. I arbeid med flyktninger dreier mye seg om kultur møter. Tradisjoner, livsoppfatninger og religion spiller ofte en stor rolle. I den grad det har direkte relevans for oppgaven kommer jeg inn på slike problemstillinger, ellers ikke, for at oppgaven ikke skal bli alt for omfattende.

## 2.0 Problemstillinger

Jeg er opptatt av å undersøke hvilken rolle skolen kan spille i rehabiliteringen av denne elevgruppen, finne ut hvor grensene mellom det å undervise og det å behandle går, om det i det hele tatt er mulig å trekke noen skarpe grenser her. Likeledes om når en elev anses å være for syk til å delta i undervisningen, og hvem skal i så fall avgjøre dette. Problemstillingene kan derfor formuleres som følgende:

**Hvilken rolle kan skolen spille i rehabiliteringen av voksne traumatiserte flyktninger?**

**Hvor går grensene mellom undervisning og behandling?**

**Når er eleven for syk til å delta, og hvem avgjør dette?**

## 2.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har lenge vært opptatt av spørsmålet om hvordan skolen oppfyller sine forpliktelser ovenfor utsatte grupper, spesifikt de voksne, traumatiserte flyktningene. Dette er en relativ ny utfordring for pedagogen så vel som for pedagogikken, på samme måte som det er en utfordring for både helsevesen og samfunn forøvrig. I følge statens sentralbyrå, SSB, var folketallet i Norge pr. 02.04.09 på 4 812 200 innbyggere. Av disse er 423 000 innvandrere og 86 000 norskfødte med innvandrerforeldre. Disse personene utgjør nå 10,6 % av befolkningen. Moderne innvandring til Norge er et relativt nytt fenomen. 2 av 10 innvandrere har bodd i Norge i mer enn 20 år, og 4 av 10 har bodd her i 4 år eller mindre (Spilker, Indseth & Aambø, 2009). I rapporten fra Ressurscenter for vold og traumer (Fosse & Dersyd, 2007), gjennomgås en rekke undersøkelser for å estimere antall torturerte flyktninger i Norge, og det konkluderes med en estimert tortur prevalens for gruppen totalt på 29,5 % - 33,3 % (vektet), dette utgjør 31 304 – 35 331 torturerte personer i Norge. Da regner en med en underestimering av faktiske torturtall. Tendensen til å hemmeligholde eller ikke ville vedkjenne seg de traumatiske hendelsene fremheves i mye av forskningen. Tortur forbindes ofte med opplevelse av skam, ydmykelse og hemmeligholdelse av kulturelle årsaker, og blir ikke fortalt i intervjuet uten at temaet frontes nokså sterkt innenfor ivaretaende trygge rammer (Jørgensen & Mathiasen 1996). Vi kan ikke lukke øynene for den forandringen som har skjedd med befolkningen i landet og den kjensgjerningen at mange av dem som kommer har vært utsatt for store fysiske og psykiske belastninger. Dette vil sette preg på livene deres her og nå, og elevene bærer det med seg inn i skolehverdagen. Det kan oppleves belastende for læreren og stille andre krav til henne enn de hun tradisjonelt er trent for. Derfor, i lys av de faktiske tallene, og ved å se på hva skolen forplikter seg på i følge lovverk, handlings- og strategiplaner for voksenopplæring av fremmedspråklige, vil jeg se på hva det kan innebære med tilrettelagt undervisning, altså reflektere over *hvor grensene går mellom å undervise og å behandle*.

## 2.2 Aktualitet

Denne masteroppgaven ligger innenfor fagfeltet Psykisk helsearbeid fordi mitt anliggende er forebyggende og helsefremmende tiltak i skolen i tilrettelagt undervisning for voksne traumatiserte flyktninger. Jeg er påvirket av den danske rehabiliterende pedagogikkmodellen som jeg kommer tilbake til i teorikapitlet. Dermed beveger jeg meg også i retning av spesialpedagogikk, uten at jeg går særlig dypt inn i det fagfeltet.

Jeg mener selv at problemstillingen er aktuell, men har funnet lite norsk litteratur på dette fra et pedagogisk ståsted. Men i den reviderte Strategiplanen 2007 (jfr.2.4.4), er det nå uttrykt et

politisk ønske om et kunnskapsløft på feltet. Jeg ønsker derfor å føre en dialog i skolefora om hvordan vi best kan imøtekomme departementets intensjoner om å tilrettelegge undervisningen for *alle* elevgrupper. For det er en kjensgjerning at rundt omkring i klasserommene sitter det elever med store psykiske problemer og stort symptomtrykk. Jeg håper oppgaven vil bidra til å utvide skolens selvforståelse av hvilken rehabiliterende effekt den kan ha, uten å trø inn på området til den psykiatriske behandlingen.

Hensikten med å forske i gråsonen skole/helse er altså å synliggjøre utfordringene, provosere eventuell fastlåst tenkemåte og inspirere til nytenkning. Jeg håper å vise at har vi først kunnskapen og tør flytte noen grenser, dreier mye seg om å møte mennesker på en etisk forsvarlig måte, med anerkjennelse og respekt.

### 2.3 Veien mot en problemstilling

Som lærer i Basen har jeg ofte fått høre: ”Du må huske på at dette er skole, du må ikke tro at du skal behandle”. Slike utsagn har både såret og forundret meg, men også provosert, og jeg har spurt meg selv: Hva mener de med å *behandle*? Og for å finne ut hva som legges i dette begrepet bruker jeg konsekvent dette ordet, behandle, når jeg stiller spørsmålet videre i fokusgruppene. Likeledes undres jeg på hvor grensen mellom å *undervise* og å *behandle* går? – og da helt konkret i den situasjonen *jeg* befinner meg i, nemlig som lærer for voksne traumatiserte flyktninger. Hva er da *undervisning*, hva legges i dette begrepet? - hvor snevert blir det definert, eller hvor vidt kan det defineres. Hva er det i skolesituasjonen som kan virke helsefremmende? Skolens oppgave er å gi et tilbud til *alle*, og de aller fleste nyankomne flyktninger kommer innom skolen for språkundervisning, deriblant også dem som har vært torturerte og utsatte for traumatiske hendelser, og som sliter med psykiske problemer etter dette. Hvordan møter læreren disse elevene i en undervisningssituasjon, hva betyr det i praksis? Er skolen forberedt på de traumatiserte flyktningene, eller risikerer vi at noen ikke blir sett? Likeledes har jeg fått bemerkninger om at hvis elevene ikke klarer å oppfylle kravene det stilles til dem på skolen, er de for syke til å være her. Da gjør vi den jobben andre skulle gjøre, da fungerer Basen som et oppbevaringssted. Derfor spør jeg om hvem som avgjør når noen er *for syke* til å få et skoletilbud, og hvilke kriterier som eventuelt legges til grunn.

### 2.4 Problemstillingen i lys av lovverk og plandokumenter

Jeg begynte med å lete gjennom lovverk og plandokumenter for voksenopplæringen for fremmedspråklige. Jeg ville se hvilke *krav* det stilles til skolen, men like viktig hvilke

rettigheter og plikter eleven selv har, for å se om det der var tatt noen forbehold for den gruppe som sliter med psykiske problemer.

De første omfattende offentlige publikasjoner om innvandrings- og integrasjonspolitik i Norge kom i form av stortingsmeldinger i 1974 – 1976, St.meld.nr.39(1973-1974) ”Om innvandringspolitikken” og St.meld.nr.107 (1975-1976) ”Om innvandringsstoppen og innvandringspørsmålene”. Først i 1988 ble utlendingsdirektoratet (UDI) opprettet, og har ansvar for innvandrings-, integrerings- og flyktningarbeid. Det har etter hvert kommet en rekke stortingsmeldinger, handlingsplaner og utredninger. Noen av disse omhandler skolens rolle i integreringsprosessen. Det ville kreve for mye plass å nevne alle dokumentene her, så jeg vil bare kort antyde de jeg anser som mest relevante i denne sammenhengen.

#### 2.4.1 Opplæringsloven

Voksnes rett til opplæring generelt er hjemlet i *Opplæringsloven* (§ 4 A-1 og 4 A-3) der det sies at voksne med lovlig opphold har rett til grunnskole og videregående opplæring, og pålegger kommunene å tilby voksne med *særskilte* opplæringsbehov en likeverdig grunnutdanning. *Spesialundervisningsparagrafen* (4A-2) skal sikre den enkeltes rett til slik opplæring.

#### 2.4.2 Introduksjonsloven

I henhold til lov 4.juli 2003 nr.80 om *introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne innvandrere (introduksjonsloven)* §17, har alle *rett og plikt* til 250 timer norsk og 50 timer samfunnskunnskap. Nyankomne voksne flyktninger har rett til *introduksjonsprogram*, (Introduksjonsloven § 2), denne loven trådte i verk fra 01.09.2005. Samtidig fikk kommunen en plikt til å tilrettelegge for den enkeltes opplæring. Retten gjelder i 3 år. Dersom særlig helsemessige eller andre tungtveiende årsaker tilsier det, kan kommunene fritta den enkelte plikt til deltakelse.

#### 2.4.3 Utlendingsloven

*Gjennomført opplæring* vil være et vilkår for innvilgelse av *bosettingstillatelse*, jf. lov av 24. juni -88 om *utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsloven)* §12, og for innvilgelse av søknad om norsk statsborgerskap, jf. lov av 8. desember 1950 om *norsk riksborgarrett (statsborgerskapsloven)* §6. I perioden 1977 – 2007 har 203 000 utenlandske statsborgere blitt norske.

#### 2.4.4 Plandokumenter

Det har i årenes løp blitt utarbeidet en rekke læreplaner, strategiplaner, handlingsplaner og stortingsmeldinger som utdyper mer i detalj innhold og mål for undervisningen av norsk som andrespråk for voksne. Elever med særskilte behov på grunn av *psykiske* problemer er for første gang nevnt i strategiplanen *likeverdig utdanning i praksis* (2004 – 2009) revidert utgave 2007. Her åpnes det opp for utprøving i kommunene av ulike modeller for språkopplæring tilpasset *den enkeltes evner og forutsetninger*, og det sies at *for å sikre likeverdig opplæring for alle* kan det være *nødvendig med ulik behandling* (ibid:10). Utdanningsdirektoratet (Udir) har ansvar for oppfølgingen av strategiplanen, og i samarbeid med *Nasjonalt senter for flerkulturell opplæring (NAFO)* ved Høgskolen i Oslo (HiO), ble det i 2005 igangsatt et 2-årig prosjekt med utprøving av tilrettelagt undervisningstilbud til elever som på grunn av psykiske og/eller psykosomatiske problemer ikke klarer å nyttiggjøre seg den vanlige klasseromsundervisningen. Kristiansand

Voksenopplæringscenter, KVO (som nå heter Kongsgård skolesenter) deltok i prosjektet gjennom arbeidet i Basen.

I **Stortingsmeldingen nr.23** *Språk bygger broer*, er Basen spesielt nevnt:

#### Boks 4.4 Tilpasset opplæring for voksne

Kristiansand voksenopplæringscenter (KVO) gir tilbud om tilpasset opplæring i norsk og samfunnskunnskap for voksne innvandrere og flyktninger med store psykososiale vansker. Tilbudet gis i en avdeling som er opprettet for formålet. Avdelingen kalles "Basen" og er plassert i nær tilknytning til resten av voksenopplæringscenteret. Her tilbys et skjermet miljø med undervisning i små grupper og med individuell oppfølging fra lærere som har tilleggskompetanse i psykisk helsearbeid. I tillegg benyttes helsepersonell ved behov. Basen organiseres som et tverrfaglig samarbeidsprosjekt, men under ledelse av KVO."

I den reviderte strategiplanen (2007) er det likeledes med et eget kapittel om opplæring for spesielt utsatte grupper, *deltakere med psykososiale problemer*:

"Stort frafall, høyt fravær og manglende språklig progresjon hos en del av deltakerne kan skyldes psykososiale problemer, som sorg, stress og traumatisering. Det er viktig at språklærere og ledere har kompetanse til å identifisere slike problemer. Denne kompetansen finnes ikke i den formelle lærerutdanningen, og det er behov for et ekstra kompetanseløft for lærere som underviser voksne flyktninger og innvandrere. (ibid:23)

I neste kapittel vil jeg gi en nærmere beskrivelse av hvem denne *spesielt utsatte gruppen* er, hva de kan slite med som ødelegger for den normale skolegangen, men også hva forskningen peker på som gode mestringsstrategier og helsefremmende.

## 3.0 Teori

Etter som jeg har analysert og beskjeftiget meg med empirien, har det vært utfordrende og spennende å se hvordan ulike teorier og perspektiver har kommet fram og som det er viktig å komme inn på i teorikapitlet for å klargjøre hva oppgaven dreier seg om. Derfor, i stedet for å gå i dybden på en bestemt teori, har jeg tatt et bevisst valg om å gi en kortfattet redegjørelse av noen av de mest aktuelle begrepene og teoriene.

For å ha en klar forståelse for hva jeg snakker om, og hvem, begynner jeg med å definere begrepet *flyktning*. Fordi oppgaven fokuserer på *traumatiserte* flyktninger, skriver jeg litt om traumer og presenterer kort hva som legges i diagnosen *post-traumatisk stressforstyrrelse*, *PTSD*, for å peke på hvordan traumer kan påvirke et menneske fysisk og psykisk, og hvilke konsekvenser disse symptomene kan ha for den traumatisertes liv og fungeringsevne, spesielt med henblikk på skoledagen og evnen til å lære.

Jeg presenterer også noen teorier om hva som fremmer traumemestring. Størsteparten av forskningen rundt traumeproblematikken henvender seg til helsepersonell og sosialarbeidere, men etter hvert er det også anerkjennelse for at tilrettelagt skoletilbud har positiv effekt i rehabiliteringsprosessen. Danmark har utviklet et undervisningsopplegg for voksne

traumatiserte flyktninger som de kaller *rehabiliterende pedagogikk* og som har status som et spesialpedagogisk tilbud med pedagoger spesielt utdannet for dette (UC2 og SYNERGAIA). Det er med utgangspunkt i den danske tenkemåten og egen erfaring at jeg betegner det å undervise *voksne traumatiserte flyktninger* som å jobbe i *gråsonen* mellom skole og helse, mellom det å drive undervisning og det å drive behandling.

Annet teoretisk bakgrunnsstoff som jeg vurderer som relevant for oppgaven er Juul og Høilunds analyser av *Anerkjennelse og Dømmekraft*. Anerkjennelse er et viktig begrep i min forforståelse, og kanskje den viktigste faktor i rehabiliterende pedagogikk. I tillegg kommer jeg så vidt innom den danske filosofen Løgstrups teori om *Den etiske fordring*. Under hele arbeidet har jeg hatt den franske filosofen Bourdieus teorier om *Habitus* liggende som et bakteppe for empirien, særlig i drøftingene om skolen og helsevesenets tradisjonelle syn på undervisning og behandling. Disse ulike teoriene har inspirert meg, og jeg har hatt dem i bakhodet som et perspektiv, men på grunn av oppgavens størrelse, behandler jeg dem svært forkortet. Jeg er klar over at jeg ikke på noen måte yter dem den rettferdighet de burde hatt.

### 3.1 Flyktninggruppen

Definisjonen av en *flyktning* er i følge FNs flyktningkonvensjon (1951):

”En flyktning er en person som befinner seg utenfor det land han er borger av på grunn av en velbegrunnede frykt for å bli forfulgt på grunn av rase, religion, nasjonalitet, medlemskap i en spesiell sosial gruppe eller på grunn av slik frykt, er uvillig til å påberope seg dette lands beskyttelse.” (Austveg, 1989)

Ordet flyktning betegner folk i alle aldre, med ulike personlige historier og ulik etnisk og kulturell bakgrunn. De har vanligvis følt seg truet eller i livsfare i lengre tid, har vært utsatt for systematisk krenkelse av menneskerettighetene, og utsatt for påkjenninger før og under flukten. Mange ville befinne seg i samme fare hvis de skulle vende tilbake. Den legale status til flyktningene varierer fra dem som har blitt statsborgere i det nye landet, til dem som oppholder seg der illegalt og lever i stadig frykt for å bli sendt tilbake (van der Veer, 1994).

#### 3.1.1 Tilstandsrapport

Jeg velger å presentere noen tall og fakta for å understreke berettigelsen av tilrettelagt undervisning, og hvilke utfordringer skolen står overfor.

I Norge har epidemiologiske studier ved Folkehelseinstituttet vist en forhøyet forekomst av psykiske vansker blant flyktninger. En flyktning har pr definisjon opplevd alvorlig traumatisk stress, og dette er kjent å bidra til vedvarende psykiske vansker som angstlidelser, depresjon og PTSD. Lite er imidlertid kjent om den psykiske helse til flyktningepopulasjonen i Norge som helhet. Vi vet ikke med sikkerhet hvor mange som har vært utsatt for alvorlige og behandlings-



trengende overgrep, selv om jeg i kapittel 2.1 refererte til estimert tortur prevalens på 29.5 % – 33.3 %. Samtidig indikerer rapporter fra spesialhelsetjenesten i psykisk helsevern en pågang fra flyktninger med psykiske vansker, men at språkbarrierer og kulturforskjeller kompliserer psykologisk behandling (Fosse & Dersyd, 2007).

En undersøkelse i Oslo viste at forekomsten av psykiske plager er over dobbelt så høy blant innvandrere fra middel- og lavinntektsland enn blant dem som kommer fra høyinntektsland og Norge. Funn i SSBs undersøkelse ”*Levekår blant innvandrere 2005/2006*” tyder på at forekomsten av psykiske helseproblemer er omtrent tre ganger høyere, med store forskjeller mellom gruppene, og mellom menn og kvinner. En studie av innleggelser i akuttpsykiatrien i Oslo viste at ikkevestlige innvandrere var sykere ved innleggelse, og at dobbelt så mange blir innlagt med tvang. Unge menn var overrepresenterte. Det antas å være et betydelig underforbruk av psykiatriske tjenester blant innvandrere (Spilker, Indseth & Aambø, 2009)

### 3.2 Traumer – traumatisert

Ordet *traume* er gresk og betyr sår, og dekker enhver form for følger etter en voldsom hendelse (Bie & Skadhauge, 2005), og med *traumatisering* mener vi ekstreme og smertelige belastninger mennesker utsettes for, og som på kortere eller lengre sikt kan føre til et delvis eller totalt sammenbrudd i menneskers vanlige tilpasningsevne til livet (Opjordsmoen, Vaglum & Bloch Thorsen, 2005). Et viktig kjennetegn ved slike opplevelser er den totale hjelpeløsheten overfor en overveldende makt eller kraft som fratår mennesket enhver følelse av kontroll, sammenheng og mening. Traumatiske opplevelser er uforutsigbare, og offeret utsettes for et enormt stress. Når et menneske traumatiseres, er det hele mennesket som påvirkes: kropp, følelser, tanker og relasjoner (ibid).

*Traumatiske minner* består av påtrengende skremmende situasjoner. Traumer blir aktivisert av påminnere i omgivelsene. Mennesket har nedarvede overlevelsesmekanismer. Det er en måte å håndtere ekstreme situasjoner på. Kroppen og sinnet er i alarmberedskap, klar for ”fight or flight”. Forskning viser at flyktninger skiller seg fra folk som har blitt traumatisert av naturkatastrofer. Prosessen med å komme over en menneskeskapt katastrofe er annerledes, siden offeret må forsone seg med at det var mennesker som sto bak lidelsen, og at myndighetene rettferdiggjorde forbrytelsen, samtidig som mange av deres landsmenn ikke protesterte. Dette representerer de vanskeligste opplevelsene, de som oftest etterlater spor i menneskesinnet (van der Veer, 1994; Opjordsmoen, Vaglum & Bloch Thorsen, 2005). En grunnleggende ettervirkning er opplevelsen av å bli overlatt til seg selv og sviktet (Dahl, Sveaass & Varvin,

2006). Det stilles spørsmål om slike hendelser faktisk kan skade hjernens fungering og det forskes mye på dette. Det kommer jeg tilbake til i kapittel 3.5.3.

Opplevelser og vold på slagmarken kan likeledes føre til alvorlige mentale problemer for soldatene det angår, både følelse av skyld for deltakelse i kamphandlinger, eller de kan føle seg hjemløst av blodige bilder fra slagmarken der de for eksempel så venner dø (van der Veer, 1994).

### 3.2.1 Tortur

Ordet *tortur* betegner vold mot individets fysiske og mentale integritet. Målet er å ydmyke offeret og ta fra ham selvtillit, identitetsfølelse, viljestyrke og motivasjon, og på den måten redusere ham til et handlingslammet og hjelpeløst vesen. Tortur finner sted i en situasjon hvor offeret er hjelpeløst og totalt overlatt sine torturister. Torturisten utmatt, desorienterer og fornedrer offeret, og skaper avhengighet og frykt. Det er velkjent at tortur ikke bare gir lidelse i det øyeblikk den utføres, men at den i årevis etterlater smertefulle fysiske og mentale spor (van der Veer, 1994).

I FNs definisjon av tortur inngår følgende fire elementer (Amnesty International Norge, 2006):

- At en person med hensikt utsettes for sterk fysisk eller psykisk smerte eller lidelse
- At formålet er å skaffe opplysninger/tilståelser, å straffe, å skremme/tru eller å tvinge til underkastelse
- At torturen utføres av eller på ordre fra en offentlig tjenestemann
- At det ikke dreier seg om smerte eller lidelse som skyldes lovlige straffeaksjoner

Ikke all tortur er bare fysisk vold, *psykisk tortur* kan i følge van der Veer(1994) defineres som etablering av situasjoner eller betingelser for å frambringe følelser som er vanskelige å mestre, som for eksempel å skape en situasjon hvor offeret føler dødsangst. Resultatet er at noen flyktninger bekymrer seg mye, enten om sin egen død eller slektningenes. Dødsangst kan selvfølgelig også oppstå i mange andre krigsrelaterte situasjoner, og van der Veer sier den kan opptre forkledd som fobisk atferd, for eksempel redsel for å måtte bruke offentlige transportmidler (ibid).

### 3.2.2. Seksuell vold

Et mål for terroren er å bryte ned motstand, Terrorrens metoder vil spille på menneskers psykologiske sårbarhet, det gjelder også den sårbarheten som er knyttet til mennesket som kvinne og mann (Opjordsmoen, Vaglum & Bloch Thorsen, 2005). Seksuell vold er naturligvis også en form for fysisk tortur, men de psykiske konsekvensene er minst like drastiske som de fysiske. Seksuell tortur følges ofte av trusler om at offerets seksuelle evner vil bli ødelagt for godt. Når det gjelder seksuelle overgrep er tallet høyest for kvinner, mer enn dobbelt så høyt som for menn (ibid).

Ritualisert seksuell voldtekt er en høyt forekommende torturmetode mot kvinner i mange land, og studier av ulike populasjoner av kvinnelige flyktninger indikerer at ca 20% har vært utsatt for dette (Fosse & Dersyd, 2007). Samme rapport henviser også til flere studier, blant annet fra Amnesty International, Center for Health and Gender Equality, hvor det sies at flyktninger har indikert en forekomst av organisert voldtekt for over 60 % av kvinner på flukt, ofte sammen med annen vold i situasjoner med isolering og fangenskap (ibid).

### 3.2.3 Terror

En annen type vold flyktninger rapporterer om, er det å bli utsatt for *terror*, som er en systematisk vold mot lokalsamfunn eller etniske grupper. Terror omfatter drap og bortføring av uskyldige sivile, og offentlig visning av døde og lemlestedede kropper for å skremme og advare. Noen er blitt avhengige av kjemiske substanser som de ble påtvunget av militærleger eller offiserer (Hanssen, 1996). Også slektninger til offeret, kan ha problemer med å mestre usikkerheten rundt det som skjer. Det kan være svært vanskelig for slektninger og venner å ikke vite hva som har hendt med den savnede personen, og de kan lide under skremmende fantasier om tortur og mishandling. I blant har de selv blitt offer for represalier (van der Veer, 1994).

### 3.3 Flukten

Fluktfasen kan ha to former:

- De som rakk å forberede flukten fordi de hadde muligheter til å forutse krisen og få med seg familie og eiendeler ut av hjemlandet
- De fleste flyktninger har vært tvunget til å flykte uten særlig forvarsel. Disse gjennomgår ofte de største påkjenningene og det mest akutte tap av familie og venner. Blant annet føler mange ansvar og skyldfølelse for de slektningene som døde under flukten, og for dem som ble igjen hjemme (Hanssen, 1996).

### 3.4 Immigrasjonsprosessen

Migrasjon betyr å bryte opp fra hjemlandet. En innvandrer er en utenlandsk statsborger som har flyttet til et annet land og tatt varig opphold der. Oppbruddet fører til at innvandrerens rammes av en rekke store sosiale, kulturelle og psykologiske tap. Slike tap, eller lengsler etter det tapte, kan føre til sterke sorgreaksjoner, og immigrasjonsprosessen kan derfor beskrives som et kriseforløp. Tidligere erfaringer og tillærte reaksjonsmønstre blir med ett utilstrekkelige for psykisk å mestre den aktuelle situasjonen (Hanssen 1996; Rack, 1986).

Immigrasjonsprosessens kriseforløp følger gjerne et visst mønster som kan beskrives på forskjellige måter. Jeg velger en skjematisk, forenklet måte som i følge Hanssen (1996) deles inn i tre faser:

- *Turistfasen* er den første tiden da alt er nytt og spennende, og hvor den som er flyktning føler lettelse for å ha kommet i sikkerhet
- *Sjokk - og reaksjonsfasen* kommer når immigranten skjønner at han eller hun skal leve sitt fremtidige liv i en fremmed verden. Kultursjokk kan defineres som en tilstand av forvirring og kulturell desorientering som følge av å befinne seg i en ukjent situasjon og hvor en mangler nødvendige kunnskaper for å samhandle med andre og fungere i dagliglivet. ”Det en tidligere anså som naturlig og selvfølgelig, blir av de ”innfødte” ansett som verdiløst, og kanskje til og med galt”(Hanssen 1996: 84). Etter først å ha vært følelsemessig nummen, kan vedkommende reagere med sterke følelser som angst, fortvilelse eller sinne. På dette stadiet kritiseres ofte vertslandet og alle dets innbyggere.
- *Bearbeiding og nyorienteringsfasen*. Immigranten begynner å møte problemene på en konstruktiv måte, slik at vedkommende kan finne seg til rette i den nye livssituasjonen.

Det er en psykisk påkjenning å arbeide seg gjennom immigrasjonsprosessen, og for noen fører det med seg tap av tilhørighet, opplevelse av tapt menneskeverd og selvaktelse. Undersøkelser viser at dette kan igjen føre til både fysisk og psykisk sykdom (Hanssen, 1996, Rack, 1986). Flyktningenes psykiske og sosiale problem kan ofte være langt alvorligere enn det andre innvandrere opplever, de har følt seg tvunget til å forlate hjemlandet eller blitt utvist, og har ikke andre innvandreres mulighet til å vende tilbake til hjemlandet dersom forholdene i eksillandet blir for vanskelige, dessuten har flyktningene vært gjennom et forstadium til immigrasjonsprosessen som kan kalles fluktfasen.

### 3.5 Reaksjoner på traumer

Traumene kan gi alvorlige og langvarige følgetilstander som påvirker følelseslivet og personligheten med svært plagsomme psykiske og kroppslige symptomer (Dahl et al, 2006; Rack, 1986). Imidlertid later det til å være forskjeller i hvordan de enkelte individer umiddelbart reagerer psykisk når store grupper mennesker opplever liknende traumatiske hendelser. Derfor kan en si at en traumatisk opplevelse har en spesifikk psykisk betydning for hvert individ. Denne betydningen avgjør om traumet fører til mentale problemer eller ikke (van der Veer 1994).

Noen av de vanligste reaksjonene vi møter i klasserommet er depresjon og angst.

*Depresjon* vises ved vedvarende tristhet, avflathet, håpløshet, ensomhetsfølelse, søvnevansker eller økt søvnbehov. I de alvorligste tilfeller orker vedkommende ikke å stå opp av senga og knapt nok spise. Mange har selvmordstanker.

*Angstsymptomer* kan gi seg utslag i hjertebank, hodesmerter, anspenhet, svimmelhet, skjelving og panikkanfall.

Ellers er det svært vanlig med *somatisering – fysiske symptomer*, som muskelspenninger, vont i magen, vondt i hodet ol. En vanlig reaksjon er også *tilpassningsforstyrrelser* som påvirker individets sosiale funksjonsnivå og yteevne. Dette ville ikke oppstått uten den belastende

situasjonen (Rack, 1986). Andre symptomer kan være: raskere trøtte og irritable, nervøsitet og anspenhet, påtrengende vonde minner, mareritt, bekymringer om små ting, redsler og fobier, problemer med venner og familie, håpløshet med tanke på fremtiden, og det som kalles *post-traumatisk stressforstyrrelse - PTSD*.

Hva som ligger i denne diagnosen beskriver jeg mer detaljert i neste kapittel.

### 3.5.1 Post-traumatisk stressforstyrrelse, (PTSD)

Psykososialt stress som følge av traumer kan i noen tilfeller overbelaste personen og resultere i en spesiell type lidelse, kalt post-traumatisk stressforstyrrelse, som er et komplekst samspill mellom psykososiale og biologiske faktorer. PTSD symptomer utløses ofte av triggere, dvs. ting og hendelser i omgivelsene, eller tanker og følelser som kan ha relasjon til hendelsene. Dette er en relativt ny diagnose som i 1980 ble opptatt i den amerikanske diagnoselisten under benevnelsen Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), og ble først brukt på soldater som hadde kjempet i Vietnamkrigen. Men symptomene har lenge vært gjenkjent, og opp igjennom tidene har tilstanden blitt betegnet som krigsnevrose, granatsjokk, voldtektstraume og traumatisk nevrose. PTSD er et symptomkompleks, et syndrom, og ikke en sykdom i tradisjonell forstand (Jørgensen & Mathiasen 1998; van der Veer, 1994).

Siden 80-tallet har det stadig pågått en utstrakt forskning på fagfeltet av ulike perspektiver på PTSD og traumer. Det biologiske perspektiv viser hvordan stress leder til fysisk sykdom, det psykologiske perspektiv ser på hvordan stress leder til psykisk sykdom og til emosjoner som sinne og hjelpeløshet. Videre forskes det mye i dag på hvordan stress leder til kognitive dysfunksjoner. Det sosiale perspektiv forsker på samfunnets og det sosiale nettverks betydning for stressmestring.

PTSD oppstår etter ekstreme, livstruende og overveldende opplevelser og situasjoner. Ikke alle som opplever traumatiske hendelser vil utvikle PTSD, men nyeste tall fra forskning ved blant annet universitetet i Bergen sier at 25 % – 30 % av mennesker som opplever psykiske traumer vil utvikle langvarige PTSD (Kanagavatnam, 2006).

Det vi vet av den foreliggende forskningen er at gjentatte og mer omfattende traumatiske hendelser vil gi et mer sammensatt symptom mønster, slik at det kan foreligge typiske symptomer på både angst og depresjon, samtidig som det foreligger PTSD (van der Veer 1994). Innen helsevesenet snakkes det om en kronisk og en akutt stresssituasjon. I blant viser symptomer på PTSD seg nesten umiddelbart, innen 6 måneder etter den traumatiske opplevelsen og kalles da akutt. Den akutte tilstanden varer 3 måneder eller mindre, den kroniske er over 3 måneder. Men hos noen dukker symptomene opp mye senere og betegnes da som *forsinket PTSD*. Det kan gå helt opp til 25 år før symptomene kommer. Dette kan skje når

en bestemt hendelse uventet konfronterer eller minner dem om det opprinnelige traumet. Det kan også forekomme i perioder med nedsatt motstandskraft eller opphopning av stressende hendelser (ibid).

I boken *Flukt og framtid* sies det at etableringen av diagnosen PTSD har vært et godt fremskritt fordi man med medisinsk/faglig autoritet bekrefter offentlig at noe virkelig feiler vedkommende. ”Akkurat som en landmine gir en skade av foten – setter torturens råskap eller krigens helvete ødeleggende spor i sinnet – en realitet som ikke må fornektes”(Sveaass & Hauff, 1999:95).

### 3.5.2 Hovedsymptomer ved PTSD

Symptomene kan settes i tre kategorier (van der Veer, 1994):

1) *Gjenopplevelse eller flashback* er påtrengende minner, særlig i innsovingsøyeblikket. Et plutselig flashback kan oppleves så skremmende og livaktig at personen gjenopplever hendelsen som om han skulle være der igjen. Kan utløses med lukt, lyd, lys eller andre ting som setter minnene i gang. Slike flashbacks kan opptre svært dramatisk, også for alle rundt, av og til kan det nesten virke som om vedkommende er psykotisk. Mareritt kan også oppleves så sterke at vedkommende gjenopplever traumet over og over igjen, og derved blir redd for å sovne.

2) *Unngåelsesatferd* gir seg uttrykk i at personen gjør alt for å unngå opplevelser, situasjoner, personer eller steder som minner om traumet og derved aktiviserer angsten. Alt dette kan føre til en rekke tvangslignende atferdmønstre, og at vedkommende distanserer seg for andre mennesker og mister interessen for andre. Det kan også være tankeunngåelse. Vedkommende kan da ha vanskeligheter med å huske, og mister følelsesregisteret, opplever en slags flathet, avstumpethet.

3) *Hyperaktivering* er et alarmberedskap der sentralnervesystemet er i beredskap, så en hele tiden er ”på vakt”. Kroppen er motivert til fight eller flight, kobler ut det unødvendige og inn det nødvendige. Skvettenhet kan også gjøre personen veldig urolig, og kan i enkelte tilfeller minne om ADHD. Personen har økt alarmberedskap, stress og spenningsøkning, og lavere impuls kontroll fordi man må forsvare seg. Kan komme opp i uønskede og farlige situasjoner. Også økt irritabilitet fordi man trigger en fiendtlighet, og blir skeptisk til andre. Særlig personer som har blitt utsatt for tortur, blir svært mistenksom mot alle og ikke stoler på noen. Og har en blitt angitt av noen en kjente, blir en veldig på vakt og paranoid.

*På vakt – følelsen* gir seg ikke med tiden. Sitter igjen med 1000 ”vondter”. Muskelspenninger, hodepine, ekstrem tretthet osv. er normale reaksjoner av å hele tiden være i alarmberedskap. Det at følelsesmessige vansker uttrykkes gjennom kroppslige (somatiske) plager, kalles *somatisering*.

Det kan også forekomme noe som kalles *dissosiasjon* som er måter å stenge av på, følelsene tar ”time out”, en måte å skille de smertefulle følelsene fra seg selv. Opplevelsen blir fragmentert, dette er en normal mestringsmekanisme i traumatisk situasjon (Rack, 1986).

### 3.5.3 Kognitive funksjoner ved PTSD

Jeg vil særlig nevne at forskning har vist at alvorlig traumatisering kan gi organiske og funksjonelle forstyrrelser i hjernen. Jeg mener det er viktig for lærere å være klar over at traumatisk stress kan påvirke og eventuelt skade hjernen i forhold til elevenes læringsevne. Det er blant annet vist at hippocampus, som er viktig for hukommelsen, kan ha mindre volum enn normalt og forandringene kan blant annet føre til vanskeligheter med kognitive funksjoner som persepsjon

og oppmerksomhet. Dette kan også gjøre det vanskelig å orientere seg (Dahl, Sveaass & Varvin, 2006).

Den kognitive svikten har i mindre grad vært i fokus enn de klassiske symptomer ved PTSD, men i de senere år har forskning blitt trappet opp, både internasjonalt og nasjonalt. En forskergruppe ved Universitetet i Bergen, for eksempel, har vært opptatt av hukommelsesendringer etter krigsrelaterte traumer blant flyktninger. Begrepet ”hjernerstress” brukes for å beskrive den direkte påvirkningen av stresshormoner på hjernen. Forskning viser at personer med PTSD har en uvanlig utskillelse av stresshormonet cortisol, og langvarig påvirkning av dette hormonet sannsynliggjør endringer i de områder i hjernen som har med læring og hukommelse å gjøre. Forskning viser tilsvarende svikt i de sentra i hjernen som styrer oppmerksomhet og konsentrasjon. Blant andre har Kanagaratnam (2006), i sin doktoravhandling funnet at 25 % – 30 % av mennesker som opplever psykiske traumer vil utvikle langvarige PTSD, som igjen har sammenheng med kognitive forstyrrelser i form av nedsatt fleksibilitet, endringer i konsentrasjonsevne og hukommelsesfunksjoner. Samtidig er forekomst av depressive reaksjoner også viktige faktorer for nedsatt kognitiv fungering.

Likeledes pågår det undersøkelser i komparative studier av helsepåvirkning, forandringer i hjernen, biokjemiske og genetiske kjennetegn mellom offer for enkle og multiple traumer i flere avdelinger ved Institutt for Psykiatri, Universitetet i Oslo og fra The Norwegian Center for Violence and Traumatic Stress Studies (NKVTS), samt behandling og rehabilitering av traumatiserte flyktninger. Funn skal publiseres høsten 2011 (Prosjekt NKVTS).

I neste kapittel vil jeg snu fokus fra å se på hvilke skadelig effekt traumer har på mennesker, til å fokusere på hvilke mestringsstrategier mennesker selv kan besitte, faser i rehabiliteringen og hvilke helsefremmende effekt skolen kan ha.

### 3.6 Helse – rehabilitering

I følge WHO definisjon er *helse* ”en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velbefinnende, og ikke bare fravær av sykdom og svakhet”. Opplevelsen av helse/uhelse er nær koblet til individets opplevelse av å kunne agere og å kunne påvirke sin egen situasjon. Derfor vil uhelse føles som subjektiv opplevd nedsettelse av den fysiske og/eller psykiske fungering, dvs. at personen fungerer så dårlig at det påvirker livsfungeringen og livskvaliteten for øvrig, uansett om man ”objektivt sett” er syk eller frisk. Omgivelsenes og personens egen reaksjon på egen helsesituasjon spiller en stor rolle (Nationell samsyn kring hälsa och första tiden i Sverige, 2004).

*Rehabilitering* er utledet av latin *habilis* ”dyktig” og betyr: gi tilbake tidligere verdighet, sette i funksjonsdyktig stand igjen (Bokmålsordboka, 1986).

*Rehabilitering* brukes som en generell betegnelse for samordnet medisinske, sosiale og yrkesrettede handlinger som leder til å hjelpe mennesker med funksjonsnedsettelse å gjenvinne beste mulige funksjonsnivå, for å kunne leve ett så normalt liv med så god livskvalitet som mulig (Nasjonell samsyn kring hälsa och första tiden i Sverige, 2004).

### 3.6.1 Traumemestring og helende prosesser.

Når en snakker om traumemestring og helende prosesser, er det flere begreper som brukes. Jeg velger ut noen som blir nevnt i oppgaven, og gir en svært kort, nærmest leksikal redegjørelse for hva som legges i uttrykkene.

### 3.6.2. Resiliens

Det engelske ordet *resiliens* betyr både å gjenopprette original form etter en fysisk belastning, og den menneskelige evnen til bedring (Oxford Combined Dictionary, 1993). Å gjenopprette sin psykologiske fungering innebærer at man finner tilbake til sin vante atferd etter å ha opplevd en akutt alvorlig risikosituasjon (Borge, 2003). Graden av motstandskraft, resiliens, utgjør *en* av variasjonene i menneskers reaksjoner på belastninger og risiko. Sammenfattende kan motstandsdyktigheten hos en person romme tre viktige forhold ifølge Aamodt (2005:38) :

- At vedkommende har tillit til egen fungering kognitivt og sosialt
- At vedkommende har evne til å overskue og forutsi situasjoner
- At vedkommende har tilstrekkelig støtte fra omgivelsene.

### 3.6.3 Salutogenese

Den israelske medisinsosialogen Aaron Antonovsky forsket på resiliens blant overlevende fra de tyske konsentrasjonsleirene under andre verdenskrig. I 1979 utformet han begrepet *salutogenese* som læren om hva som er betingelser for å styrke eller opprettholde sunnhet, i betydning effektiv tilpasning (Sveaass & Hauff, 1997). Antonovsky understreker at følelsen av meningsfullhet og opplevelsen av sammenheng i livet er helt avgjørende for at vi skal greie oss. Han utledet begrepet *sense of coherence – opplevelse av sammenheng*. For å kunne oppnå dette må vi kunne forstå situasjonen, ha tro på at vi kan finne fram til løsninger og se at det vi gjør er meningsfullt. Derved får vi større tiltro til egne muligheter og økt mestringsgrad, som igjen kan påvirke selvbildet og bidra til en større indre trygghet og større tro på egne handlings- og valgmuligheter (Antonovsky, 2000).



Nær opp til sense of coherence refererer Aamodt til begrepet *locus of control* som innebærer en relativ vedvarende *følelse av å ha kontroll* over eget liv eller tiltro til egne evner. ”Med andre ord er det av betydning i hvilken grad en person føler han kan påvirke livet sitt og omgivelsene sine eller ikke” (Aamodt, 2005:37).

### 3.6.4 Reminisens

*Reminisens* er utledet fra det latinske ordet for å huske; uklart minne, erindring fra fortiden (Bokmålsordboka, 1986). I denne sammenheng betyr det at man forholder seg til fortiden, husker inntrykk og opplevelser og forteller dem til andre, for å hentet ressursene derfra, for så å forene fortid og nåtid i en avklaring og planlegging av framtiden (Hummelvoll, Nordby & Sundmoen 1990).

Den traumatiserte flyktningen har altså bruk for å bli sett som et helt menneske, som før den traumatiske hendelsen levde et normalt liv med familie, venner, arbeid og interesser. Dette er viktig fordi traumatisering ofte medfører at flyktningen ser seg selv og tilværelsen for øvrig som fullstendig forandret etterpå. ”For noen kan det vekke mye sorg og nederlag å snakke om hvem man var, fordi personen opplever seg så forandret” (Dahl, Sveaass & Varvin, 2006:26). Mye av flyktningens oppmerksomhet er rettet mot de traumatiske begivenhetene, og hvilken virkning de har på livet hans i dag. Hovedproblemet for traumatiserte er ofte at de blir fastlåst i et negativt følelse- og tankemønster. Derfor er det viktig at flyktningen møter interesse for de ressurser han har hatt, og som han fremdeles har. At han selv klarer å få tak i dem igjen og gjenfinne troen på egne ressurser (Bie & Skadhauge, 2005). Dette er også helt i tråd med det vi legger i begrepet empowerment.

### 3.6.5. Empowerment

*Empowerment* er utledet fra det engelske *empower* og betyr bemyndige, sette i stand til (Engelsk ordbok, 2004). Empowermentbegrepet ble utviklet i 1970 årene, og oversettes ofte med ”myndiggjørelse”, men det er vanskelig å finne en god norsk oversettelse. Den psykososiale hjelpen må derfor innebære at de voksne er aktive deltakere i sin egen gjenskapelsesprosess som kompetente personer, mer enn at de blir passive mottakere av ytelser og tiltak. Aamodt (2006) retter oppmerksomheten på gjensidigheten mellom hjelper og klient, hvor klienten må få større innflytelse og kontroll over eget liv for at myndiggjøringen skal lykkes. Dette representerer en viktig motreaksjon mot den utstrakte eksperttenkningen. Barbro Bakker sier at i vårt behandlingssamfunn risikerer vi å gjøre mer skade enn nytte hvis vi ikke

har fokus på at det enkelte mennesket selv må finne kraft til å løse problemene sine (Ahlberg, Aambø & Gihle, 2007).

### 3.6.6 Psykoedukasjon

Psykoedukasjon betyr undervisning i sykdom og symptomer med henblikk på mestring av uønskede reaksjoner og symptomer. Psykoedukasjon bygger på forståelse av at å øke kunnskap og selvinnsikt øker ressurser, vilje til selvbestemmelse og ansvar for eget liv, og at å utveksle erfaringer medvirker til avmytifisering, allmenngjøring og mellommenneskelig forståelse. Derved kan psykoedukasjon hjelpe til å gi bedre forutsetninger til å forstå, sette ord på og håndtere egne følelser og reaksjoner i hverdagslige situasjoner (Bie & Skadhauge, 2005).

### 3.7 Rehabiliterende pedagogikk

Rehabiliterende pedagogikk er et dansk begrep. I perioden 2002-2005 gjennomførte Integrationsministeriet i Danmark et utviklingsprosjekt ”*Styrket indsats i undervisningen af traumatiserede flygtninge og indvandrere*”, under ledelse av *Videncenter for tosprogethed og interkulturalitet- UC2* ([www.uc2.dk](http://www.uc2.dk)). Fem språksentre deltok, og det overordnede spørsmålet var: ”Kan en tilpasset sprogundervisning styrke traumatiseredes andetsprogstilegnelse og integrationsproces? På hvilken måte skal den almindelige sprogundervisning tilpasses?” Formålet var ikke å overflødiggjøre annen behandling, som er absolutt nødvendig for noen, men å sette tilpasset språkundervisning på dagsordenen som et supplement, eller et nytt tilbud for traumatiserte elever. I forordet til temaheftet ”*Undervisning af traumatiserede flygtninge og indvandrere – Dansk som andetsprog med et rehabiliterende perspektiv*” (Bie & Skadhauge 2005), som oppsummerer og videreformidler noen av erfaringene, sies det at overalt var det en særlig utfordring å etablere og skape rammer omkring *et tverrfaglig samarbeide* om løsningen av oppgaven. Et av de store spørsmålene var også: ”Hvordan håndterer sagsbehandlere og sprog lærere den problemstilling, at mange traume- og torturoverlevende absolutt ikke ønsker at få en diagnose, fordi det kan være forbundet med tabu og betyde stigmatisering – også i familien?” (ibid). På grunn av begrenset plass i oppgaven, velger jeg kun å gi en kortfattet innføring i noen av de viktigste perspektivene i dette spesialpedagogiske tilbudet, men ikke gå inn i selve det pedagogiske verktøyet.

#### 3.7.1 Perspektiver i rehabiliterende pedagogikk

I den traumatiserte flyktingens møte med skolehverdagen, er det spesielt tre faktorer som spiller inn, kulturelle faktorer, traumatisering og situasjonen i eksil. I tillegg kan en fokusere på

selve flukthistorien (Opjordsmoen, Vaglum & Bloch Thoresen, 2005). Rehabiliterende pedagogikk understreker likeledes at elevene bringer med seg til undervisningen hele sin identitet i form av erfaringer, minner og visjoner for fremtiden. Det er en pedagogisk utfordring å gi elevenes identitet plass i undervisningen, fordi deres situasjon skal kunne rommes, og behovene deres tilgodeses i prosessen med å tilegne seg språket: ”Udfordringen for sprog-lærere er, at undervisningen, foruden andetsprogstilegnelse, også skal indeholde støtte til kursisten i at kunne mestre og forandre sin livssituation(...)At skabe mening er et fundamentalt dannelsesaspekt” (Bie & Skadhauge 2005:78-79). Opplegget bygger blant annet på den danske spesialpedagog Søren Langager, som identifiserer tre undervisningsdynamikker som har stor betydning for spesialundervisningen med sinnslidende, og som også er relevant for traumatiserte, og helt i tråd med salutogenese – og empowerment tenkningen:

- ”Undervisning kan give livsopmuntring, sådan at kursisten bedre kan klare sig (coping)
- Undervisning kan støtte livsmestring, sådan at kursisten bedre kan klare udfordringer i hverdagen (challenging)
- Undervisning kan styrke livsforandring, sådan at kursisten bruger og udvikler sine kompetencer (changing)” (ibid:80)

I følge tenkningen i *rehabiliterende pedagogikk* er undervisningen ikke behandling i psykologisk betydning, og lærerne skal ikke stille diagnoser eller gi terapi. Men det er viktig at de har en grunnleggende kunnskap om PTSD og rehabilitering. De bygger også på den britiske psykiateren Judith Hermans (2001) forskning om traumatologi og rehabilitering, der hun peker på tre faser som en normalt må gå gjennom i en rehabiliteringsprosess:

- Etablering av et stabilt, sikkert og trygt sted
- Tid til å huske, erkjenne og sørge
- Gjenetablering av forbindelse til hverdagslivet

Dersom disse tre fasene kan knyttes til oppgaver og aktiviteter i klasserommet, kan språk-undervisningen støtte opp under denne rehabiliteringen (Bie & Skadhauge, 2005; Kleivan & Skadhauge, 2002).

I rehabiliteringen handler altså tredje fase om å etablere forbindelser til hverdagslivet, noe som for elevene vil si å skape et helt annet hverdagsliv enn det de hadde i sitt eget hjemland. Tid til å huske, erkjenne og sørge kan det også jobbes med i undervisningen, uten at dette er terapi, fordi temaene i lærebøkene omhandler familien, hus og hjem, jobb og utdanning, helse og sykdom. Mange elever har vært velfungerende i hjemlandet, så det ligger ofte ressurser i fortiden, både før, under og etter hendelsene, som kan trekkes fram, dette som kalles *reminisens*. Denne undervisningen har et identitetsmessig og eksistensielt element i seg, fordi elevens liv kan tas inn i språkundervisningen, og dermed støtte opp om rehabiliteringsprosessen (ibid). Bak de pedagogiske overveielser og aktiviteter ligger det en forståelse av at traumatisk svekkelse kan være en skade for livstid, og at det beste man kan gjøre er å gi

mestringsstrategier til å leve med skaden. På den andre siden ligger det også en tro på at der kan finnes mening, ressurser og etableres en slags forandring, ved sammen med andre å snakke om opplevelser som ligger både forut for og etter de traumatiserte hendelsene, og bygge bro over før og nå (ibid).

”Helplessness and isolation are the core experiences of psychological trauma. Empowerment and reconnection are the core experiences of recovery” (Herman, 2001:97)

I undervisningen fokuserer man ikke på de traumatiske hendelsene, men dersom eleven selv ønsker å fortelle, er lærerens rolle å lytte, støtte, anerkjenne og eventuelt hjelpe eleven til videre behandling. Å være med å gjenoppbygge selvrespekten, kan læreren altså gjøre med blant annet å ta seg tid til å lytte når eleven ønsker å samtale, og vise positiv interesse. Mange er veldig sårbar overfor det de oppfatter som avvisning (Bie & Skadhauge, 2005; Kleivan & Skadhauge, 2002). Mange flyktninger er preget av usikkerhet i relasjonen til andre mennesker og til forholdet til omgivelsene generelt. Likeledes kan det også være vanskelig å forstå sine egne plutselige eller voldsomme reaksjoner. Skolen er et sted der de kommer daglig, hvor de kan få en fornemmelse av trygghet, forutsigelighet og stabilitet. Det er lærerens oppgave å gjøre klasserommet til et trygt og sikkert sted, der støy og plutselige avbrytelser er minimert, og der de stort sett forholder seg til de samme personene hele tiden (ibid).

Også SYNERGAIA Rehabilitering ([www.synergai.dk](http://www.synergai.dk)) driver språkskoler og har vært med på å utvikle prinsippene for rehabiliterende undervisning i Danmark. Et av de viktigste mål for SYNERGAIA er at den enkelte flyktning forstår og erkjenner at det er et sunnhetsstegn når kropp og sjel reagerer på voldsomme opplevelser. Og de mener at selve denne erkjennelsen, at det er naturlig at det forekommer kriser og senreaksjoner, bidrar til at en helingsprosess kan begynne (Kleivan & Skadhauge, 2002). Dette er samme tenkemåte som nevnes under psykoedukasjon.

### 3.8 Anerkjennelse

Laila Aamodt har forsket på sosialklienter, men hennes funn er overførbare til også å kunne gjelde for traumatiserte flyktninger. Hun sier om anerkjennelse at det er et viktig nøkkelbegrep som kan bidra til å øke forståelsen av hvorfor det er viktig å møte elever på en måte som tar hensyn til den enkelte, dvs. at hver av oss er forskjellige, samtidig som vi må se at alle er mennesker på linje med andre, og derfor har krav på å bli forstått ut fra dette (Aamodt, 2005). De samme funn omtaler de danske sosionomene Høilund og Juul(2005). De sier at anerkjennelse er et av de mest elementære fordringene til sosialt arbeid som må innfris hvis arbeidet skal kunne få et godt forløp. De er inspirert av den seneste utvikling innenfor kritisk teori i Tyskland, og først og fremst av Axel Honneth, Habermas’ etterfølger ved universitetet i Frankfurt.

Svært kort fortalt har Honneth formulert en teori om anerkjennelse som den universelle betingelsen for at et menneske kan utvikle en vellykket identitet, og det han kaller *menneskelig oppblomstring*. Dette er en prosess der personen ut fra sin egen selvforståelse utvikler en identitet som bygger på selvtillit, selvaktelse og selvverd. Å anerkjenne en person krever at en ser personen som et individ med en unik personlighet, og Høiland og Juell (2005) sier at den etiske kjernen i sosialt arbeid bør understøtte det enkelte menneskets mulighet til så langt som mulig å kunne forfølge sin egen visjon om et godt liv, og gi anerkjennelse av de verdier den enkelte tilskriver seg selv. Sosialt arbeid handler derfor ikke bare om å skape anstendige materielle livsvilkår, men først og fremst om å bidra til at alle får en sjanse til å virkeliggjøre seg selv. Det er derfor betydelig risiko for at arbeidet mislykkes dersom personen blant annet ikke opplever å bli sett, gjenkjent, som den personen vedkommende selv mener å være. Dessverre er situasjonen ofte slik at andre mener å vite hvem personen er, og hva som er best for ham. Derved blir det mange feilslåtte aktiviteter, fordi forvaltningen ikke bygger aktivitetene på innsikt i personens identitet og selvoppfattelse (ibid).

### 3.9 Den etiske fordring

Den danske teologen og filosofen K. E. Løgstrup sier at ” *man har den andres liv i sine hender*” (Svare, 2006:104). Løgstrups etiske teori går ut på at mennesker lever i et avhengighetsforhold til hverandre. Denne avhengigheten kommer av at når vi kommuniserer med hverandre, utleverer vi noe av oss selv til den andre, og hvordan dette blir mottatt vil ha betydning for den enkeltes liv. Det handler om at jeg her og nå, i det konkrete møtet med deg, kan velge hvordan jeg vil forholde meg. Hva jeg vil gi deg gjennom min måte å være på, og hvordan jeg velger, er med på å gjøre livet ditt til det det er, og kanskje også hva det skal bli. ”Derfor er det en uuttalt, en så og si anonym fordring til å ta vare på det livet som tilliten legger i våre hender”(ibid:105). I følge *den etiske fordring* går maktovergrepet ut på at vi avviser fordringen om å ta vare på det av den andres liv. Avvisningen av fordringen kan ha utgangspunkt i at man ikke har respekt for den andres livsforståelse og individualitet, og forsøker å påtvinge andre vår egen.

### 3.10 Habitus

Franskmannen Pierre Bourdieu var på 1990-tallet verdens mest siterte sosiolog og hans verk er svært omfattende (Lundstøl, 1906). For Bourdieu var det et anliggende å studere de betingelsene som menneskenes livsstil, levesett, interesser, smak og behag er blitt til under. Vi snakker her om sosial posisjon og karriere (Aamodt 2005). Sentralt i Bourdieus faglige perspektiv, og som i følge Lundstøl kanskje står som den viktigste arven etter ham, sto etter

hvert tankene hans om praktisk fornuft og praktisk kunnskap. Nøkkelbegrep i Bourdieus teorier er *kapital*-, *felt*- og *habitus*begrepene. I denne oppgaven er det *habitusbegrepene* som er av interesse.

Habitus, er i følge Bourdieu, et system av disposisjoner som resultat av sosialisering og læring. Disse setter seg i kroppen som ”huskelapper” som tar til seg de maktforholdene de gjennomlever, og ”skriver dem inn” som smak, interesser, vaner, holdninger, væremåter og mentale skjemaer, og tillater personen, ut fra et begrenset antall prinsipper, å generere de måter å oppfatte, tenke, vurdere og handle på som kreves i bestemte sosiale situasjoner (Lundstøl, 06). Gjennom utallige situasjoner fra vår tidligste barndom sammen med familie, klassevenner, lærere osv. formes vår habitus, som igjen utstyres oss med vår praktiske sans, ifølge Bourdieu. Dette innebærer at hvordan vi til enhver tid handler i en praktisk situasjon, avhenger av vår habitus; det vil si våre *tillærte* og *tilvante* handlemåter og tolkningsmønstre. ”Å handle intuitivt og spontant fordrer en praktisk sans, som er den sosiale sansen som leder oss lenge før vi skjønner hva vi konkret må gjøre, eller hvordan objektene vi må forholde oss til, ser ut” (Aamodt, 2005:71). Vi bærer med andre ord på et system av disposisjoner som gjør at vi umiddelbart tar i bruk handlingsformer som er tilpasset de bestemte sosiale sammenhengene vi befinner oss i. Bourdieu mente at kulturen som det enkelte mennesket levde i, var bestemmende for hvilke valg dette mennesket gjorde (ibid).

Men å ha en bestemt habitus innebærer ikke en deterministisk skjebnebestemt livsvei, understreker Bourdieu, og sier at nødvendigheten tvinger fram en smak for det nødvendige, og at dette innebærer en form for tilpassning til det nødvendige; vi tilpasser oss det uunngåelige, det vi må. En av Bourdieus observasjoner er likevel at menneskers disposisjoner ofte forandres langsommere enn de sosiale betingelser som har gitt opphav til dem (Lundstøl, 1906).

## 4.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for valg av metode, og hvordan empirien ble samlet inn og analysert. Jeg har valgt bare å diskutere metodologiske forhold som er relevante i forhold til denne oppgaven.

Den opprinnelige greske betydning av ordet *metode* er ”*Et veivalg som fører til målet*” (Kvale, 2008:20) og i følge Malterud (2003) er det tema og problemstilling som skal bestemme hva som er den mest relevante veien til kunnskap om emnet. I denne oppgaven hvor jeg beveger meg i det jeg definerer som en gråson mellom skole og helse i undervisningen av voksne traumatiserte flyktninger, mener jeg at den mest relevante veien å gå for å innhente den

kunnskapen jeg søker er å undersøke hva noen utvalgte grupper, som selv står i denne gråsonen, tenker rundt problemstillingene.

#### 4.1 Metodevalg: Kvalitativ metode.

Det naturlige veivalget for å synliggjøre informantenes erfaringer og meninger, var *kvalitativ metode*, da den har som mål å innhente ny kunnskap, samt å kunne se et fenomen fra flere ulike posisjoner, eller i henhold til ulike virkelighetsforståelser (Aase & Fossåskaret, 2007).

Jeg samlet inn data fra fire fokusgruppeintervjuer ved semistrukturerte intervju spørsmål.

Åpne intervjuer og refleksjoner bygger på fenomenologisk tilnærming (Kvale, 2008), der idealet er å lytte på en fordomsfri måte, og å la de intervjuede fritt beskrive sine egne erfaringer.

Samtidig benytter jeg en hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikk er en filosofisk retning i læren om teksttolkning, og som er relevant i forhold til det kvalitative forskningsintervjuet (Kvale, 2008). Ved hermeneutisk tolkning forstår vi at mennesket er et historisk individ, som er tilstede i verden, formet av fordommer og preget av tradisjoner og det levde liv. Fordommer utgjør vår forforståelse på godt og vondt i den forstand at vi alltid fortolker det vi ikke kjenner eller forstår, ut fra det vi kjenner. Denne forforståelsen utgjør en forståelseshorisont, som revideres hver gang vi får en ny forståelse av noe (Nerheim, 1995). Ofte beskrives fortolkningsprosessen som en hermeneutisk sirkel eller spiral, som innebærer at jeg hele tiden går fram og tilbake mellom tolkning av del og helhet, og dermed har muligheten til stadige omtolkninger etter som jeg får større innsikt (Kvale, 2008). Den hermeneutiske tilnærmingen betyr at mine forutantakelser har stor betydning, både ved valg av tema, utarbeiding av intervjuguidene, og delvis også måten materialet tolkes på, på samme måte som for de intervjuedes svar. Det betyr at jeg innehar en tolkende lytting til det mangfoldet av betydninger som ligger i det de intervjuede sier og reflekterer over i fokusgruppene (ibid).

Kvale sier at postmodernistiske strømninger påvirker kvalitativ forskning, ”Som en følge av postmoderne perspektiv på kunnskapskonstruksjon, er at intervjuet er en samtale hvor data oppstår i den mellommenneskelige relasjonen. Samtalen er da intervjuerens og intervjupersonens felles produkt”(Kvale, 2008:98). Alle fokusgruppene er lokalt forankret, og særlig lærerne og programrådgiverne forholder seg til lokale forhold. Likevel mener jeg de kan formidle innsikt og kunnskap av prinsipiell karakter og ut over det rent lokale.

## 4.2 Fokusgruppeintervju

Mitt første metodevalg var dybdeintervjuer med et utvalg av lærere og helsearbeidere som jobber med flyktninger. Men jeg kom snart fram til at dette ville bli for smalt og at jeg måtte ha ganske mange informanter dersom jeg skulle få nok bredde i synspunktene. Derfor utvidet jeg med to andre kategorier som jeg også anså som relevante, nemlig representanter fra flyktningekontoret, og for å skape bedre balanse ønsket jeg en stemme fra flyktningene selv. Forholdsvis tidlig i prosessen ble det imidlertid klart for meg at fokusgruppeintervju ville være bedre egnet til å gi meg de innspill jeg var ute etter, enn å intervju informantene en og en, og som Repstad sier: ”Skal man ha en oversikt over harmløse faktiske forhold, kan det være effektivt og tidsbesparende” (Repstad, 2007:99).

## 4.3 Begrunnelse for valg av metode

Jeg var ikke primært interessert i å undersøke hva den enkelte representanten mente, men heller hva som kan være tendensen i de ulike faggruppene, og om det som kommer fram er basert på de ulike profesjonsgruppers fellesverdier og fagforståelse. Kreuger & Casey (2009), som utførlig omtaler bruken av fokusgrupper, påpeker at gruppedynamikken bør bidra til at deltakerne får mulighet til å utdype og klargjøre sitt syn på saken som diskuteres, og at eventuelle uenigheter i gruppen kan føre til at det blir en fyldigere beskrivelse og klarere begrunnelse for de ulike standpunkt, noe som var helt i tråd med det jeg søkte. Et viktig siktemål med fokusgruppeintervjuer er å skape dialog, for ved å bryne synspunkter mot hverandre, oppstår det ofte både ny erkjennelse og læring. Ved å bruke fokusgrupper med forskjellig faglig tilknytning og erfaring, ønsket jeg å tydeliggjøre viktigheten av forståelse og samarbeid på tvers av etatene, som igjen er viktig for å forstå hvordan ting virker i praksis. Jeg håper å være med på å skape en faglig debatt på hvordan skole, helse og flyktningkontor kan samarbeide bedre.

## 4.4 Valg av informanter

Studiens tema og problemstilling ga naturlige føringer for hvem jeg ønsket å rekruttere, og at jeg fant det hensiktsmessig å ha fire ulike grupper fra ulike etater som jobber med flyktninger, og som har kjennskap til denne spesielle elevgruppen. Gruppene besto i utgangspunktet av 6 representanter fra lærerne, 6 representanter fra helsevesenet, 5 representanter fra flyktningstjenesten, og 5 representanter fra flyktningene selv, uten at de sistnevnte spesifikt tilhører min kategori som traumatiserte, men de har alle selv deltatt i norskopplæring og jobber i dag med flyktninger.



Da jeg skulle velge deltakere til de ulike gruppene, var den største utfordringen å bestemme meg for hvem av lærerne jeg skulle invitere til å delta, siden dette er mine kollegaer. Jeg vurderte utvelgelsen nøye, og kom fram til flere kriterier. Jeg mente det kunne bli feil dersom jeg inviterte dem jeg allerede hadde drøftet oppgaven mye med, de ville i for stor grad kunne være påvirket av min forforståelse. Jeg ville heller ikke at dette skulle være noen ”vennetjeneste”. Jeg forsøkte å velge informanter fra ulike nivåer og avdelinger på skolen, for å få bredest mulig erfaringsbakgrunn. Jeg ønsket også spredning i alder, og hvor lenge de har jobbet på skolen.

Fra flyktningkontoret kontaktet jeg programrådgiverne, som har ukentlig kontortid på skolen, og som kjenner forholdene godt. Når det gjaldt de to andre gruppene, helse og flyktninger, fikk jeg litt tips fra deltakerne selv. I ”helsegruppa” var både 1. og 2.linje -tjenesten representert. Omtrent alle jeg ba om å være med sa umiddelbart ja, og ga uttrykk for at dette var et veldig spennende og aktuelt prosjekt. Det inspirerte meg å møte så mye positiv velvilje. Jeg gledet meg til gruppesamlingene, og var nysgjerrig på hva som måtte dukke opp i samtalens løp. Jeg håpet på noen helt nye tanker for meg. Samtidig var jeg spent og urolig for om jeg ville få nok data til å bygge forskningen på, om fokusgruppeintervjuene ville fungere som jeg håpet.

#### 4.4.1 Ethiske refleksjoner rundt utvelgelse av fokusgrupper

De forskningsetiske vurderingene i forhold til kollegaene mine er allerede nevnt.

Det største etiske dilemmaet gjaldt i forhold til traumatiserte flyktninger, i hvilken grad disse skulle representeres. Etter mange overveielser valgte jeg å *ikke intervju de traumatiserte flyktingene selv*, altså mine nåværende eller tidligere elever, fordi jeg ikke ønsket å komme i dobbeltrollen som lærer og forsker. Et av mine viktigste mål er å skape trygghet og tillit i forhold til elevene, og jeg ønsket ikke å skape tvil om min rolle. Dessuten ville kanskje noen av elevene jeg står i nær relasjon til forsøke å svare slik de trodde jeg ønsket at de skulle.

Et annet viktig moment er at mennesker som har vært utsatt for tortur ofte er svært vare for alt som kan likne på forhør, noe som vil kunne aktivisere ubehagelige minner hos enkelte, i verste fall fremkalle et flashback. Enkelte av elevene har også så dårlige språkferdigheter at det ville være nødvendig å bruke tolk, med de komplikasjoner det medfører.

Et etisk dilemma er også elevenes forhold til begrepet ”psykiske problemer”. De fleste elever på Basen kommer fra kulturer der dette er et sterkt belastet begrep, nærmest tabu, derfor unngår vi betegnelser som *traumatiserte* og *psykiske problemer*. Å synliggjøre sårbarhet kan innebære smerte i seg selv.

## 4.5 Intervjudelen

Datainnsamlingen ved fokusgruppeintervjuene foregikk ved at deltakerne samtaler med hverandre rundt et bestemt tema og forskningsspørsmål gitt av meg som forskeren. Det er viktig å oppfordre deltakerne til å snakke med og til hverandre, og å fremme en gruppedynamikk hvor alle de ulike medlemmene får slippe til. ”I et vellykket gruppeintervju kan forskeren trekke seg tilbake til en ordstyrerrolle og bivåne en tilnærmet naturlig samtalesituasjon” (Repstad 2007: 99). For at jeg kunne konsentrere meg om samtalen og lede den dit jeg ville, benyttet jeg en medhjelper som observerte og tok notater. Dette var også en sikkerhet i tilfelle noe hadde gått galt med opptaket, eller noen stemmer var vanskelige å høre. Medhjelper var underlagt taushetsplikt.

### 4.5.1 Oppbygging av intervjuguider

For å sikre at jeg kom inn på de spørsmålene jeg ønsket å få belyst, hadde jeg utarbeidet intervjuguider og fulgte disse i den grad det var tjenelig (vedlegg 5-8). Det var vanskelig å lage gode spørsmål. Siden jeg hadde fire ulike grupper, var spørsmålene noe forskjellige for å tilpasses de ulike gruppene. Samtidig ønsket jeg å ha spørsmålene så like som mulig for kunne holde gruppene opp mot hverandre og sammenlikne svarene til de ulike ”etatene”. Representanter fra *skole og helse* reflekterte over hvordan de forsto sin egen og den andres profesjon med henblikk på de aktuelle forskningsspørsmålene, mens *flyktningtjenesten* så problemene litt fra sidelinjen, spesielt i forhold til funksjonen som rådgivere i introduksjonsprogrammet.

Størst utfordringer var det med flyktninggruppen fordi det var stor sprik innen gruppen hva både kultur og erfaring angikk. Også språkferdighetene varierte noe, selv om alle lå på et høyt nivå.

Det var enklere i så måte med de tre andre gruppene, der alle informantene var etniske norske. Jeg tok med et spesifikt spørsmål om hvorvidt kulturelle forhold kunne tenkes å hindre flyktninger i å søke hjelp for psykiske problemer fra helsevesenet. Grunnen var at jeg ville danne meg et bilde av i hvor stor grad helsevesenet klarer å fange opp dem som trenger hjelp, da dette også kan gi en pekepinn på hvor mange som kan gå rundt med symptomtrykk uten å få hjelp, mange av disse som jeg tenker vi treffer på skolen. Spørsmålene jeg stilte om samarbeid mellom skole, helse og flyktningtjeneste er også en pekepinn på viktigheten av nettverkssamarbeidet rundt eleven.

På forhånd prøvde jeg ut intervjuguidene på to av mine kollegaer. Denne type pilotøvelse er alltid nyttig. Jeg fikk luket bort formuleringer som var uklare, vi reflekterte sammen rundt

emnet, og jeg fikk innspill om nye vinklinger. Jeg jobbet ganske mye med intervjuguidene, selv om intervjuet skulle være semistrukturert og jeg skulle være mest mulig ”tilbakelenet” ordstyrer. Ulike metodikerne anbefaler ulikt, men jeg valgte å følge Kreuger & Caseys (2009) anbefaling om å skrive ned spørsmålene ordrett.

#### 4.5.2 Gjennomføring av intervju

Det ble en stor utfordring i et par av gruppene å finne et tidspunkt hvor alle kunne samles. Programrådgiverne var lette, de organiserte seg selv og kunne legge det innenfor arbeidstiden. Det kunne også lærergruppen delvis gjøre. Alle fokusgruppeintervjuene fant sted på slutten- eller etter arbeidstid. Dette kan være en vanskelig tid, for de fleste er slitne. Derfor ble det servert te, kaffe og kaldt vann, og småsnakket litt før vi gikk i gang. Det viste seg imidlertid at alle straks ble ivrige og revet med i samtalen, uten å tenke på tiden. Jeg avsluttet alle gruppene etter ca 1½ time, uten pause. Noen var så ivrige at de var vanskelig å stoppe, og ga uttrykk for at dette hadde vært lærerikt og noe de godt kunne gjøre oftere.

Alle gruppene unntatt helse, møttes på skolen. Vi fant et rolig sted hvor vi kunne sitte uforstyrret. Helsegruppen møttes av praktiske grunner utenfor skolen.

Kreuger & Casey (2009) understreker at det er viktig at temaet for samtalen blir godt introdusert og at hensikten med denne intervjuformen blir klarlagt på forhånd. Så før jeg startet båndopptakeren, refererte jeg til introduksjonsbrevet og samtykkeerklæringen alle hadde fått tilsendt og signert (vedlegg 3-4), og gjentok kort hva oppgaven gikk ut på. Jeg forklarte i tillegg at samtalerne ble tatt opp på bånd som skulle makuleres når oppgaven var ferdig, og jeg introduserte medhjelperen min og hans funksjon. Jeg oppfordret alle til å delta i samtalen, ikke snakke i munnen på hverandre, og snakke til hverandre. Jeg forklarte at jeg skulle delta som ordstyrer, uten å styre selve diskusjonen, de skulle snakke fritt til hverandre som de ville gjort det rundt et bord i matpausen. Vi satt nokså tett sammen i en halvsirkel rundt bordet med mikrofonen midt foran oss, så alle stemmene skulle høres like godt.

Kreuger & Casey (2009) sier at dersom hensikten med intervjuet er å forstå deltakernes tenkning på deres premisser, kan ordstyrer velge en løs struktur. Er hensikten derimot å få svar på mer spesifikke spørsmål, vil forskerens interesse i større grad dominere gjennom spørsmål og styring av innholdsdiskusjonen. Dette hadde jeg tenkt gjennom på forhånd da jeg laget intervjuguidene, og det ble vurdert underveis, både i forhold til om jeg fikk fyldige nok data på temaet, eller om refleksjonene tok en interessant vending som jeg ikke hadde tenkt på forhånd og som det var verdt å forfølge. I et par av gruppene sporet samtalen av fra temaet så jeg måtte få den tilbake på sporet, og i alle grupper dreiet samtalen slik at rekkefølgen av spørsmålene ble

stokket om, derfor var det en hjelp for meg å sitte med guiden foran meg og hukke av allerede besvarte spørsmål, samt sjekke at ikke noe viktig ble utelatt. Medhjelperen min, som satt litt vekk fra oss andre, satt også med guiden foran seg for å lettere gjøre notater. Jeg så nå fordelene med å ha formulert spørsmålene nokså ordrett i guiden.

#### 4.6 Kritikk av metoden.

Der er en klar svakhet i utvelgelsen, og jeg var på forhånd klar over risikoen for at den ville være for ensrettet og smal i og med at jeg er en del av det samme systemet som deltakerne i fokusgruppene. Forholdet mellom noen av oss blir muligens vél tett og kan påvirke svarene. Det faktum at jeg jobber i Basen kan for eksempel ha forstyrret noe, samt at de fleste kjenner til mitt engasjement og forforståelse. Dette er muligens grunnen til at alle gruppene trekker inn Basen som eksempel, for da jeg laget intervjuguiden var jeg nøye med å være nøytral, og la opp til diskusjon ut fra et generelt grunnlag. Denne oppgaven er ikke ment å skulle være noen evaluering av det spesifikke arbeidet vi gjør i Basen. Jeg tror kanskje deltakerne valgte å bruke eksempler fra Basen fordi da visste alle hva det var snakk om, og det var lettere å være konkret. Det jeg i ettertid ser som en annen svakhet, er at gruppen fra flyktningekontoret ble for ensartet sammensatt, jeg nok hatt informanter fra flere av avdelingene, i stedet for bare å konsentrere meg om rådgiverne for introduksjonsprogrammet. Men når det er sagt, fikk jeg mye god informasjon og refleksjoner fra gruppen, og alle har bred arbeidserfaring gjennom en årrekke innenfor systemet, og kjenner det godt.

I ettertid ser jeg også et jeg burde hatt mange flere representanter fra flyktninggruppen. De viste seg å være en viktig stemme. De hadde egen erfaring og kunne uttale seg fra et brukerperspektiv, som en motvekt mot de gruppene som representerte ”hjelperne”. Jeg forutså ikke hvor interessant og verdifullt dette perspektivet var. Jeg vurderte etter det ene intervjuet å kalle sammen til enda en gruppe som representerte flyktningene, men avsto på grunn av den knappe tidsrammen for oppgaven.

Svarene flyktningene ga var selvfølgelig veldig personavhengig, og alle hadde ulik bakgrunn og erfaring, likevel kunne jeg se klare fellestrekk i det de mente, særlig mellom de tre som var reelle flyktninger. Derfor vurderer jeg svarene som relevante og valide i denne sammenheng. Jeg reflekterte også over om den positive responsen de ga til lærerne og skolen kunne være påvirket at de kjente meg som lærer. Men den tanken avviste jeg raskt, dette er voksne, reflekterte og selvstendige personer som kom fram med sine erfaringer og meninger.

Gruppestørrelsen generelt var muligens i minste laget fordi en blir sårbar for frafall, og ved et par anledninger ble det en vanskelig overveielse om vi skulle utsette eller følge opplegget.

Dette er et dilemma i forhold til dem som kan komme fordi de har ryddet plass til dette møtet i en travel hverdag, dessuten følte jeg meg stresset av min egen stramme framdriftsplan.

#### 4.7 Gjennomføring av analyse

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke den analysestrategien som Malterud (2003) kaller *systematisk tekstkondensering*. Jeg bruker den *tverrgående* analysen som sammenfatter informasjon fra mange forskjellige informanter. Denne metoden egner seg for utvikling av beskrivelser, som er adekvat for min analyse.

I valg av analysestrategi tar en også hensyn til hvor styrende den teoretiske referanserammen har vært. I denne oppgaven har tema og empiri vært avgjørende for valg av teori. Jeg forsøker å sette egen forutforståelse til side og være mest mulig lojal mot informantens erfaringer og meningsinnhold, uten å legge egne tolkninger som fasit.

Jeg har fulgt strategien Malterud (2003) betegner som datastyrt analyse, *editing analysis style*, og som består i at jeg forsøkte å identifiserer enheter i teksten som dannet grunnlag for utvikling av databaserte kategorier. Kategoriene hjalp meg til å reorganisere teksten slik at meningsinnholdet kom tydeligere fram. Hvert intervju gjøres til gjenstand for en hermeneutisk innholdsanalyse i fire trinn som består i 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsbærende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, og 4) å sammenfatte betydningen av dette (Malterud 2003:100). Under hele analyseprosessen gikk jeg stadig fram og tilbake mellom helheten og delene. De mest adekvate meningsdannende enhetene jeg kom fram til var:

- Behandling
- Helsefremmende
- Kunnskap
- For syk
- Kultur
- Lærerrollen
- Samarbeid

#### 4.8 Reliabilitet og validitet

På samme måte som analysen er et kontinuum gjennom hele prosjektet, forsøker man å holde reliabilitets- og validitetskontroller gjennom hele forskningsprosessen, for å sikre pålitelige og gyldige data. En studie er valid, når den undersøker det den er ment å skulle undersøke (Kvale, 2008), og det er reliabilitet om studien kan gjentas og gi samme resultat, altså at det er intersubjektivitet. Det siste gjelder særlig i kvantitativ metode.

Å bruke fokusgrupper for innsamling av de data jeg var ute etter mener jeg var et riktig valg, og gjennomføringen var god. Etter min vurdering kom alle gruppene inn på de spørsmålene som var relevante i forhold til tema, problemstilling og forskningsspørsmål. Alle informantene var engasjerte, hadde god dialog seg i mellom der alle kom til orde. De ga inntrykk av at de snakket åpent og ærlig. De klarte stort sett å ta ordet etter tur uten å snakke i munnen på hverandre, noe som var viktig for å sikre god kvalitet på opptakene og transkripsjonen. Et par ganger stilte jeg oppklarende spørsmål for å bekrefte at jeg hadde forstått rett, noe som i følge Kvale (2008) er viktig, og fullt legitimt å gjøre.

Ved transkriberingen stilles det krav om gyldig overføring fra muntlig til skriftlig form (Kvale 2008). Jeg transkriberte ordrett det som ble sagt, og markerte pauser, nøling ol. I tillegg konferte jeg medhjelperen min ved et par anledninger der opptaket var noe uklart.

I analysekapittelet redegjør jeg for analysestrategien og vurderer den som valid. Jeg har forsøkt å vise den veien jeg har fulgt, for at leserne skal kunne ha muligheter for å forstå de kategoriene, tolkningene og slutningene jeg har kommet fram til. Intersubjektivitet, reliabilitet på prosessnivå, er en viktig betingelse for forståelse (Malterud 2003). Dette behøver ikke å bety at leseren selv ville valgt samme vei, for målet er ikke enighet, men innsikt og forståelse.

Prinsippet ved analysen er å være mest mulig rettferdig, ikke overtolke, men rapportere kunnskap som er så sikker som mulig, være seg bevisst sin egen påvirkning ut fra sin forutinntatthet (Aase & Fossåskaret, 2007).

I analyse- og tolkningsprosessen har jeg strevd for å være så nøytral og objektiv som mulig og gjort et ærlig forsøk på å gå inn i oppgaven med et åpent sinn, og etterstrebet å være tydelig og ha distanse som utøver og forsker. Jeg er klar over farene ved å være så direkte personlig involvert som jeg er i denne oppgaven. Jeg velger å si at jeg i mange år vært *uformell "forsker på egen arbeidsplass"*, og *drevet en form for feltundersøkelse, uten å vitenskapeliggjøre dette*, fordi jeg hele tiden har jobbet med bevissthet om hva jeg gjort, hatt god faglig dialog med både kollegaer og nettverket rundt eleven, samt aktivt observert elevenes framgang og utvikling, både faglig og menneskelig. Dette innebærer at jeg kjenner "feltet og kulturen" godt og er klar over at jeg har en sterk forforståelse av problemstillingen, det er del av min habitus og påvirker min dømmekraft. Jeg er meg bevisst faren for å påvirke oppgaven.

Det som til syvende og sist avgjør gyldigheten av kunnskapen, er om noen kan bruke den til noe. Min ambisjon er å kaste lys inn i gråsonen jeg mener lærerne befinner seg i når de underviser voksne traumatiserte flyktninger, og at funnene vil føre til dypere innsikt og erkjennelse av utfordringene, og få noen praktiske konsekvenser for tilretteleggelse av individuellbasert undervisning.

## 4.9 Forskningsetiske overveielser

Etikk har i stor grad med mellommenneskelige relasjoner å gjøre, at jeg arbeider i samsvar med allmenne normer som gjelder for å omgås mennesker på en ordentlig måte, med vanlig folkeskikk, respekt og omtanke. Det spesielle ved forskning kan være asymmetrien i forholdet forsker /informant, men i mitt tilfelle vurderer jeg det som at vi alle opplevde oss som likemenn.

Tre etiske regler som gjelder for forskning på mennesker er det informerte samtykke, konfidensialitet og konsekvenser. I praksis betydde dette at jeg etter første kontakt med deltakeren, sendte et informasjonsskriv hvor jeg redegjorde for oppgavens tema og problemstillinger, og sendte med en samtykkeerklæring som deltakerne signerte og leverte meg ved intervjuets start. Etiske forskrifter krever at informantene kan trekke seg på ethvert tidspunkt, uten at forskeren har krav på å vite grunnen, dette ble nevnt i samtykkeerklæringen. Det er strenge krav til anonymitet, det skal ikke være mulig å gjenkjenne intervjupersonene. Jeg bruker konsekvent 3. person. Data jeg har samlet inn eies bare for et begrenset tidsrom, og lydbånd og transkripsjoner slettes ved forsøkets slutt. Jeg kan dessuten ikke kjenne meg fri til å bruke materialet på annen måte enn det som var meningen ut fra premissene for samtykket (Aase & Fossåskaret, 2007).

Når det gjelder konsekvenser, ligger etikken også i rettsvernet til folk. De som deltar i prosjektet skal ikke påføres noen skade, og det er en forskningsetisk utfordring at de involverte i ett og alt skal kjenne seg vel med tone og formuleringer. Det er også forskerens ansvar å reflektere over det en kan forutse av uventede konsekvenser av studien og publiseringen med hensyn til dem det gjelder (ibid). I denne oppgaven kan jeg ikke se at noen skulle kunne være skadelidende.

Det er også et forskningsetisk prinsipp at prosjektet har en nytteverdi. I mitt tilfelle ønsker jeg å få en dialog mellom skolefolk og helsevesen om felles forståelse og samarbeid i rehabiliteringsprosessen til voksne traumatiserte flyktninger, som tidligere nevnt.

Siden denne oppgaven er innenfor Psykisk helsearbeid, og for å være på den sikre side i forhold til helseforskningsloven, kontaktet jeg REK, og fikk bekreftet at jeg ikke behøvde godkjenning. Dessuten er prosjektet registrert og godtatt hos Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NDS) (vedlegg 1-2).

## 5.0 Beskrivelser, refleksjoner og analyse.

I dette kapitlet går jeg gjennom de fire fokusgruppeintervjuene, ett for ett. Etter en kort introduksjon i forkant av hver av gruppene, skriver jeg et relativt omfattende sammendrag av

hvert intervju. Sammendraget er ikke ordnet etter kronologien i samtalen, men jeg har valgt å ordne stoffet etter de kategoriene jeg kom fram til da jeg i analysefasen identifiserte de meningsbærende enhetene. Kategoriene varierer litt mellom gruppene fordi jeg ønsket å undersøke spesifikke ting i ulike grupper, og stilte derfor litt ulike spørsmål. Samtidig som jeg lar hvert intervju tale for seg, kommer jeg med egner refleksjoner underveis. Refleksjonene kommer også til uttrykk i den måten jeg har kategorisert materialet på. I refleksjonene trekker jeg inn ting som har kommet fram i ulike grupper, og gjør derfor en slags sammenligning på tvers av gruppene. Derved foregriper jeg med overlegg stoffet i forhold til leserne, men dette er den autentiske prosessen jeg jobbet ut fra, siden jeg kjente stoffet fra intervjusituasjonen og transkriberingen og noterte tanker og refleksjoner underveis som jeg jobbet med materialet. Kvale (2008) sier at analysestadiet er ikke et isolert stadium, men gjennomsyrrer hele intervjuundersøkelsen, og ideelt sett bør tolkningsfasen være overstått når intervjuet er over. De funn jeg har gjort henger sammen med de refleksjonene jeg gjorde i bearbeidelsen av datamaterialet. Jeg velger denne fremgangsmåten fordi jeg har et stort intervjumateriale og liten sideplass. Jeg har foretatt en nødvendig meningsfortsettelse av empirien. Fordi jeg ønsker at leserne skal høre de ulike stemmene, og få et bedre utgangspunkt for å følge meg i mine analyser og drøftinger, lar jeg bevisst informantene komme en del til orde. Sitatene er delvis omskrevet til normal bokmål, men lagt så nær opp til talemåten som mulig. Alle informantene omtales i hunkjønn. Jeg har gjort noen uthevelser av ord i teksten for å markere enkelte ord deltakerne selv markerte med trykk på stemmen.

## 5.1 Lærergruppen

Det første fokusgruppeintervjuet besto av 6 lærere. Samtalen og refleksjonene fløt lett, jeg satt for det meste tilbaketil og bare avbrøt hver gang jeg ledet samtalen over til et annet spørsmål. Det var veldig interessant å merke gruppedynamikken, hvordan den hermeneutiske forståelsessirkelen gjorde at de stadig vendte tilbake til tidligere uttalelser, justerte seg etter hverandre, utdypet eller korrigerter etter hvert som de fikk større innsikt og erkjennelse. Jeg merket samme tendens i de andre gruppene også, men ikke like uttalt.

### *Behandling*

Lærerne var først usikre på hva som lå i begrepet *behandling*, dette hadde de aldri lært noe om, ”det er en annen profesjon, en psykolog har et annet fokus, har spesielle kunnskaper”. De mente det dreide seg om ”Å gå ned i dypet, bearbeide traumene”. En av lærerne mente at ”de har ulike *mål*, de som *behandler* traumatiserte flyktninger, og *vi* som driver med undervisning.



Vårt mål er at de skal lære å *snakke norsk* og klare seg i samfunnet, og sykehuset er at de *skal bli friskere*”.

Jeg tenker umiddelbart at det overordnede målet for *alle* som jobber med flyktningen er det samme: hjelpe vedkommende til å fungere best mulig på alle måter i det nye landet, derfor mener jeg det er litt kunstig å lage dette skillet. Jeg tolker det som uttrykk for tradisjonell rolletenkning, habitus. Flyktninggruppen selv mente derimot at det var ”veldig vanskelig å sette klare og strenge grenser mellom undervisning og behandling. Lærerne mente at helsepersonellet forteller hva behandlingen skal være, og lager et opplegg, ”ikke vi som pedagoger, ellers blir det for mye sammenblanding av profesjoner”. Hvis elevene ikke klarer å komme tilbake til normalklassen igjen, ”skal de kanskje ha en type behandling som ikke er definert under skolen”. En lærer pekte imidlertid på at når hun tar i mot en ny deltaker, kommer personen ”med hele livet sitt til oss, *med hele seg*, og hvis vi skal klare å få til en god undervisning, så må vi *ta imot* det, vi må *høre* på det de forteller og få den *tilliten* som er nødvendig for å få en god læring, og det er tilfeldigvis *god traumebehandling*”, men understreket at skolen skulle ha hovedfokus på språket, ”men vi er også klar over at det vi gjør i språkopplæringa kan hjelpe traumatiserte folk”.

Lærerne var bevisst skolens helsefremmende effekt, også fordi eleven har tillit til læreren. Dilemmaet ligger i at fordi elevene kommer med hele livet sitt, kan det være ting som hemmer fungeringsevnen og som blokkerer for å ta til seg lærdom. En annen tilføyde at ”*tilfeldigvis* har det også vist seg at det har god *terapeutisk* effekt å komme ut”, om ikke for annet som for å treffe andre landsmenn, få et sosialt miljø, bli møtt, sett og lyttet til, i stedet for å sitte hjemme, ”iallfall for dem som er alene”, og elevene sier selv at det er skolen som er den beste terapien, ”når de sitter hjemme er tankene der hele tiden, når de kommer på skolen, da glemmer de”. En annen sa: ”I de 3 timene på skolen kan tankene få fri”.

Dette gjelder også for dem som er svært traumatiserte, aktivitetene på skolen kan gi vonde tanker litt ”time out”. At skolen blir et slags fristed, at her tenker en på- og gjør andre ting, var alle enige i, selv om hovedfokus skulle være språket. Derfor er det ekstra viktig med en realistisk tilrettelegging slik at de både vil, og klarer å komme. Videre ble også fast holdepunkt og faste strukturer trukket fram som god terapi. De bemerket, med litt latter, at det var interessant at de brukte uttrykket ”terapi”, som gir assosiasjoner til behandling og helse.

Her utvides behandlingsbegrepet til terapi. Hva som er behandling og hva som er helsefremmende går hånd i hånd når en definerer behandling vidt. Det er ordet ”behandle” som er vanskelig. Det sa også programrådgiverne, de likte ikke dette ordet, det er ”noe sykt i det”. Mens helsegruppen sa at en ikke må gjøre det mer mystisk enn det er - ikke henge seg så opp i den snevre definisjonen.

### *Helsefremmende/ Gråsoner*

En i gruppen mente at gråsonen er Basen, som er et alternativ mellom å *bare* gå til psykolog eller *bare* gå på skolen, ”og det tenker jeg må være ideelt for akkurat disse”, for i klassen

hadde ikke læreren mulighet til å følge opp *hver* gang eleven kom for seint, eller uteble. ”Det er mye lettere hvis han er på Basen der en kan ta kontakt med *en* gang”.

Her kommer en av deltakerne inn på det jeg kaller *gråsonen*, altså mellom behandling og skole, der disse griper inn i hverandre, Det samme sa flyktningene. Alle gruppene ga uttrykk for at det *er* noe der.

Det var litt skepsis fra noen i gruppen til en-til-en undervisning som praktiseres i Basen, de mente det er i grenseland: ”dere skal også ha fokus på læring - kan fort bli for nært - må balanserer hårfint”. Samtidig visste de ikke om noe alternativ når Basen ikke kan ha dem; ”står det en behandler som gir dem noe annet, eller sitter de alene hjemme og venter? Bare de aller tyngste følges opp av behandlingsapparatet, de går til psykologen, så går de til ingen!”

Var altså i tvil om helsevesenet klarer å fange opp dem som trenger det, eller om det er et *tomrom* mellom skoletilbud og helsetilbud, der det *ikke* er noe tilbud. Det forundret meg at noen kunne trekke i tvil læringseffekten av en-til-en undervisning. For engstelige og urolige elever kan dette være helt nødvendig i tryggingprosessen.

Læreren som uttrykket usikkerhet om hva en drev på med i Basen, hvor grenselandet mellom læring og terapi var, sa imidlertid at ”Basen er en del av vårt undervisningsopplegg som gjør at det er en lavere terskel for å ta inn folk”.

Dette er et viktig moment, og som jeg ser det, gjør denne ”lave terskelen” det mulig for skolen å tilrettelegge for lovens krav om å gjennomføre 300 timer norsk og samfunnsfag for å få bosettingstillatelse, som er veldig viktig for de menneskene det gjelder. Mange som ville falt i kategorien ”for dårlig ” for undervisning, klarer nå likevel å oppfylle dette kravet, på egne premisser. Det tar kanskje noe lenger tid enn normalt, men gevinsten er like stor for alle.

Lærerne var enige i at tilrettelegging kan være en utfordring i en vanlig klasse ”vi kan på en måte ikke sette alle spillereglene ut”, men tilføyde: ”Men vi må vite at det er *det* vi gjør”. En av lærerne tok opp igjen *gråsonemetaforen* som området mellom psykolog og undervisning, og sa det var noe hun alltid hadde syntes hadde vært vanskelig: ”Jeg vet egentlig ikke *alternativet*. Når *vi* ikke kan ha de, hvilket alternativ har de da? Står det en behandler der som kan ta imot de, og følge de opp daglig, eller blir de sittende hjemme og vente i 3 måneder på en behandler de må snakke med, med tolk? Da blir det kanskje et litt sånn samvittighetsspørsmål, vi kan si dette er ikke undervisning, de må gå til psykiatrien, og så vet vi at de går til *ikke noe*. *Angår* dette oss, eller *angår* dette oss ikke?”

Her peker hun, med stort engasjement i stemmen, på skolens dilemma, og lærernes frustrasjon og samvittighetsspørsmål, slik jeg tolker henne, om hvilke ”valg” hun skal ta for eleven. For hvilke andre alternativ har han utenfor skolen? Hun stiller et åpent spørsmål, som ved måten hun sa det på nærmest ble en appell: *angår* det oss eller ikke, hvilket tilbud, og derved hvilken hjelp eleven får? Er det mulig for henne, ikke bare som lærer, men som medmenneske å stille seg likegyldig til et menneske hun, ifølge den etiske fordring, ”holder i sine hender”? Det samme dilemmaet ga programrådgiverne uttrykk for.

”Så er problemet at han kanskje fungerer, men i en klasse der det sitter andre som også har vibrasjoner, der skaker han opp så mye at de andre óg blir dårlige”. Lærerne ga uttrykk for at det også var belastende og krevende for dem å ha en slik elev som var ”helt bortreist, ikke tilstede”, og som det var liten vits å flytte til en annen vanlig klasse. Da var det ”en avlastning for alle på et sted som Basen”.- ”De som ikke kan konsentrere seg, de klarer rett og slett ikke å følge med så langt som bort til der læreren står og snakker til så mange. Det å kunne komme til Basen å ha full fokus, det er topp. Har hatt mange her, sett at dette er løsningen”.

Lærerne var uforbeholdent positive til at det fins et tilrettelagt tilbud, og syntes det også lettet deres egen situasjon.

En annen god effekt av et tilrettelagt tilbud, særlig for ungdommene på skolen, er at de kan trene på å få rutiner på å komme hver dag. Etter å ha øvd på dette noen uker, klarer de å komme tilbake til klassen. Én av lærerne sa at eleven hadde fått ”det lille hvileskjæret og fått system på ting”, og ”den gode tilleggsbonusen har vært at de har følt at de har mestret noen ting”. En av lærerne hadde lært at traumatisering kunne forveksles med *giddeløshet*. ”Det er skummelt at det kan forveksles”, for det var lett å bli irritert, spesielt på de unge ”uten forpliktelser hjemme”.

*Mestring* var et sentralt ord for lærergruppen. Det står for læring, for vekst og utvikling, og er et viktig helsefremmende moment i rehabiliteringsprosessen. Alle gruppene trakk fram dette. Derfor tenker jeg det er viktig å legge lista så lav at *alle* kan oppleve mestring. Jeg merket jeg reagerte på utsagnet: ”Ikke forpliktelser hjemme”, for det kan være så mange andre ting de sliter med, slik flyktningsgruppen var inne på, og derfor oppfordret lærerne til å spørre direkte om hva som er i veien. Viktig for læreren å vite at det som arter seg som *giddeløshet* kan være noe ganske annet.

Én av lærerne mente at en kunne trekke læringsbegrepet langt, for læring handler jo om mestring, ”at du opplever mestringsfølelse er veldig god terapi, og hvis det handler om å greie å møte opp 3 ganger i uka *her* (Basen), hvis *det* er din første oppgave, er det kanskje nok læring for den personen - altså, vi er i *grenseland* her til terapi – men hvis *det* er måten, hvis han greier det i 3 uker, så kan du kanskje begynne å jobbe med norsk, *en* av de 3 timene han kommer”.

Dette viser innsikt, anerkjennelse og aksept. Jeg tolker det også som et eksempel på hvordan den hermeneutisk sirkel har virket, for ved stadig å komme tilbake til utgangspunktet med den nye kunnskapen og erkjennelsen en får når en bryner synspunkter opp mot hverandre, vokste ny innsikt fram. Læreren har fått en erkjennelse om at dette er i et *grenseland*. Men har man erkjennelse om *det*, og faglig kunnskap og trygghet om at en gjør det rette, kan der ligge mye god rehabilitering i klasserommet. Læreren viser også her aksept for at eleven trenger tid.

Lærerne var enige om at det var viktig med lavterskeltilbud ”for at ikke folk skal vippe helt ut, eller når vi skal prøve å få dem inn”. Dessuten var erfaringen at flyktningsjenesten er overarbeidet og har alt for liten kapasitet, så de antok at behandlingsapparatet bare fanget opp de aller tyngste.

Jeg tolker denne uttalelsen dit hen at det faktisk *er* ganske mange elever som sliter i perioder, flere enn helsevesenet har kapasitet til å hjelpe, heller ikke helsepersonellet

motsa dette. Dette er, som jeg ser det, med på å bekrefte hvor viktig rolle skolen spiller for å unngå at noen vipper ut, eller kanskje aldri får begynt.

### *Lærerrollen*

Alle var samstemte i at de var bevisste på sin *rolle som lærer*: ” Dette er vår profesjon, det er det vi kan”, og på spørsmål om hvorvidt de var bundet av en nedarvet tradisjonell lærerrolle, sa de først nokså klart ”ja”. Men så kom de tilbake til ”gråsoneproblematikken”, og da ble det større usikkerhet om hva undervisning *er*. ”En lærer kan være så mye. Prøve å ta inn det som hjelper eleven mest”. Én var ganske klar: ”Jeg legger inn det pedagogiske. Skal vite hva jeg gjør og hvorfor, ut fra et pedagogisk synspunkt”.

Her kommer naturlig nok habitus inn, det skurrer nok litt å blande lærerprofesjonen med det en tradisjonelt tilegger helse, men ved nærmere ettertanke: ”En lærer kan være så mye”.

”*Vi skal drive med opplæring*, selvfølgelig kan vi ha folk her fordi det er terapi bare å komme her, men vi skal bruke de kriteriene vi har, *vi skal faktisk lære noe her*”. Hun mente at hvis noen her gått her lenge og det ikke er læring, må skolen vurdere om det er undervisning som er det viktige, eller om det er andre ting som må gjøres, ”settes på permisjon, få litt orden på livet utenfor skolen”.

Her kommer vedkommende inn på dilemmaet når skolens krav overgår det eleven klarer å følge opp. Men helsegruppen var ganske klar på at det som oftest ikke var noe løsning å sette vedkommende på permisjon, men i samarbeid med skolen og eleven finne et tilbud tilpasset elevens yteevne. Å ”legge seg til hjemme” forverret bare situasjonen. Flyktninggruppen mente akkurat det samme, de fryktet isolasjonen. Dette er heller ikke den måten de tradisjonelt ordner problemene på i hjemlandet, der har de et sosialt nettverk som støtter opp, men som mange mangler når de kommer til Norge.

Flyktninggruppen beklaget at skolen ofte var for snar med å ”kaste ut”.

”Det er undervisningen og utviklingen som skal være i fokus, det tenker jeg er veldig viktig i skole, og så har det heldigvis noe terapeutisk ved seg. Men den dagen vi som skole bare driver og reparerer som psykiatrien skal gjøre, da tenker jeg vi gått over en grense for hva en skole skal være”. Vedkommende var veldig klar på at dersom eleven det gjelder ikke *vet* om han går til samtale eller til skole, dersom eleven tenkte at han bare skulle gå for å prate, da er det kanskje ”en klokke som ringer, da er vi kommet for langt!”. Så hvis elevens syn på at ”der han er *ikke* er skole, da tenker jeg at vi er utenfor der vi skal være”. Én av lærerne kom tilbake til gråsonemetaforen og mente at det det handler om i gråsonen, er at de ikke *forblir* der, ”da har vi bomma, for de må komme videre, når det ikke kommer noe mer enn at de greier å komme hit (Basen), da blir det det samme som at det ikke fungerer”, og mente likeledes at skolen skulle være tydelig overfor elevene på at ”Jeg lar være å snakke om vanskelighetene dine”, fordi hun mente at ”elevene har klare forventninger om hva som er skole”.

Denne oppfatningen av hva de mener elevene forventer avviker fra det flyktingene selv sa. Jeg ble overrasket over den romslige tolkningen flyktingene hadde for hva de legger i behandling og hvilken rolle de tillegger skolen og lærerne. ”Gått over en grense for *hva* skolen skal være”, dette tolker jeg som et typisk uttrykk for habitus. For hva er skole, finnes det et enkelt svar på det? Hva er skole i Afrika eller i Bangladesh? Hva er skole for voksne flyktninger, for *hvem er* elevene? Dersom skolen har fått elever som avviker fra ”det normale” må kanskje også skolen måtte ta noen unormale grep. Som jeg ser det, er det også en alt for snever oppfattning at *å ikke komme videre* er det samme som ikke *funke*, for hva er malen, og hva er *tidsaspektet* her?

Lærerne var uenige og usikre på hvor mye de skulle tillate elevene å fortelle, for som én sa:

”Jeg vet ikke hvordan takle de forferdeligste ting. Jeg vil bare vite litt” og mente en burde si:

”vi hører hva du sier, jeg er her, men skal ikke gå sammen med deg ned den mørke veien.

Hovedsaken er at vi skal lære norsk her”. Lærerne definerte læring som endring av atferd, enten det er språklig, tilstedeværelse eller oppførsel, så hvis det var en endring, så har de lært noe.

”Det er klart det er kjempevanskelig å si hva som er læring, og det kommer noe *før* vi kan gi dem læring, det er kanskje nok å komme i 3 timer i uka til et lavterskeltilbud, det er kanskje en større prestasjon for noen, enn å ta Bergenstesten”. En av lærerne utfordret de andre: ”Om vi er i en sånn *gråson* nå – *gjør det noe?*” hvorpå en annen svarte: ”Men vi må iallfall *vite* det, det har litt med vår bevissthet, *hvorfor* jeg *gjør det* og ikke *sånn*”. Det ble gjentatt: ”For hva er alternativet da?”

Denne replikkvekslingen som kom et godt stykke ut i intervjuet, antyder igjen gråsoneproblematikken, men også erkjennelse om hvordan ting virker i praksis. Det understreker igjen dilemmaet: hvilke alternativ er der for eleven?

### *Kunnskap*

På spørsmål om de mente de trengte mer kunnskap om dette med traumatisering og traumemestring, sa én umiddelbart ”Ja, vi må lære om dette her – hva er traumer, hva kan vi og hva kan vi ikke gjøre, for vi *må* vite hva vi *gjør*, og vi *må* vite hva vi *snakker om* og vi *må* vite hvor *grensen* går”. Gruppen kom også inn på at de ofte får for lite opplysninger om elever det hefter noe ved, og savner rutiner på dette. Taushetsplikten er et hinder, ”kunne slippe å gjøre de tabbene” fordi hun ikke har skjönt ”det alle andre har visst”, at denne eleven har vært traumatisert.

Kunnskapen de snakker om her, gjelder altså både generelt om emnet, og det som gjelder spesifikt for elever som sliter.

”Det er veldig viktig at *jeg* som lærer *må* vite *hvorfor* jeg vil vite, for det er lett, kanskje spesielt den første tida å spørre av nysgjerrighet, ikke at du har noen baktanker med det, men med litt uvitenhet kan du få vite alt for mye som du ikke kan gjøre noe med”.

”alt for mye som du ikke kan gjøre noe med” tolker jeg som uttrykk for usikkerhet, redsel kanskje, for å ”miste kontrollen”. Likevel er jeg ikke så redd for at eleven forteller mer enn det han på et hvert tidspunkt selv ønsker å si. Læreren skal ikke

nødvendigvis *gjøre noe* med det de forteller, i de aller fleste tilfeller er det nok bare å lytte og å være tilstede. *Kunnskapen* går mer generelt ut på å forstå *hvordan* eleven kan reagere, og noe om *hvorfor*, hva læreren må ta *hensyn* til, og hva som kan virke *helsefremmende*.

En av informantene var tydelig på at hun var bevisst på å ”*holde seg strengt faglig*” i undervisningen. Hun hadde valgt å ikke spørre, var redd for å komme inn på noe som kunne vekke følelsesmessige reaksjoner hos elevene. Følte seg usikker på hvordan hun eventuelt skulle takle en slik situasjon, var usikker på grensene og ”*redd for å bli involvert i noe*”. Hun hadde i et tilfelle, der en elev ønsket å meddele noe, heller kontaktet hjelpeapparatet rundt vedkommende. Hun uttrykte frustrasjon over pensum for nybegynnere fordi de første emnene er veldig personnære, emner som kan ledsages av mye traumer, savn og smerte. Alle lærerne hadde erfart at emnene i boka kunne framprovosere uventede reaksjoner, der læreren hadde følt på hjelpeløshet og ”omtrent skam”, som en sa, for å ha brakt opp slike følelser i klassen. Men som en erfaren lærer sa: ”Dette er en del av livet. Vi kan ikke skåne dem for det”. Noen mente det var bedre å spørre, ”Ingen har blitt fornærmet om jeg har spurt, og de aller fleste er ganske bevisste på hva de vil svare på, så vi kan ha tillit til at det er de som avgjør om de vil svare eller ikke”. Hun fortsatte at dersom de *vil* fortelle noe, ”og jeg tenker at dette er jeg ikke i stand til å ta imot, enten av personlige grunner eller at det ikke er min profesjon, så tenker jeg at jeg har plikt til å si det”, hvorpå en annen sa: ”Det å kunne fortelle historien sin, er i seg selv ok”.

Den siste replikken er veldig på linje med utsagn fra både flyktningene og helsepersonellet. Flyktningene ønsket nettopp noen å snakke med, som oftest læreren som de har tillit til. Å snakke om de nære ting, selv om det kan framkalle smertefulle minner, er også helt i tråd med tenkning fra rehabiliterende pedagogikk. Det er blant lærerne og programrådgiverne at usikkerheten på hva og hvor mye en skal la elevene fortelle kommer sterkest til uttrykk. Jeg tolker dette som et uttrykk på mangelfull kunnskap om traumer og traumemestring. Men det kom også fram et annet viktig moment her, ”*av personlige årsaker*”. Dette tolker jeg som en viktig erkjennelse av sin egen sårbarhet. Likevel tror jeg læreren ville følt seg tryggere på seg selv og i situasjonen dersom hun hadde hatt mer generell kunnskap. Jeg tror ikke hun behøver å være så redd for å gjøre noe galt, for en traumatisert regulerer normalt selv det han vil si. Men råd og samarbeid med helsevesenet i slike saker er en god støtte, og denne dialogen var noe helsegruppen også ga uttrykk for som ønskelig.

Én av lærerne var veldig klar på at helsevesenet, som har kunnskap, må informere om hva det vil si å være traumatisert, og at det er viktig at elevene vet at læreren de møter hver dag har kunnskaper, og vil lytte”. Fikk umiddelbart en reaksjon på dette: ”Trekker for store veksler på læreren, kan ikke la alle snakke”.

Det ble nå en livlig diskusjon og en lærer sa at hun var ”redd for å lære for mye. Kom til å fokusere på dette. Er bare lærer, kan ikke gape over alt”, mens en annen mente: ”Må ha kunnskap *nok* til å oppdage at det *er* noe, for å unngå å gjøre noe galt”. Men så reiste motforestillingen seg igjen: ”Hvor nye tid har vi? Skolens oppgave er å gi god undervisning i

trygge rammer”. Likevel insisterte en av lærerne på at ”Vi *må* vite mer. Dette er en spesiell skole på dette området. Vi er ikke en vanlig grunnskole, jeg trengte ikke vite dette da jeg underviste der”.

Følte frustrasjon og litt splittelse i gruppen. Et viktig moment etter min vurdering, er at lærerne ønsker opplæring av helsepersonell, for som helsepersonellet sa, ”læreren må tåle å sitte i det”. Utsagn som ”redd for å vite for mye – fokusere for mye på dette” tolker jeg som habitustenkning igjen: ”er *bare* lærer. Kan ikke gape over alt”. Samtidig kan jeg forstå skepsisen og uroen blant lærerne, særlig i forhold til tidsbruk, redselen for å gjøre noe galt, usikkerheten når en ikke vet. Men å ha kunnskap betyr ikke at en fokuserer på traumene, tvert imot, fordi kunnskapen innebærer at en *har forståelse for*, og *kan formidle* normale reaksjoner, og vet noe om hva som har helsefremmende effekt.

### *For syk*

På spørsmålet om når de anså en elev for å være *for syk* til å delta i undervisningen, mente alle at ingen som kom til skolen var for syke, men merket de noe var galt, var det viktig å finne ut hva. Lærerne mente at skolen er viktig, så selv om det var alvorlige ting ”er den beste måten læreren kan hjelpe han på er å få ham til å gå på skolen, og hvis de får erfaring med at det stemmer, så kommer de”. Uansett, ” *må bruke de midlene en har* for å komme på skolen, for det verste du kan gjøre er å bli værende hjemme, da kan vi slett ikke hjelpe”.

Her vises forståelse for det som tidligere ble nevnt som terapi, nemlig å komme på skolen. Alle fokusgruppene mente at det var viktig å komme ut av isolasjonen. Dette tolker jeg som uttrykk for at vi ikke kan komme unna tilrettelagt tilbud for dem som strever mest, at det er det best egnede ”*middele en har*” i slike situasjoner.

På spørsmålet om hvem som skal avgjøre om noen er for syk kom det spontant: ”Det er *fastlegen og helsevesenet* som må avgjøre om en elev er syk”.

Det slår meg at de ikke nevner at eleven selv bør ha noe å si i avgjørelsen om han er for syk til å gå på skolen. Lærerne plasserer avgjørelsen helt til helsevesenet. Dette er ulikt det de andre gruppene gjør. Kan det være et utslag av habitus? ”Men hvis de ikke kommer tilbake i normalklasse, er tiden her slutt. Da er det ikke det de trenger. Da skal de ha behandling som ikke kommer inn under skolen”. Det ble diskusjon fram og tilbake om verdien av smågrupper som et skritt på veien tilbake hvorpå det tilslutt kom et hjertesukk: ”*Det står på penger*”

Dette, hvorvidt alle kan forventes å komme tilbake til normalklasse, og hvis ikke ”er tiden her slutt”, er noe som kan drøftes fra ulike synspunkt, for skal eneste alternativet til et tilrettelagt tilbud kun være tilbake til klassen? Noen fungerer kanskje bedre i jobbpraksis? Jeg tolker dette som at vedkommende som kom med uttalelsen mener at skolen likevel avgjør hvorvidt vedkommende er ”for syk” og skal ha en ”behandling som ikke kommer inn under skolen”. Men hva går så den behandlingen ut på, når ikke skolen fungerer? Hvilke alternative tilbud fins egentlig for disse menneskene? Det at pengespørsmålet trekkes inn helt til slutt er litt interessant. Alle de andre gruppene har også vært tvilende til om det bevilges nok ressurser til tilretteleggelse. Jeg velger å ikke gå lenger inn i den debatten i denne oppgaven.

### *Samarbeid.*

For å få elevene til å komme på skolen, var lærerne enige om at de måtte samarbeide med flyktningkontoret. Lærerne var positive til Introduksjonsordningen, ”det hjelper dem til å komme hit, ris bak speilet for de som trenger rutiner for dagen”. De mente også at det nå gripes raskere fatt i problemer enn før, fordi de følges bedre opp. Likevel passer det ikke for alle, noen settes på permisjon fra ordningen, eller ”jenkes til når læreren ber om det”.

Både lærerne og programrådgiverne understreket hvor viktig det var med det gode samarbeidet.

Det var også viktig med samarbeid for å ”få det kanalisert videre til lege hvis det er prekært”. Et par av lærerne hadde gode erfaring med hjelp fra hjelpeapparatet, og flere hadde erfaringer med at en kombinasjon av poliklinisk arbeid og skole fungerte godt. ”Av og til kan det være elever vi ikke ser som har hatt selvmordforsøk”. Særlig viktig var nettverket i forhold til ungdommene som bodde i mottak, for muligens å finne ut *hvorfor* eleven hadde fravær, ”veldig verdifullt å løse opp i hvorfor denne eleven ikke greier å følge opp i klassen”. Hvis en hadde elever med problemer ”så har du et apparat, et nettverk til at de som har det som profesjon eventuelt kan jobbe videre med saken – eller utover vår *profesjon*”.

Jeg tolker uttalelsene som at alle lærerne verdsatte å ha et nettverk å kunne henvende seg til når de har en bekymring. Det er et stort ansvar å stå alene med en dårlig elev, ikke minst når det er snakk om selvmordstanker. Nettverksarbeid burde alle skoler ha rutiner på. Dette ønsket om samarbeid er helt i tråd med det helsegruppen sa selv, men at det kunne være vanskelig å arrangere.

Ellers ga lærerne også uttrykk for at det var en god løsning å kunne henvise til, og samarbeide med Basen. ”Fabelaktig når jeg ikke klarer å ha eleven i klassen fordi det ikke er forenelig med klasseundervisningen og hjelpeapparatet er litt nølende”.

## 5.2 Helsegruppen

Dette møte ble utsatt 11/2 uke på grunn av 50 % sykdomsfravall. Jeg var spent foran det nye tidspunktet, én person meldte fortsatt fravall, men en annen, som hadde fått forespørsel til forrige møte men som det da ikke passet for kom i stedet, så gruppa ble på det opprinnelige antallet på 6. Dette er et godt antall, det blir større bredde og variasjon i refleksjonene med flere ulike stemmer.

### *Behandling*

”Tror at det går an å legge forskjellige ting i det. Skjønner skolens behov for å trekke noen linjer for hva som er hva, fordi det blir sånn likt den problematikken vi har i forhold til dem. Vi lever jo og med den gråsonen – med det dilemmaet at vi skal forholde oss til noe som vi egentlig ikke får gjort; det vi vanligvis gjør som *vi* kaller behandling. Fordi de har sånn andre



grunnleggende behov og så blir det et sånt dilemma”. Hun tenkte at det ble samme dilemma i en undervisningssituasjon, ”sitter med en person som helt klart har en traumehistorie og som er kjempedeprimert, og har fullt av vondter i kroppen”. Én av deltakerne sa at 2-linjetjenesten har muligheter til å jobbe systematisk med traumene som hemmer livet i dag, og lære vedkommende noen teknikker han kan ta med seg, hun syntes ”*det er behandling*”, men tilføyde ”det er *ikke bare* å jobbe med den vonde historien som er behandling, det er også å jobbe med symptomene og klare å håndtere dem på en bedre måte, og det er det et ønske om at 1-linjetjenesten og skolen skal kunne mye om”, men antok at deres arbeidsvilkår, rammevilkår gjorde det vanskelig å følge opp sånn systematisk. Likevel mente hun mye av dette kunne skje på skolen, ”der man kan nå mange på et tidlig stadium, dempe det. For det utvikler seg jo og blir mer alvorlig i noen tilfeller, og det kunne vært stoppet tidligere”.

Flyktingene mente også at mange problemer kunne vært stoppet mye tidligere dersom folk hadde kommet til behandling mye før. Dette kunne skyldes mange ting, som skam, mangel på informasjon, mangel på kunnskap osv.: ”Ingen var interessert i hvordan jeg hadde det”

”Man skal kanskje ikke være så redd for dette med behandlingsbegrepet, det kan kanskje stå i veien for noe som ville være mulig å gjøre”. Hum mente at vi kanskje henger oss opp i noen begreper ”som får så utrolig snevre definisjoner, i denne sammenheng tenker jeg behandling vil være *alt som fører den personen videre*, alt som får personen til å bruke seg selv på en bedre måte, alt som fremkaller ressursene. Det vil være *god undervisning* og det vil være *god behandling!*”

Dette er en veldig vid forståelse. Og hun har nok rett, mange er kanskje redde for dette med ”behandlingsbegrepet” som programrådgiverne uttrykte seg ”behandlingsordet er dårlig, et veldig vanskelig ord (...) det ligger en syk bit i det”

Det ble konkludert: ”Kanskje det ikke er så spesielt, og kanskje det er noe med å sette det inn i en sammenheng og *se hva*, i stedet for å la seg dupere av at det ikke skal være behandling i skolen”. Det ble understreket at alle forskningsrapporter vektlegger *relasjon* for å få til endringsarbeide og bedring, ”så da er den relasjonsbygningen som skjer i Basen en plattform for å få til en endring, dessuten er det jo å være der eleven eller pasienten *er*, så om det vises langt utenpå at de har en dårlig dag, må du ta fatt i det da, og det gjør en jo som en god lærer, i alle fall når en har få elever og har mulighet til det”.

Her understrekes det hvor viktig det er med *gode rammer* rundt tilrettelagt undervisning, og *gode relasjoner*. En av helsepersonellet kjente til den rehabiliterende pedagogikken i Danmark, og undret seg over hvorfor vi ikke hadde tilsvarende tilbud i Norge.

### *Helsefremmende*

De tenker at skolen er veldig viktig i stabiliseringsfasen, ikke minst når det gjelder asylsøkere, for å ha struktur og noe konstruktivt å gjøre i hverdagen. ”Så er det at *jo mer kompleks* problemstilling, *jo mer omfattende* er dette å stabilisere, og da *har* skolen en veldig viktig rolle, også for dem som ikke klarer å være i en vanlig skolesetting”. For mange, når de blir dårlige, går rett inn i traumehistorien igjen, ”det er viktig at skolen forstår dette”. Helsepersonellet mente det var viktig at vedkommende fikk hjelp til å sette ord på, og kjenne etter når han ble dårlig, for å kunne formidle det til skolen. ”Han kan fungere bra, men så kommer det noen perioder der han har behov for å trekke seg litt tilbake, men når han fikk den tryggheten i å vite at hvis han blir dårlig har han muligheten, uten å bli *mistrodd* eller *presset*, til å trekke seg tilbake, så yter han mye bedre”.

Dette er anerkjennelse, å bli trodd på. Å bli tatt hensyn til. Det er nyttig for skolen å være klar over, og ta hensyn til kompleksiteten; ved å tilrettelegge undervisningen. Det ble understreket at det var kjempeviktig at skolen hadde forståelse for disse reaksjonene og symptomene og hva man kan gjøre i den settingen, for å unngå at personen mistet kontrollen. For ”jo bedre skolen også forstår, jo bedre kan de møte en person på en god å tryggende måte, og jo bedre klarer denne personen å ta imot kunnskap og læring, i stedet for å sitte der og være reaktivert, være uttrygg og ikke klare å konsentrere seg, ikke være her og nå men bli forstyrret av lyder og støy”. Derfor var det å ha en plan der man tar utgangspunkt i den enkelte, ut i fra de problemene han har, og se litt på ”*gode tiltak* som man kan gjøre for å bedre læringsvilkårene”, helt avgjørende.

Slik jeg tolker det, tillegger helsepersonellet mye god rehabilitering til skolen, men da er betingelsen at skolen har forståelse og kunnskap, for å kunne møte den enkelte der denne *er*, på en tryggende måte. Dette mente også flyktninggruppen. Det ble igjen understreket hvor viktig det er med trygge relasjoner, da kan mange ”fungere veldig godt”. Hvis pasienten derimot er utrygg og ikke stoler på noen, begynner mye annet å blande seg i tillegg, ”da handler det ikke om det fokuset vi skal ha her og nå lenger, da er det fortiden eller andre ting som kommer og blander seg inn og gjør det vi ønsker vanskelig å få til”.

### *Kultur*

På spørsmål om kultur kan være et hinder for at folk søker hjelp, svarer de at det nok handler om kultur, men ikke bare fra pasientens side, like mye fra den norske side ”fordi det ofte skjærer seg fordi den norske terapeuten ikke greier å gå litt utenfor sin vestlige opplærte terapeutiske stil, jeg tror det er mange møter som skjærer seg der”. Hun mente at norske terapeuter fort blir utrygge når pasienten begynner å si ting de ikke er vant til. Og så er de

opptatte av å sette grenser, for i en travel avdelingshverdag tyr en til den kulturelle forståelsen som ligger nærmest. ”Det krever *vilje* til å ta den ekstra tiden, og det å forstå hvor komplisert det er å skjønne norsk kultur. Da kan en jo bli ganske fortvila noen hver, hvis en ikke kjenner seg forstått og er redd”.

Her kommer det fram at habitus gjør seg gjeldende i helsevesenet også, og at kulturell usikkerhet slår begge veier. Dette kan det være lett å glemme ”i en travel hverdag”.

Flyktningene selv understreket kulturelle krasj i forhold til helsevesenet.

”Så er det et spørsmål om kropp. Noen bærer sine symptomer i kroppen og er ikke vant til å bruke det psykologiske språket men bruker mer det somatiske språket, så der kan man kanskje ha en forklarings- eller en fortolkningsutfordring”.

Også flyktningene var inne på at det var enklere å somatisere smerte enn å snakke om det psykiske, som ofte er forbundet med skam og tabu. På enkelte språk har de heller ikke ord for psykiske lidelser.

En annen ting helsepersonellet brakte opp, var at det å ha vært torturert ofte endrer på krenkbarheten. De hadde ikke statistikk på det, men terapeutene fornemmer at ”de har mindre å gå på før de mister tillit, eller før de misforstår, ja, mistenksomhet til systemer generelt”, for det skal lite til før noe i forhold til systemene minner de som har vært i en tortursetting om hvor krenket og hjelpeløse de var, ”og jeg tror det gjør at mange torturerte kan slite med relasjoner til for eksempel flyktningtjenesten, sosialkontor og Nav, fordi noen saksbehandlere på de forskjellige stedene greier ikke å ta høyde for det, de greier ikke alltid å skjønne den krenkbarheten de står over for”. Mange flyktninger nærer også mistro til legestanden i Norge fordi ”de ikke finner noe galt, når de har så fryktelig mye vondt”. Helsepersonellet sa at det er gjort undersøkelser på at mange er mistroiske til tolker, ”redde for sladder, for å bli angitt, eller det er sårt å *tape ansikt* overfor en landsmann. Dessuten er det problemet med at i flere språk mangler de ordene for det terapeuten snakker om”.

Dette stemmer helt med det flyktningene selv kom inn på. Viktig å være klar over.

### *Kunnskap*

Helsepersonellet mente at 2-linje tjenesten i større grad må vi være med å gjøre skolen i stand til ”å *sitte i det, å tåle det, og romme det*”, at det ofte er dette det er snakk om. De tror ikke løsningen alltid er å komme til psykolog eller legges inn et par dager, for ”det er jo ting som gjentar seg, de samme mønstrene og reaksjonene en ser, og som det kan jobbes systematisk med hele tiden”, og at dette er mye viktigere enn at ”vi skal inn og overta når det topper seg helt”. Noen ganger kan de det, men ønsket mye mer systematisk jobbing med å takle krisesituasjoner. ”Jeg tenker det er bedre at jo flinkere de som står nærmest brukeren er til å håndtere problematikken og utfordringer, jo flinkere de er til å være i dialog med denne personen, jo tidligere stopper du en problematikk”. Og de tenkte at forebyggende

helsefremmende tiltak var bra for alle, også for dem som har det dårlig, ”for det kan bidra til å dempe og døyve”. Én ga uttrykk for at ”det nesten er en form for ansvarsfraskrivning at det er lett å rope på helse med en gang det er noe som kan oppleves som vanskelig”.

Dette tolker jeg som at det legges det store veksler på skolen, samtidig som det er i tråd med tankegangen i rehabiliterende pedagogikk. Igjen blir det understreket at det må være et samarbeid, dersom skolen skal være i stand til å ”tåle og romme det”. Det er ofte læreren som står nærmest brukeren, fordi hun ser ham hver dag, og da er det kanskje læreren, skolen som best kan komme i dialog med denne personen, og som i følge helsepersonellet, kan medvirke til å forebygge før ”det topper seg helt”. Underforstått her mener jeg det ligger et krav om *gode kunnskaper* blant lærerne som står i utfordringene.

De kom også inn på en annen utfordring med flyktninger, det å kunne skille mellom normale reaksjoner på migrasjonsprosessen og på PTSD symptomer, som til forveksling kan være like ”fordi det kan være noen som blir overbehandlet av oss – hvis de for eksempel hadde fått god hjelp til å forstå sin egen migrasjonsprosess, så ville de egentlig kjent seg friskere, de ville forstått mer av hva de holder på å gå gjennom, og ikke sykeliggjøre det”.

Her kommer de inn på viktigheten av å ha kunnskap, ikke bare ”hjelperen”, men også flyktingen selv, gjennom psykoedukasjon. Det kan virke helsefremmende å forstå sin egen reaksjon, og lære at det er normalt å reagere slik.

Så er det selvfølgelig noen som kan ha andre psykiske lidelser, som ikke har noe med verken flytting eller traumer å gjøre. Én undret seg over hvorfor en ikke bare kunne spørre personen når en føler seg usikker i situasjonen, ”for vi snakker jo om å være medmenneske, å spørre om ting rundt fordi man er interessert og vil lære, er noe annet enn å spørre hva den andre har opplevd. Å *lytte* til det vedkommende har lyst til å fortelle det er noe annet enn å *grave og spørre*”.

En viktig distinksjon etter min mening.

#### *For syk*

På spørsmål om når de ville vurdere en elev som for syk til å delta i undervisningen var svaret; ”Godt spørsmål. Det kan være den ene dagen ja, og den andre dagen nei, men hva er å delta i undervisningen? Kanskje er det legende bare å være til stede og se andre”. En annen sa: ”Ofte synes jeg ikke det blir sånn skole eller ikke, men det handler om å finne et godt opplegg for skolen, i passe mengde”. De hadde sett i noen tilfeller at hvis flyktingen hadde voldsomt symptomtrykk og brukt alle kreftene sine på å klare å komme gjennom en hel skoledag, så ble de litt etter litt dårligere, ”men hvis de kan få litt redusert skoledag så fungerer de veldig godt.” De hadde alle eksempler på folk som strevde med egne forventningskrav, særlig disse som hadde vært skoleflinke i hjemlandet, men som på samme tid kjente på et så stort symptomtrykk at de ikke klarte å følge med, og ga uttrykk overfor terapeuten at de var for syke til å gå på

skolen. Men terapeuten så det som viktig i tilfriskningsprosessen at de på tross av hjertebank og ”feber”, gikk på skolen. Terapeuten visste at symptomene var uttrykk for psykosomatiske ting, og ”da er det viktig at vi presser, eller motiverer ham til å si at dette er faktisk nyttig for at du skal bli friskere”.

Dette, å motivere eleven til å gå på skolen, å la dem føle glede og nytte ved å mestre, kom også fram som viktige moment i flyktninggruppa. Også lærerne og programrådgiverne så på dette som en viktig oppgave for skolen. Angående hvem som avgjør når noen er for syke til å delta i undervisningen, mente de alle at det *ikke* skal være *en* instans som har monopol på å mene noe om dette, men dialog mellom skolen, helsevesenet og ”*flyktingen selvfølgelig* som kjenner seg selv og sine egne symptomer”, om hvilket tilbud han trenger. Ha en åpen dialog, ”kanskje det bare trengs en dag eller to”, men at det blir et felles anliggende med den ”som eier problemet som hovedbidragsyter”.

Anerkjennende å høre på hva *flyktingen selv* mener, men også rom for fleksibilitet. Anerkjennelse er et bærende begrep, og én sa: ”Arild Aambø sier at *anerkjennelse* er viktigste motvekt til traumer, og *det* kan vel ikke sies *nok*, enten det er NAV, skole eller helse. *Bare å skjønne at noen må ha et litt tilrettelagt tilbud er anerkjennelse*”.

### *Samarbeid*

En i helsegruppen sa at selv om personen sa at han var syk, jobbet hun likevel med å få vedkommende tilbake til skolen fordi han ellers legger seg ned i sengen, ”og da tenker jeg at når jeg sier at vedkommende må gå på skolen, må jeg samtidig vite at skolen skal føle seg trygg på å ivareta en person som har det så dårlig. Så kanskje svaret for oss som har dette *skjæringspunktet*, er at vi må *kommunisere* sånn at en lærer som skal sitte der dag etter dag og se på et forferdelig nedstemt menneske, må kjenne seg trygg på at dette er greit”.

Her understrekes det at det er viktig at *skolen kjenner seg trygg* på den jobben de skal gjøre, ”ivareta en person som har det så dårlig”. For å gjøre dette, konkluderer hun med at vi må *kommunisere*, underforstått at skolen må ha kunnskaper og at etatene må samarbeide om elevene. Dette tolker jeg som viktige bekreftelser. ”Skjønner skolens behov for å levere dem videre til oss, mens vi sitter og tenker på at vi vil levere dem tilbake til skolen, så kanskje *skjæringspunktet* er kommunikasjon mellom systemene”

Noe av det samme sa programrådgiverne, de ville sende dem videre til helsepersonell for ”det at en person er traumatisert er på en måte *ikke mitt problem*”, mens helsepersonell mente, som tidligere nevnt, at dette var nesten er en form for ansvarsfraskrivning, at det er lett å rope på helse med en gang det er noe som kan oppleves som vanskelig. ”Det som vi også ser er at selv om behandlingen er klar på PTSD, er det ofte mange problemstillinger som gjelder livet i dag, så det er ikke alltid du får begynt å jobbe med

traumeproblematikken eller fortiden, fordi det er så store belastninger her i forbindelse med bosetting. Veldig mye koker ned til et fattigdomsproblem”. De var også klare på hvor stor skade asyltiden kunne gjøre, ”kan gi store problemer seinere som nesten overskygger det som skjedde før de kom. Likeledes kan livet i Norge, etter asyltiden, overskygge tidligere traumer, det ser man på forskning, det ser man på pasienten”.

Dette er samme erfaring som de andre gruppene trekker inn, at de praktiske hverdagsproblemene kan ta all fokus. Dette er også et klart eksempel på hvor viktig samarbeidet er med andre etater som flyktning- og sosialkontor, for praktiske og økonomiske problemer.

Helsegruppa mener det er viktig at skolen kan trekke inn 1-linjetjenesten til felles undervisning, for eksempel psykoedukasjon: ”Det handler ikke om at du er gal, men dette er en vanlig reaksjon på en unormal situasjon eller opplevelser, hvor hver og én av oss ville ha reagert på tilsvarende måte”. Fordi ”det å få bedre forståelse av egen problematikk, demper opplevelsen av å være gal”. En annen fordel med skolen, i følge helsepersonellet, var at den er en arena hvor mange er samlet og det ikke er stigmatiserende med felles informasjon. ”I gråsonen mellom helse og skole er det ikke nødvendigvis enten eller, men både og. Og at vi er i dialog hele tiden”

### 5.3 Programrådgiverne

Opprinnelig skulle det være fem deltakere. I siste øyeblikk melde to fravær. I samråd med de resterende tre valgte jeg likevel å gjennomføre intervjuet. De tre som møtte har alle lang erfaring og er taleføre, så jeg vurderte dem som gode representanter for gruppen som helhet. I utgangspunktet var det heller ikke så mange personer å velge mellom. Gruppen fungerte godt, de hadde en fin dialog seg i mellom, og ga etterpå uttrykk for at det hadde vært en fin opplevelse, nyttig å reflektere over visse aspekter ved jobben sin.

#### *Behandling*

På spørsmålet om hva en legger i begrepet behandling, var det nøling i starten. ”Da tenker jeg egentlig lege” var første reaksjon, men så startet refleksjonene, ”få noen rutiner, rammer og forutsigbarhet i dagen”. De likte bedre uttrykk som terapi eller rehabilitering, det var noe mer positivt over disse enn behandling, som de følte tilhørte helsevesenet, ”jeg bare syns behandlingsordet er dårlig, et veldig vanskelig ord, det ligger en syk bit i det”. Og en i gruppen sa: ”Det at en person er traumatisert er på en måte ikke mitt problem, det er godt for meg å slippe det problemet og gi det til en lege, en kyndig, som kan det. Så kan vi heller kombinere skole og andre ting, og gå videre. Jeg vil på en måte ikke gripe fatt i den helsemessige biten av det for mye”.

Habitus, profesjonstenkning, vi kan hvert vårt fag. Selvfølgelig er det bra at det er slik, jeg mener ikke å undervurdere dette. Likevel mener jeg at vi beveger vi oss i en gråsoner, hvor det er vanskelig å skille ”det ene” fra ”det andre”. Refleksjonene fortsatte: ”men det er klart at når du snakker om behandling *for denne gruppen her* så tror jeg det kan inneholde *svært* mye”. De understrekte at det kunne være mye god behandling i tilrettelagt undervisning for disse som ikke kan tilpasses et ”A 4 – løp”. ”Jeg tror på litt samtale og litt tilrettelegging av *tid*”. De innså at hvis eleven hele tiden fikk press på seg fra rammene rundt om å møte opp på tiden, for eksempel, ellers faller de ut av programmet, fikk de *det* presset på seg i tillegg til andre ting de sliter med. ”Men hvis skoletilbudet er tilrettelagt med litt tettere oppfølging, så tror jeg også *det* er behandling”. Helt til slutt i samtalen kom de inn på mestring og anerkjennelse, og *behandlingsbegrepet* dukket opp igjen, de mente at opplevelse av å mestre språket, uskrevne regler, skolehverdagen, særlig for dem som sliter mest, nok kunne regnes som god behandling. ”Mestre og anerkjenne i forhold til *flyktningbiten* som inneholder så mye tap, tap av inntekt, av identitet, av anerkjennelse i forhold til den personen du er, så er det utrolig viktig å komme og kunne mestre”, og: ”Jeg tror humor er god behandling”

### *Helsefremmende*

Programrådgiverne ønsket større fleksibilitet i systemet, så folk som trengte det i en periode kunne få litt ”time out, få være litt alene, kanskje sammen med *en*, og få prøvd om kanskje *det* var en måte å lære på”. De innså at det var mange som befinner seg i gråsonen, der Basen var, i forhold til ordinært skoletilbud, og var enige om at så tilrettelagt undervisning som mulig var en god ting, men det er kostnadskrevende i form av menneskelige ressurser og alle rammene rundt. De mente også at det var viktig å være klar over at folk som har problemer og som sliter med ett eller annet, i tillegg kommer til å slite med økonomien fordi de trekkes for penger i forbindelse med fravær, ”da kunne det kanskje vært enklere for noen når de kom på Basen i en periode”. Vanlig skoletilbud kunne bli litt for strengt, mente de.

### *Kunnskap*

Der var også noe usikkerhet i gruppen *hva* det innebar å være traumatisert, og de hadde fått opplyst ulike tall på hvor mange dette kunne gjelde. ”Men jeg tror jo veldig mange, de trenger ikke å ha vært veldig torturert heller, men kan gå inn i en depresjon og være alene, og tenke og tenke, folk som kommer til oss og ser nokså – ja det virker greit, så plutselig begynner de bare å ikke smile lenger, de bare går rett i kjelleren”. Det var også litt ulikt syn på om de følte behov for å lære mer om traumer. Etter litt diskusjon fram og tilbake konkluderte de med at de nok ikke visste nok, men var usikre på om hvor mye en skulle gå inn i dette. Men samtidig ”hvis

ikke *vi* går inn i det og prøver, i hvert fall å finne en løsning, en vei, hvem gjør det da? Hvor skulle dette mennesket gå med dette? Dessuten er de fleste nye i landet og kan ikke språket”.

Jeg merket meg her, som hos lærerne, en viss usikkerhet om hvor mye de ønsket å lære om traumer og gå inn i den problematikken. Jeg tolker utsagnene som også disse føler på dilemmaet: *hvem gjør det da?* og den *etiske fordringen*.

Gruppen ga uttrykk for at de savnet det tidligere samarbeidet med *psykososialt team*, og alle tre ga gjentatte ganger sterkt uttrykk for at de skulle hatt et sted å ringe hvis personen ble verre, ”et sted å gå, særlig hvis det var fredag ettermiddag og fyren blir så deprimert at jeg begynner å bli nervøs for om han er der på mandag hvis jeg går hjem og han er sånn?” En av rådgiverne mente det var ganske få som eksplisitt sier at de trenger en time hos psykolog, ”og så har du den gruppa som, hvis du kanskje kommer inn på ett eller annet, ikke vil snakke om det i det hele tatt, i tillegg til at i noen av disse landene er det: *Å, jeg er ikke gal* - Det ville være forferdelig hvis noen trodde de var gale. Derfor er det ikke så mange som kommer og sier at det er noe mentalt”. - ”Og da er det litt sånn - hvor mye skal vi sitte og grave? For min egen del så slipper jeg sånne ting bare ut av hendene, det er ikke mitt område”.

Her biter jeg merke i to ting. For det første erfaringen med at mange flyktninger føler uvilje mot å snakke om traumer og psykiske problemer, fordi det oppleves som tabu og skam dersom noen skulle tro de var gale. Dette er igjen en mulig årsak til at helsevesenet bare fanger opp de aller dårligste. For det andre merker jeg meg uttrykket ”sitte og grave” som også lærerne og helsepersonell nevnte. Hos meg vekker dette negative assosiasjoner, en slags mistenkeliggjøring om at en ”graver og spør” fordi en er nysgjerrig på andres elendighet. Dette er i så fall en feilkobling, som jeg ser det. En spør på en positiv måte ut fra det motivet å forstå for å kunne hjelpe. I denne måten å spørre på ligger det en anerkjennelse for at der er et reelt problem. Dessuten vet vi at traumatiserte forsøker å fortrenge og fornekte hendelsene og minnene, de forteller det de selv vil og er klar for å fortelle. Jeg oppfatter dessuten at det kan være en misforståelse om hva en mener med kunnskap. Jeg er opptatt av *generell* kunnskap om de problemene vi møter, ikke i første omgang kunnskap om den enkeltes spesifikke traumehistorie. Det er en helt annen sak. Det er oftest unødvendig for skolen, og kanskje heller ikke ønskelig, å vite dette i detaljer. Fordi PTSD symptomene følger visse mønstre, er det stort sett nok å kjenne til disse.

Gruppen tror en del av lærerne, i alle fall dem som har lang erfaring innen feltet, har god kunnskap om traumatisering. Alle burde i alle fall ha kunnskap om de naturlige fasene ved migrasjon, og ikke gjøre det ”så mye mer dramatisk enn det”. Men én kom igjen med skepsis til *for mye* fokusering på traumatisert og traumer.

#### *For syk*

De sukket, ”Ja, der har du det igjen at du er jo nødt til å ha et slags samarbeid med legene. Og de er så forskrekkelig forskjellige”. De mente at i mange tilfeller kunne en lærer like godt som en fastlege avgjøre om eleven var for syk, fordi læreren treffer eleven hver dag, og kjenner ham. De var imidlertid enige i at hvis det var andre som var tett på i et behandlingsopplegg, var



denne personen best egnet til å vurdere om eleven hadde utbytte av skolen. Det var kanskje ikke alltid så lett for læreren å skjønne hva som var bakenforliggende problemer. Dessuten ”de blir skrevet ut fra skolen, plutselig, hvis det tar for lang tid”. En av programrådgiverne fastholdt likevel at det burde avgjøres av læreren som fulgte dem hver dag, i samråd med eleven, at eleven *selv* burde konfronteres med hva han eller hun syntes om sin egen situasjon, ”ja sammen med legen, det skulle være en samlet vurdering hva som er aktuelt å gjøre”

Her mener de som både helse- og flyktninggruppen, at den det gjelder *selv* skal få mene noe om egen situasjon. Det er et *viktig aspekt* i forhold til *anerkjennelse, respekt* og til å ta *ansvar* for eget liv, siden det her er snakk om voksne folk. Gruppen syntes det var problematisk at det ikke var noe tilbud mellom det å gå på skolen og det å sitte hjemme, her var det et hull i systemet. Det var ikke bra at noen bare satt hjemme og tenkte, og ikke sov om nettene for så å sove om dagen. Ideelt sett skal introduksjonsprogrammet kunne legges opp med føring for helseoppfølging, men det kan være praktisk vanskelig å få til fulltidsprogram som klarer å sy sammen skole, helse og fysioterapi, ”jeg tror ikke der er noen på kontoret som har klart å sy sammen et sånt program til dags dato”. Her er det forskjell fra kommune til kommune. I en liten kommune har hver programrådgiver bare 25 klienter, mens her har de mellom 50 og 60 hver: ”Da er det jo også noe med at det er begrenset hvor mye oppfølging vi kan ha”. De diskuterte også at det samtidig var et spørsmål om hvor en skulle ha fokus: på de anslagsvis 3 % som falt ut av programmet, eller de 97 % som klarte seg. ”Men disse 3 % de forsvinner ikke, de blir her. Det er derfor det er så viktig å fange de, ellers ender de jo opp som sosialklienter til evige tider”. Imidlertid var alle tre enige om at de har en ganske pragmatisk holdning i Kristiansand, som gjør at de fleste *er* med i programmet. De vil at alle skal prøves, og fungerer det ikke kan en gi dem permisjon.

### *Lærerrollen*

Angående tradisjonell lærerrolle, gikk én bestemt ut: ”Jeg tenker at læreren skal ta seg av norskundervisningen. Punktum!- pluss litt til, for all del. Altså det er *norskundervisningen* som er i fokus”. De kom etter hvert fram til at det likevel ligger mer her enn det umiddelbart antatte. Da de snakket om lærerrollen, hadde flere møtt lærere de syntes gikk for langt i å involvere seg i elevenes liv, men at ”det å være lærer overfor disse, er ikke nødvendigvis sikkert at en skal være tradisjonell”. De kom fram til at det var viktig å finne balansen, og var enige i at ”det er soleklart at skolen har sånn behandlende effekt for folk i disse gruppene, bare for noen å ha noen å snakke med hadde spart helsevesenet for en hel del”.

Her merkes de samme tendensene som i lærergruppa at de går fram og tilbake på hva som er lærerens oppgaver, hvor mye hun skal involvere seg i ”elevenes liv” utover ”at det er norskundervisningen som er i fokus”. Dette tolker jeg som uttrykk for kompleksiteten, usikkerhet og et uttrykk for habitus.

Gruppen mente det var forskjell på lærerne, noen ble oppfattet som strengere enn andre og skrev fravær på en time, dersom eleven bare kom 5 minutter for sent, og dermed trekkes eleven 100 kr. De trodde lærerne følte seg styrt av praksisen på skolen, og at det også er noe med registreringen i datasystemet som gjør det vanskelig. De ga uttrykk for at det var et dilemma, at samtidig som det kunne føles litt strengt, også var noe med den *oppdragende effekten* med tanke på arbeidslivet, dessuten gjorde de et poeng av at det kunne være vanskelig for skolen "å forskjellsbehandle i en klasse".

Noe av de samme dilemmaene var også lærerne inne på, men de snakket om den positive effekten av "riset bak speilet", og at elevene ble tett fulgt opp av systemet. I fokusgruppen for flyktninger sa en av deltakerne: "Jeg husker vi mistet 100 kr hvis vi kommer for seint. Det er overfladisk hjelp", og selv om utsagnet etterfulgtes av en liten latter, hørte jeg en sårhet i det.

"Hensikten med det er jo til det gode, i alle fall i teorien", likevel syntes de det var et dilemma fordi "du vet på en måte hvem du kan regne med får en masse trekk. Du har noen der du vet at det er problemer, eller der er masse små barn - ja, da har du igjen dette med den helt totalt individuelle greia, alle er jo så forskjellige".

### *Samarbeid*

Alle tre var enige om at de synes samarbeidet med skolen, slik det har fungert i de siste par årene var godt, ikke minst fordi de hadde noe kontortid på skolen, for som én sa: "Vi er jo helt avhengige av et tett samarbeid med lærer". På spørsmål om hvordan de kunne samarbeide om elever med psykiske problemer, ble det flere ganger understreket hvor verdifullt og nødvendig et tilrettelagt tilbud som Basen var: "Det blir jo for de man ser veldig klart har et *behov*, som overhode ikke er i stand til å følge en ordinær klasseromsundervisning". I en ordinær klasse stilles det krav til elevene, så hvis folk slet *der*, var de underlagt et annet reglement enn ved tilrettelagt undervisning. Derfor mente de at fordelene med større fleksibilitet i forhold til frammøte, kunne bety at en fikk "mer ut av personen - men det er litt vanskelig å balansere mellom det å stille krav og det å ha forståelse for den situasjonen de er i". Når det gjaldt samarbeid med helsetjenesten syntes de det var mer problematisk: "Det er liksom ikke *oss* de skal ha fokus på", fordi flyktninghelsetjenesten konsentrerer seg om asylsøkerne og første-gangsundersøkelsen. Rådgiverne visste ikke hvem de skulle henvende seg til dersom det oppsto en akutt krise for disse som hadde fått opphold, for de fleste flyktningene hadde på dette tidspunktet fått en fastlege "som de har truffet i ett kvarter". Programrådgiverne mente det lå en utfordring her, for det første å finne ut hvem de skulle henvende seg til i de ulike tilfellene, og for det andre å få tak i legen "få de på banen, rett og slett å få kontakt".

De kom flere ganger tilbake til denne frustrasjonen, hvordan få fatt i en lege, hvem kan en ringe til i akutte tilfeller. Her følte de på en mangel.

I diskusjonen om hvor langt en programrådgiver skulle gå inn i en sak, kom det fram ganske stor uenighet og usikkerhet i gruppen. ”Enkelte kan jo nøye seg med å henvise til en lege og slippe han der, og føle at det er ikke vår oppgave å gå videre med dette, mens andre kanskje følger dette løpet lenger, og finner ut eventuelt hva denne personen trenger, hvilke behov”. De fikk av og til bekymring fra læreren ”fordi de har så tett kontakt med de, ser de om en er forandret, og dette er ganske akutt kanskje. Hvor skal en da ta kontakt?”

De uttrykte igjen stor frustrasjon og usikkerhet om hvor de kunne henvende seg, særlig i akutte tilfeller. Psykiatriske sykepleiere på flyktninghelsetjenesten henviser videre fordi de ikke har tid til å ta disse samtalene selv, men programrådgiverne sa at det likevel kunne være en veldig god støtte å ha dem i bakhånd.

På spørsmål om hvordan skole og helse kunne samarbeide bedre, syntes de det var litt vanskelig å svare, de visste for lite om helsesøsters rolle, men mente det var viktig å ha denne funksjonen og det bindeleddet. Mente også at her kunne det være mulig for elevene snakke, ”opparbeide en type tillit, i forhold til hvem de er, at de i det hele tatt har tid”.

Det er en klar utfordring for alle etater som står rundt denne flyktninggruppa med bedre dialog og samarbeid.

#### 5.4 Flyktninggruppen

I utgangspunktet besto gruppen av femdeltakere. Én meldte fravær på grunn av sykdom. Av de fire fram møtte var *tre* reelle flyktninger. Den fjerde var innvandrer, men jobber med flyktninger og anså seg derfor til å kjenne systemet og å være en adekvat representant for gruppen. Jeg hadde i utgangspunktet bare ønsket meg informanter som selv hadde flyktet, som hadde vært utsatt for krigshandlinger og dermed hadde et nærmere forhold til problemene. Jeg var uforberedt på at *en* var innvandrer, og dermed hadde et annet perspektiv.

Men ved nærmere ettertanke gjenspeilte gruppen mangfoldet på skolen, der innvandrere er en del av elevmassen, også i Basen. Det ga oppgaven en større bredde å ta med hennes synspunkter, selv om hun var den som divergerte mest fra gruppen som helhet. Hun så også enkelte spørsmål fra en annen vinkel enn de tre andre. Noen av dette materialet velger jeg å utelate fordi det ligger utenfor oppgaven. Gruppen representerte tre ulike kulturer fra tre ulike verdensdeler. Av praktiske hensyn velger jeg å omtale gruppen som ”flyktningene”.

##### *Møte med det norske samfunnet.*

Innvandreren var opptatt av inkludering i det norske samfunnet, komme raskt i kontakt med nordmenn, og raskt få kontakt med arbeidslivet igjen. Var imot det hun betraktet som en norsk holdning: ”vi” og ”dere”, men ønsket ”oss”. Ville bli tatt hensyn til som likemenn. Ellers mente hun at mange som kommer har store forventningene: ”Norge er paradiset, hytte, villa,

Mercedes utenfor osv. Kommer og møter hverdagen som er ganske sterilt her i forhold til hva de er vant med når det gjelder det sosiale, når det gjelder det økonomiske”.

To av dem som var reelle flyktninger beskrev tiden i mottak som *svært* vanskelig. Den ene sa de nok hadde skoletilbud, men interessen for å lære norsk var liten fordi de fleste trodde krigen ville slutte etter noen måneder, så skulle de returnere hjem. Dessuten hadde noen problemer med å møte hver dag, eller sitte stille lenge, særlig de som hadde vært i konsentrasjonsleir. ”Enda verre å bo i mottak enn i krigen – ingen ting – kan ikke sammenligne krig og mottak, men alene. Var der i 2 år uten noe å gjøre. Du har ikke råd, bare mat og et sted å sove”, og videre: ”Når du kommer til Norge – du har ikke sosial, du har mistet alle mennesker som er rundt deg, du har ikke noen personer som du kan dra til”. Hun hadde også syntes det var svært vanskelig at ingen spurte henne hvordan hun hadde det, men bare tenkte på det materielle.

Helsepersonell var inne på at all forskning sier at tiden i asylmottak kan være svært belastende og gjøre mange syke, og reaktivere traumene. Det er en bekreftelse på hjelpeløsheten og avmaktfølelsen, usikkerheten og at andre bestemmer over deg.

### *Kultur*

En i gruppen hevdet at Norge har en kort historie og liten erfaring med innvandrere og flyktninger, og derfor mente hun vi har for liten kunnskap om andre kulturer og tenkemåter. Hun hevdet at ”mange utlendinger manipulerer legene og psykiatere for å få sin sak gjennom, fordi legen ikke vet nok om kulturen. ”Mange utlendinger skjønnte dette, at han som sitter foran meg kan jeg manipulere, jeg kan gjøre hva som helst, det er vanskelig for han å oppdage det. Generelt systemet er bygget og laget til nordmenn, da blir det vanskelig å ha samme kontroll på det andre”

Dette var også programrådgiverne inne på, at noen leger bare skriver ut en diktat av det deltakerne kommer og sier. Helsevesenet selv innså at kulturelle spørsmål kunne være til hinder for godt samarbeide lege/pasient, ”systemet er laget for nordmenn”. Alle var enige i at kulturelle aspekter kan ha mye å bety hvorvidt en får hjelp, eller vil benytte seg av tilbudet. ”De fleste egentlig har ikke lyst, enkelte aldri. Det er et problem som eksisterer”. En annen mente at ”mange vil men får ikke informasjon. Der de kommer fra, når det gjelder psykisk syk og traumer, det var skam. Ingen ville snakke om det. Men hvis du har en sånn tillit, en du kjenner veldig godt, da det var lettere å akseptere”. De mener det er et problem for utlendinger, dette med skam, at de ikke vil gå til psykiater eller psykolog. En av informantene tror ikke Norge kan gjøre stort med det, ”man kan ikke forandre negative holdninger, men kanskje man må tenke i andre baner”. Denne tanken ble fulgt opp: ”Hvorfor er det bare sykehus som har, de vil ikke gå til psykolog eller psykiater som sitter på sykehus, men hvis kanskje skolen kunne gi tilbud, på skolen sitter en ekspert, flytte tjenesten til et annet sted,

kanskje det kunne gi bedre resultater?” Én i gruppen mente flyktningene også var redde for konsekvensene. Hun hadde opplevde en familie, der foreldrene hadde vært i konsentrasjonsleir i 2 år, og etter 3 måneder i mottak tok barnevernet barna fra dem, ”så hele familien ble ødelagt, så ofte kommer alt for fort barnevernet, og de tenker ikke hva mennesker har opplevd”.

Slike hendelser er med på å øke mistenksomheten og ødelegge tilliten til offentlige etater, tenker jeg. Det som nok ut fra norske forhold er godt ment, blir ikke forstått i en annen kultur, og skaper mistillit.

Angående syn på helsetilbudet hadde de litt ulikt utgangspunkt. Én kom fra et land med ganske dårlig helsetilbud, men alltid måter å sno seg på, ”Her er det *sånn*, og du må *høre* og du må *lyde* bare. Det kan være veldig tregt når det gjelder helsesystemet, som flyktning kan lide av, veldig”. En annen var vant til mye bedre tilbud enn det hun synes vi har i Norge, for her jobber systemet så seint. Dessuten syntes alle det er for dyrt, ”det er mange som ikke har lyst til å betale så mye for helsetjenester så de tar den beslutning å ikke gå. Økonomisk sett, de sparer på sin helse. Når det kombineres med ventetid, hvis en har akutte behov og må vente på å møte lege eller spesialist i uker eller måneder, da det kan være ganske demotiverende”

Det var altså ganske stor skepsis til helsetilbudet her til lands. Dette forbauset meg. Men helsepersonellet var inne på det samme, at mange flyktninger synes legene er dårlige hvis de ikke kan gjøre dem ”friske”.

### *Behandle*

Når refleksjonene gikk over til hva de legger i begrepet behandling, så de veldig vidt på dette: ”Veldig stort, man kan tenke *masse forskjellige ting*: bli hørt, få tillit til hverandre, bli sett, det er en del av behandlingen” og ”Å akseptere er behandle, det å gjøre noe, å hjelpe, komme i dialog”. De var alle enige om at en *ikke kan skille* undervisning og behandling, ”En dyktig lærer kan la de gå inn i hverandre (viser med å folde fingrene) når som helst og hvor som helst. Fordi han har jo bakgrunn og nok kunnskap om den som sitter foran han”. En annen sa: ”Veldig vanskelig å sette klare og strenge grenser mellom undervisning og behandling, fordi det blandes hele tida, og uten at du behandler noe kan du ikke gå videre med undervisningen. Det står som et hinder hvis du ikke har behandlet et problem”.

Her kom det fram mye innsikt. For det første hadde de et overraskende vidt syn på hva de anså som behandling, også det å komme i dialog. Dessuten ble det trukket fram at uten behandling kan du ikke gå videre med undervisningen. Dette erfarer skolen, mangel på konsentrasjon, hukommelsessvikt, uro osv, som lærerne trakk fram. Også helsegruppen sa at de ikke kunne komme i gang med det de skulle før alt det andre rundt var ryddet opp i. Det ble også trukket fram at hvis en skal behandle, må en ha kunnskap.

Da de snakket om traumer sa én at ikke alle traumer trenger behandling, noen traumer trenger bare tid. Hun tenkte at noen mennesker som har opplevd traumer og tortur som kan føre til psykisk lidelse, tar det som en *naturlig reaksjon*, at det ikke er det første de trenger hjelp til. De

kommer fra land hvor de er vant til mye stress: ”Det er vanlig. Snakker du for eksempel om et arabisk land, snakker de ikke om psykisk helse. Det er det ingen som bryr seg om, det viktigste er brød, hus, jobb, jeg vil ha kone og barn”. Hun mente en heller ikke kunne snakke til dem om angst og depresjon, det er *ikke ord* som blir brukt i den kulturen en gang.

Det siste er interessant, og fullt i tråd med det helsevesenet opplever i forbindelse med tolker, det er vanskelig å finne gode tolker på medisinsk språk, også fordi mange ord og begreper *vi* bruker, ikke finnes i det andre språket.

Én av deltakerne sa veldig bestemt: ”Det fins ikke en eneste flyktning uten mental problem – uten at man behøver å snakke om traumer. Det er bare et spørsmål om på hvilken måte man skal møte disse. Det er ikke lett for utlendinger å snakke om psykiske problemer fordi det er tabubelagt, kan skade familien hvis de er gale, da må vi tenke på en annen måte, de fleste går ikke til psykolog, har ikke tillit, har ikke språk, vil ikke ha tolk. Da er det venner som kan hjelpe dem mer”.

Jeg tenker at dette er et viktig funn: ”Det er bare et spørsmål om *på hvilken måte* man skal møte disse”, altså på ”en annen måte”. Og det kommer fra brukerne selv!

### *Helsefremmende*

Når det gjelder helsefremmende tiltak, syntes én i gruppen at det viktigste er å motivere elevene til å forstå at skole er beste veien til å oppnå noe, at arbeid og skole kurerer best alle traumene og motiverer folk til å tenke at det er ”best å gjøre noe med de hindringene som gjør at de ikke klarer det”. Mener det er viktig å skape et miljø som er positivt: ”Veldig viktig steg mot rehabilitering hvis alle kunne bli subjekt i undervisningen”. Alle var enige om at skolen er bra, det får folk ut; ”skolen er ikke bare et sted du lærer, men et sted du møter andre mennesker, som hjelper deg, som du kan prate med. Det er noe *helsefremmende*, et *helsested*, det er ikke bare psykolog eller medisiner, men skolen med mennesker er rehabilitering på en måte”. – ”Den personen som har traumer, han har tilhørighet til skolen. Noen andre steder det tar tid, det er hardt”

Jeg tolker også dette som viktige synspunkt fra brukerne selv, de var enige i at skolen betyr mye i de fleste flyktningers integrering og rehabilitering, og pekte på dette med tilhørighet som de anså som så viktig, men som for noen tar lang tid å etablere. De mente det er viktig å undersøke hvorfor noen faller ut av undervisningen. ”Mange klarer ikke å stille på skolen, klarer ikke av mange grunner å tilpasse seg til skole. Av 10 elever er det 10 ulike reaksjoner – hva er problemet? Må snakke med de, mange sier *jeg har lyst til å snakke – ingen hører på oss*”. Og en annen sa: ”De må ha *trygghet* for å være ærlige nok”.

Igjen dette å snakke, og spørre når det er problemer, for å gi eleven selv sjans til å forklare seg. Viktig moment, *at de må ha trygghet for å være ærlige nok*. Jeg tolker utsagnene flyktningene kommer med, både her, og andre steder i samtalen, som at de anser relasjonsbyggingen på skolen, ikke minst til læreren, som ganske avgjørende.

De mener alle at et tilbud som Basen er et steg i riktig retning, og mener vi trenger å utvide tilbudet til andre spesifiserte behov, fordi det er viktig å finne mye mer variert tilbud som elevene trives med. ”Alle kan bli bedre, tror jeg, hvis du ikke klarer vanlig undervisning i en klasse, hvis du har mulighet til tilrettelagt undervisning – hvis vi har nok penger til det”

Her kommer også flyktingene inn på spørsmålet om penger, som jo er et realistisk poeng. Ellers fremheves dette med å gjøre noe som er meningsfullt, som de kan trives med, å ha mye helsefremmende i seg.

Gruppen mente at ”de andre etatene ikke har så stor mulighet som skolen kan behandle, derfor må skolen være nokså robust, ta alle, som jeg ser det, imøtekomme alle behov. Det er en prosess, kan ikke bare sånn (knipser med fingrene). Tillit, må bygges opp fra bunnen av”. De syntes skolen var veldig streng, mange mistet plassen, ”men det er ingen som har spurt hvorfor han kommer ikke. Mange som klarer ikke å sove om natten, begynner klokka 7 å sove. Skal ikke straffe med en gang, men høre hva er grunnen - det finnes noen grunner som hindrer”

Igjen, dette de understreker gang på gang, det fins en grunn, og at det er viktig at læreren undersøker dette. Derfor kan det bli feil hvis læreren har den holdningen at hun vil vite minst mulig, eller hvis en anser fravær som ”skulk” og ”giddeløshet”. Det kommer fram fra det flyktingene selv sier at de er redd for å miste plassen, særlig hvis det sosiale nettverket er lite. ”Skolen må være robust”.

### *Kunnskap*

En av flyktingene sa hun syntes det var viktig at lærerne lærte så mye som mulig ”om dette området, som er veldig stort og bredt”. Hun trodde ikke alle kunne nok om de problemene elevene sliter med. Men ”hvis en lærer skal behandle, så må han ha kunnskap, må være dyktig, være forberedt. Det er ikke det samme hvem som behandler”. Men la til: ”Fra en annen vinkel blir det en stor belastning for læreren i skolen der han skal lære norsk. Jeg tror ikke det er et tema de snakker om, så læreren i seg selv er ikke lært opp – det krever veldig mye av han”. På spørsmålet om de følte de ble møtt med forståelse for den vanskelige situasjonen de var i da de kom, sa en som hadde sittet i mottak lenge at ensomheten og isolasjonen var det verste ”Bare en person som fulgte oss og kjøpte det materielle, og et sted å bo. Det er ting, men ingen som spørre oss hvordan du har det.”

Flere ganger kom dette savnet fram, at noen viste interesse for hvordan de hadde det og at noen åpnet opp for at de kunne fortelle det de følte de hadde behov for å få ut. Jeg undres om det har noe med den norske holdningen til profesjonalitet å gjøre, en innebygget reserverthet mot å komme inn på andres private områder, en slags høflig tilbakeholdenhet, et uttrykk for vår norske habitus, men som kan virke sårende på mennesker fra andre kulturer. De føler det nærmest som mangel på interesse, og avvisning. Ellers ga de uttrykk for innsikt i at det krevdes mye av læreren.

De hadde mange tanker om anerkjennelse: ”Du må anerkjenne hvem han er, uansett om han er syk eller frisk, for meg er det å anerkjenne å akseptere”. Andre tilføyde: ”Bli kvitt alle fordommer”. ”Veldig viktig at vi tar mennesker som de er, alle er forskjellige. Vi skal anerkjenne

hverandre, som er veldig viktig vilkår for dialog, for å kunne kommunisere med hverandre”.

Og likeledes ”anerkjennelse er å vise at vi er interesserte i å hjelpe”.

Her kommer et viktig moment inn: *kommunisere med hverandre*, det er dette som har gått som en rød tråd gjennom hele intervjuet; snakke sammen, spørre, bli kjent med den andre og akseptere annerledesheten, det er dette som ligger i anerkjennelse.

De mente at mange sliter med traumer, ”det kan sitte veldig dypt, uten at man er klar over det, psykisk stress kan skape traume”. Én uttrykte at ”det er et *sårt* tema egentlig, og der er mange ting som påvirker det”. Hun så det som et savn at de som jobber med flyktninger ikke kjenner historien og vet ”lite grann” om hva de har gått gjennom, ”alle ville tjene på det”, både flyktingen og de som jobbet med flyktninger. Hun mente at når vi ikke vet det, er vi i en ond sirkel uten å oppdage dem som har behov, fordi det er en helt annen kultur og annerledes holdninger. ”Det kan krasje ganske fort, og da kan det gå ganske lang tid uten at vi får gjort noe”. En annen tilføyde: ”kanskje de får hjelp når de har gjort noe galt? Vi får seint. Noen havner andre sida, de begynner å bli verre, som for eksempel psykisk syke, begynner å drikke, narkotika. De har ikke noen medisiner som hjelper, men alkohol og narkotika er akkurat som medisiner. Det er mange som havner i fengsel og jeg kan telle mange som trenger psykisk hjelp”

Her kommer det tydelig fram at selv om mange har en uvilje mot å snakke om de traumatiske hendelsene og problemer som følge av det, anser gruppen det likevel som viktig at de som jobber med dem vet noe, og *det før* det har gått galt.

De mener imidlertid at det er forskjell fra kommune til kommune, og tror at det er bedre i små kommuner, og at det kanskje også er forskjell på nå og for 15 år siden når det gjelder faglig personell i mottaket.

Programrådgiverne var også inne på at det er mer oversiktlig i små kommuner og ikke så stort arbeidspres.

### *For syk*

De diskuterte litt fram og tilbake hvem som kunne avgjøre *om* og *når* en elev var for syk til å få undervisning, og mente det var helt urimelig at læreren tok et så stort ansvar alene, det burde være en felles beslutning i ei gruppe. Men uansett, ”man må ha et alternativ til han”. Igjen kom de inn på hvor viktig de syntes det var at ”så mye som mulig av ressurser og kunnskaper samles og skjer på skolen og at elevene *ikke* tas fra skolen og plasseres på institusjoner og sykehus”, fordi skolen er ”et sted som de kjenner veldig godt og føler tillit til”. De sa at mange kommer tilbake etter at de har sluttet, ”de søker læreren de hadde før, det er derfor du kan se læreren er så *viktig*, skolen er så veldig viktig”, for som en sa: ”Sosialkontoret er ikke et sted hvor man kan hente mer, de bare tar i mot søknader og behandler søknadene veldig firkantet, treffer avslag eller - kontorene stenges klokka 4, etter det får du ikke hjelp, selv om det er viktig. Da er



det mange som stoler på læreren, og selv om de ikke går på skolen lenger, kommer de tilbake til læreren.

Viktig at det fins et alternativ, dersom en blir tatt ut av skolen. Det er det samme som programrådgiverne mente med ”det tomme hullet”, og som de andre gruppene også var inne på. Mennesker kan ikke skyves ut i ensomhet og isolasjon, det blir helt motsatt av rehabilitering. Dessuten får mange stor tillit til læreren, som det kom fram her. Siden ingen fokusgrupper har kommet fram med opplagte alternativ til skolen, mener jeg det er ekstra viktig å tilrettelegge lavterskeltilbud for dem som ellers ikke ville hatt annet alternativ enn å være hjemme.

## 6.0 Videre bearbeiding, tolkning og drøftinger

Jeg skal i dette kapittelet gå dypere inn i tolkningen av de mest sentrale perspektivene som har kommet fram ved å analysere og bearbeide empirien, og drøfter funn opp mot tema, problemstillinger, relevant teori og tidligere forskning. Jeg velger å ordne stoffet ut fra det jeg tolker som hovedfunn: Ikke noe mellom *frisk – gal*; *Behandling* kan defineres vidt, derfor *ikke* skarpe *grenser* mellom behandling og undervisning; Spørsmålet er ikke *om* det er ei gråsoner, men *hvordan*; *Må ha kunnskap*; *Må være i dialog*.

Alle funnene henger tett sammen og griper over i hverandre, så det kan være vanskelig å skille dem fra hverandre når jeg nå skal gå nærmere inn på dem ett for ett.

### 6.1 *Frisk - gal*

Det kanskje mest interessante og viktigste funnet som kom fram da jeg tolket utsagn fra flyktninggruppen, var at det i mange kulturer ikke er noen mellomting mellom å være psykisk *frisk* og å være *gal*. Som én i gruppen sa: ”det er ikke lett for utlendinger å snakke om psykiske problemer fordi det er tabubelagt, kan skade familien hvis de er gale”. Gruppen reflekterte videre over at mange som har opplevd tortur, tok reaksjonene som en naturlig følge, ”det er ikke det største du trenger hjelp til”. Det ble sagt at i for eksempel arabiske land, snakker de ikke om psykisk helse, og bruker ikke ordene depresjon og angst, ”det er noe ingen bryr seg om, de vil ha hus, jobb, kone, barn”, mens derimot ”depresjon og angst er de største ordene vi bruker i det norske samfunnet, fordi det å ha hus og mat er en selvfølge, og det er naturlig at menneskene leter etter en annen utvei”. Et slikt utsagn gjør det nærliggende å undres om vi i vårt velferdssamfunn har sykelliggjort følelser og tilstander, som under andre og vanskeligere forhold regnes som normale reaksjoner? Dette er et interessant spørsmål, men jeg velger å ikke gå nærmere inn på den problematikken her.

Tilsvarende funn som mitt blir omtalt i boken *Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger- veileder* (Dahl, Sveaass og Varvin, 2006). Her sies det at en del flyktninger blir

henvist til psykiatrisk poliklinikk uten å vite hvorfor, eller hva dette er, fordi selve konseptet om ”terapeutiske samtaler” er en vestlig oppfinnelse av nyere dato, og at det ikke er en tverrkulturell oppfatning av at det kan hjelpe å snakke med en terapeut, eller snakke om hvordan man har det. Tvert imot kan det føre til frustrasjon og sinne fra flyktningen fordi vedkommende ikke får den hjelpen som forventes, fordi mange flyktninger kommer fra land der det å gå til psykolog eller liknende er helt ukjent, eller tegn på galskap (ibid). Ayaan Yasin, en av ildsjelene bak Primærmedisinsk Verksted som drives av Kirkens Bymisjon i Oslo sier at det er i Norge somaliere har lært om depresjon. Mange somaliere skjønner ikke hva som skjer med dem når de blir deprimerte. De kjenner seg bare trøtte og slitne, og har kanskje vondt i kroppen, ingen av dem forstår at det er fordi de sliter psykisk (Garbo, 2005). Denne tendensen til somatisering blir påpekt som normal reaksjon i all traumeforskning. Det er også interessante uttalelser tidligere leder for den somaliske velforeningen i Oslo, Bashe Musse kommer med. Musse, med bakgrunn som journalist i NRK, ble somaliernes talsmann i forbindelse med ”trikkedrapet” i Oslo i 2004. I følge Musse er somalieres og nordmenns syn på psykisk helse grunnleggende forskjellig. Han sier at svært få somaliere oppsøker det norske helsevesenet for psykiske problemer. Da har de mer tiltro til moskeen (ibid). Slike uttalelser styrker min antagelse om at selv om de ikke kommer til psykiatrien, kommer de til skolen.

Det overrasket meg at flyktningene uttrykte liten tillit til det norske helsevesenet, ikke bare at ”det er dyrt og lang ventetid”, men, som også helsepersonellet ga uttrykk for, ”Mange skjønner ingenting av det som foregår”. Dypere innsikt i andre menneskers- og kulturers tenkemåter er med på å kaste lys over flyktningenes tilbakeholdenhet og frykt for psykiatrien, for, som det også kom fram i empirien, de er redde for å bli stemplet som gale.

I tidsskrift for Den norske legeforening (15/ 2009: 1488) refereres det til en undersøkelse om *legers forhold til flyktningpasienten*, hvor det kommer fram at språkvansker og kulturforskjeller kan gjøre forståelse av symptomer og plager vanskelig. 28 % av fastlegene vurderte sin kompetanse som lav, og 29 % av legene likte ”under middels godt” eller ”dårlig” å arbeide med denne pasientgruppen. Legene visste ofte ikke om pasientenes plager skyltes at de hadde vært traumatisert, fordi mange var tilbakeholdne med å invitere til samtaler om traumatiske opplevelser. Undersøkelsen viste også at mange flyktninger og torturofre blir avvist av psykiatrien (Varvin, & Aasland, 2009). Det er nærliggende å anta at dette skyldes en ensidig fokusering på de somatiske plagene. Desto viktigere blir det da, etter min vurdering, at skolen er bevisst, og bruker de midler den har til rådighet for å imøtekomme behovene til disse menneskene, som selv ikke har noe alternativ mellom frisk og gal. Kommer de til skolen er de ”friske” og setter ikke noen grenser mellom undervisning og behandling.

## 6.2 Grenser mellom behandling og undervisning

Dette leder naturlig over på det jeg tolker som nok et funn, og som igjen ble sterkest uttrykt i flyktninggruppen, at de syntes det var *unaturlig å sette grense* mellom behandling og undervisning, ”fordi det blandes hele tida, og uten at du behandler noe kan du ikke gå videre med undervisningen”. Jeg er klar over at slike uttalelser kan henge sammen med hvordan en tolker begrepene. Men etter å ha fått dypere innsikt i synet mange flyktninger har på forholdet frisk/gal, forstår jeg bedre den åpne definisjonen gruppen hadde på begrepet behandling. For, som jeg tolker det, blir det helsefremmende aspektet ved skolen sett på som god behandlingen, ut fra den oppfatningen at ingen som går på skolen blir oppfattet som ”gale”, selv om mange kan ha problemer som blokkerer for læring, hindrer frammøte, og som på ulikt vis gjør det vanskelig å oppfylle kravene skolen stiller. Derfor så flyktninggruppen verdien av tilrettelagt undervisning i små grupper. Det blir sett på som uttrykk for å ta menneskers problemer på alvor, og for respekt. Da blir heller ikke behandlingsbegrepet oppfattet så snevert, eller en blir så opptatt av å definere hvor grensene mellom undervisning og behandling går, fordi dette oppfattes å gripe inn i hverandre. Om ikke alle fokusgruppene hadde like åpent syn, kom alle likevel etter hvert fram til at det var vanskelig å sette skarpe grenser i det jeg definerte som *gråsonen*.

Ved at jeg bevisst har brukt *behandlingsbegrepet*, i stedet for *helsefremmende* eller *rehabiliterende*, kommer fra ønsket om å klargjøre hva som legges i ordene en bruker, og for å utfordre min forforståelse av hva som kan være mulig å gjøre i skolen i forhold til rehabilitering. Som jeg ser det, fikk jeg støtte fra helsegruppen når de sa at ”begrepet behandling ikke må stå i veien” for ”kanskje det ikke er så spesielt. Kanskje det er noe med å sette det inn i en sammenheng og se *hva*, i stedet for å la seg dupere av at det *ikke* skal være behandling i skolen”, og videre ”tror at det går an å legge forskjellige ting i det(...)og ikke definere begrepet så snevert”. Dette er en bekreftelse på det jeg håpet å finne. Derfor mener jeg det ligger en stor ressurs i *gråsonen* mellom undervisning og behandling.

## 6.3 Gråsonen

Denne erkjennelsen leder til et annet funn, eller kanskje heller en bekreftelse og aksept på at: *Ja, det er ei gråsoner*. Det finnes et grenseland når en underviser traumatiserte flyktninger, der det skolen kan gjøre også er forenelig med ”god behandling” som en tradisjonelt har ment kommer inn under det helsepersonell skal gjøre. Med andre ord, at i rehabiliterende pedagogikk griper undervisning og behandling over i hverandre. En av helsepersonellet betegnet dette som at vi står i et *skjæringspunkt* mellom skolen og helsevesenet, altså der disse to *møtes*. Det kan bety at læreren av og til må gå litt utenfor det hun tradisjonelt har pleid å gjøre. Men så er heller

ikke elevene de samme som dem hun tradisjonelt har møtt i norsk skole, og som hun kanskje er utdannet til å undervise. ”Vi er ikke en vanlig grunnskole, jeg trengte ikke vite dette da jeg underviste der”, sa en av lærerne. Det var imidlertid interessant å observere i alle fokusgruppene hvordan erkjennelsen om at det virkelig *var relevant* å snakke om ei gråsonen vokste fram, nettopp fordi det var så vanskelig å sette noen skarpe grenser for hva undervisningen kunne inneholde i forhold til det som også kunne betegnes som *behandling og terapi*. Spørsmålet dreide seg heller om et *hvordan - hvordan gjør vi det?* Det fordrer kunnskap.

#### 6.4 Kunnskap

Da blir det neste funn en erkjennelse av at i denne gråsonen trenger vi *kunnskap*, på flere plan. Generell kunnskap om den elevgruppen vi jobber med, i noen tilfeller spesifikk kunnskap om den enkelte elev, og kunnskap om traumemestring og rehabilitering, altså helsefremmende tiltak som etter min vurdering blir godt ivaretatt i den danske modellen for rehabiliterende pedagogikk.

Alle fokusgruppene innså at det krevdes noe ekstra å jobbe med de tyngste elevene, at denne undervisningen fordret spesielle kunnskaper. Den generelle kunnskapen om traumer øker forståelsen av hvordan tortur, terror, krig, flukt og eksil kan bryte ned og påvirke et menneskes videre fungering og livskvalitet (Kleivan, & Skadhauge, 2002). Dermed får skolen økt kunnskap om hvilke konsekvenser dette kan ha for læringsevnen og fungeringsnivået, samt hvilke utfordringer det kan innebære for læreren å tilrettelegge undervisningen for å møte behovene i denne elevgruppen, for som en av programrådgiverne sa: ”Jeg tenker at læreren skal ta seg av norskundervisningen(...) *pluss litt til..*”. Det er for eksempel viktig å ha kunnskaper om at de *volds- og torturutsatte* flyktingene kan by på en spesiell utfordring, fordi selve det mellommenneskelige rom er blitt truende og farlig. Mennesker som er torturert nærer ofte en dyp mistillit til andre mennesker, særlig til autoritetspersoner (van der Veer, 1994; Rack, 1986). Mistro til andre, på grensen til paranoia, var et av symptomene ved PTSD. Dahl, Sveaass & Varvin (2006) sier likeledes at flyktingene kan være vare for støy, ha generelt lav stress-toleranse og behov for redusert arbeidstid. Trygghet, oversikt og kontroll er viktig i slike situasjoner. I perioder kan en-til-en undervisning være nødvendig. Denne *kunnskapen* bør, etter min mening, skolen ta hensyn til.

Som det gikk fram av empirien, hadde alle gruppene forståelse for hvor viktig det var at elevene *kom* på skolen og *ble værende*, på tross av problemer. Alle innså at utfordringen besto i å tilpasse tilbudet til den enkelte, fordi det daglige nederlaget ved ikke å klare å følge med, gjorde det nærliggende for eleven å utebli fra den vanlige undervisningen. Nyere undersøkelser

viser at mange voksne innvandrere avbryter norskopplæringen, og har ofte større problemer enn majoriteten på arbeidsmarkedet. Strategiplanen 2004-2009 refererer til en utvalgsundersøkelse der 84 % av de spurte opplyste at de hadde deltatt i norskopplæring, og 41 % at de hadde fullført opplæringen (Drøpping & Kavli 2002). I sluttrapporten fra prosjektet *Norskopplæring for voksne innvandrere 1998-2001*, ble det konkludert med at opplæringsløpet er preget av avbrudd, lite kontinuitet og liten intensivitet (VOX, 2002). Disse og liknende funn blir det nå tatt hensyn til i den reviderte strategiplanen (2007):

”Stort frafall, høyt fravær og manglende språklig progresjon hos en del av deltakerne kan skyldes psykososiale problemer, som sorg, stress og traumatisering. Det er viktig at språklærere og ledere har kompetanse til å identifisere slike problemer. Denne kompetansen finnes ikke i den formelle lærerutdanningen, og det er behov for et ekstra kompetanseløft for lærere som underviser voksne flyktninger og innvandrere (ibid:23)

Det *kompetanseløftet* departementet her innser at det er *behov for*, tolker jeg som anerkjennelse for at det *er* et problem, også for læreren. Jeg oppfatter det også som et optimistisk løfte om å gi lærerne økt kunnskap.

Også fra helsevesenet får lærerne støtte for de ekstra utfordringene skolen har fått, dette kom klart fram i fokusgruppen, men også i *Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger* sies det: ”Flyktningpasienten i rehabiliteringsopplegg vil oftest trenge spesialpedagogisk opplegg i norskundervisningen fordi det ofte er knyttet store lærevansker til deres lidelse” (Dahl, Sveaass & Varvin, 2006:43). Jeg tolker det som bred aksept for at dersom skolen skal gi ”god undervisning som samtidig er god behandling”, må lærerne ha den nødvendige *kunnskapen*, altså få det ekstra *kompetanseløftet* departementet påpeker, men som ennå ikke finnes i den formelle lærerutdanningen.

Lærerne påpekte også at manglende opplysninger *om* elever ”som det er noe med”, og som alle andre unntatt læreren visste om, var en svakhet i systemet, ”så hadde jeg ikke behøvd å tabbe meg ut”. Dette går på systemnivå, mens flyktningene i fokusgruppen var veldig klare på at læreren selv ikke måtte være tilbakeholden med å spørre dersom de mistenkte at der var et problem: ”Av 10 elever er det 10 ulike reaksjoner – hva er problemet? Må snakke med de, mange sier *jeg har lyst til å snakke – ingen hører på oss*”.

Kunnskapen om hvor avgjørende det er for et menneske å få følelsen av å bli sett og hørt som den unike personen hvert menneske er, ble gjentatt mange ganger i fokusgruppene, og i alle gruppene ble det å *bli hørt* trukket fram som helsefremmende. Dette tolker jeg slik at *da* må man også *være villig* til å risikere at flyktningen ønsker å fortelle sin historie, fordi han vil at læreren skal forstå. Da er det ifølge rehabiliterende pedagogikk viktig at læreren lytter og viser positiv interesse fordi mange er sårbare overfor det de oppfatter som avvisning (Bie & Skadhauge, 2005). Å ha kunnskap om fakta, betyr ikke å bli ”for fokusert” på traumer, som en

av lærerne var redd for, eller at vi ”graver” i andres ulykke, som både lærere og programrådgivere var inne på. Tvert i mot, når en har kunnskaper og vet hva en gjør, gir dette trygghet (Kleivan, & Skadhauge, 2002). En lærer sa dessuten: ”når jeg vet hva jeg gjør, er jeg ikke så redd for å gjøre noe galt”. Av og til kan det nok hende læreren kommer opp i situasjoner hun ikke er forberedt på, da tilsier all erfaring at hun står bedre rustet jo tryggere hun er på sine kunnskaper, både teoretiske og praktiske.

For å heve kompetansenivået refereres det i den reviderte strategiplanen(2007:23) til samarbeid med både *UC2 i Danmark* og *Nationellt Centrum för sfi och svenska som andraspråk*. Jeg er oppmerksom på at det også i Sverige gjøres mye på dette feltet, og kan blant annet henvise til prosjektet *New Start* (Bjørkqvist, 2000), som spesifikt viser betydningen av tilrettelagt undervisning for 31 traumatiserte flyktninger, 93 % med PTSD, i rehabiliteringen mot arbeid. Men i denne oppgaven har jeg valgt å hovedsaklig forholde meg til prinsippene om rehabiliterende pedagogikk slik det praktiseres i Danmark. Disse prinsippene viser seg å være temmelig identiske med målene helsevesenet har for rehabilitering. I følge Dahl, Sveaass & Varvin (2006:31) skal behandling tilstrebe en utvikling som gjør at flyktningen oppnår symptomreduksjon, gjenvinner verdighet og selvspekt, blir tryggere i forhold til mennesker, omgivelser, samfunn og seg selv, gjenvinner innflytelse og kontroll over eget liv og mestrer dagliglivet, samt gjenvinner mening og sammenheng i tilværelsen. Omtrent samme grunnbegreper vektlegger Hummelvoll, Nordby & Sundmoen (1990), og peker på at dette er begreper som sokner til humanistisk psykologi, eksistensiell filosofi og psykiatri. Altså en helhetlig tilnærming hvor utgangspunktet er forståelse av kultur, traumatisering, migrasjon og eksil, og helt i tråd med rehabiliterende pedagogikk (Kleivan, & Skadhauge, 2002). Ikke minst understrekes det at *trygghet* er hjørnesteinen i alt arbeid med traumatiserte flyktninger, trygghet i relasjon til behandler(lærer), trygghet i livssituasjonen og trygghet på seg selv, samme innsikt og erfaring som også alle fokusgruppene ga uttrykk for. Å få større trygghet på seg selv, for derved å få større kontroll over eget liv, innebærer ifølge Dahl, Sveaass & Varvin (2006) å bevisst arbeide med å komme ut av avmaktsopplevelsen som følger fornedrelse ved tortur, flyktingtilværelse og det å være i sine symptomers vold.

Sammenlignes prinsippene over med de tilsvarende i rehabiliterende pedagogikk som blant annet bygger på Judith Hermans forskning om traumatologi og faser i rehabiliteringen, og Søren Langager, som helt i tråd med salutogenese- og empowermenttenkningen vektlegger at undervisning kan gi livsopmuntring, støtte livsmestring og styrke livsforandring, slik at eleven bruker sine ressurser, ser vi at helse og skole egentlig jobber mot samme mål.

I alle fokusgruppene var det en selvfølgelig kunnskap om skolens helsefremmende effekt ved å gi elevene trygge, stabile og forutsigbare rammer i hverdagen, som regnes som første fase i rehabiliteringen. Det at rehabilitering skulle romme tid til å huske, erkjenne og sørge kan det også jobbes med i undervisningen, uten at dette er terapi, fordi temaene i lærebøkene omhandler familien, hus og hjem, jobb og utdanning, helse og sykdom. For traumatiserte elever kan disse temaene være forbundet med sorg, sinne og frustrasjon. Derfor er det forståelig at læreren i fokusgruppen ga uttrykk for frustrasjon over pensum, men som en annen lærer sa: ”Dette er en del av livet. Vi kan ikke skåne dem for det”, og ifølge rehabiliterende pedagogikk kan dette ha et positivt identitetsmessig og eksistensielt element i seg, fordi elevens liv kan tas inn i undervisningen (Bie & Skadhauge, 2005). I tilknytning til slike emner kan det også være naturlig i en liten gruppe, å jobbe med psykoedukasjon. Ved at læreren har kunnskaper, og forklarer normale reaksjoner på unormale livshendelser, får elevene bedre forståelse av egen problematikk, og dermed dempes opplevelsen av å være gal (ibid). Dette ble også understreket i helsegruppen. Likeledes kan kunnskap om at bevisst bruk av reminisens i en liten gruppe styrke elevens selv- og identitetsfølelse, være begynnelsen på arbeidet med å skape sammenheng i livshistorien, og være en hjelp i *vektlegging av ressurser* (ibid). For ”mennesker som har greid å ta seg rundt halve kloden, forhandlet med passkontroll og menneskesmuglere og overlevd strabasiøse reiser, har krefter og pågangsmot. *Utfordringen er å mobilisere disse kreftene videre*. Det er en stor utfordring, mange har ment at det var lettere å leve når krigen pågikk enn etterpå” (Ahlberg, Aambø & Gihle, 2007:37). For lave, eller ingen forventninger leder ikke til empowerment, og de aller fleste elever har både ressurser og ambisjoner som kan understøttes og utvikles, og som bør være utgangspunkt for aktiviteter som arbeider mot økende uavhengighet og villighet til å ta kontroll over eget liv (Bie & Skadhauge, 2005). I rehabiliterende pedagogikk fremheves kunnskapen om at psykososiale fremskritt er viktige for noen elever, og at små ting som selv å kunne ta initiativ, hjelpe andre, eller å tørre noe nytt kan være store fremskritt. Derfor er det av avgjørende betydning at læreren kan gi elevene utfordringer *på det rette nivå* ved å *finne* og *bruke* elevenes ressurser og innlæringsstrategier. Dette innså også lærergruppen: ”hvis det handler om å greie å møte opp 3 ganger i uka...hvis *det* er din første oppgave, er det kanskje *nok* læring for den personen”. Dette er *anerkjennelse*, anerkjenne at her er det et problem, anerkjenne at dette er en utfordring, og gi dem det gjelder anerkjennelse for *hvem* de er og *hva* de er i stand til, som både Aamodt (2005) og Høiland & Juul(2005) er inne på.

Også når det gjelder å gjenetablere forbindelsen til hverdagslivet, kan skolen vær første skritt på veien. Dessuten understrekes det, både i teorien og empirien hvor viktig det er å komme ut av isolasjonen og få et nettverk. Forsiktig tilnærming til medelever er et skritt i riktig retning, for den traumatiserte flyktningen har som alle andre behov for alminnelig menneskelig interesse. Det er derfor viktig å huske at den helt vanlige samtalen, med normal medmenneskelig interesse for hverandre, kan ha stor betydning (Bie og Skadhauge, 2005). I de aller fleste tilfeller er norsk det eneste fellesspråk vi kan kommunisere på, så bare ved å komme på skolen, lærer de litt etter litt å forstå og gjøre seg forstått, til tross for at det er mye som blokkerer for læring og det kanskje ikke alltid går så fort som skolen kunne ønsket. Men å bygge på det lille som er mulig, blir ekstra viktig fordi dette er voksne mennesker, og mange er foreldre. Dette fremheves eksplisitt i strategiplanen:

”Foreldre har hovedansvaret for opplæringen av sine barn”, og ”For å kunne følge opp barnas skolegang er det viktig at også foreldrene behersker norsk språk og kjenner det norske samfunnet” (Strategiplanen 2004-2009:21).

Og den viktige ekstrabonusen, i følge rehabiliteringstenkemåten, om at språkopplæringen også fungerer som et ledd i å bygge opp igjen troen på seg selv, og derved *selvtilliten og identiteten*, betyr svært mye når en er foreldre.

I følge salutogen tenkemåten vektlegges opplevelsen av mestring, og kunnskap om dette ble uttalt i alle fokusgruppene, selv om mestring i første omgang bare var *så lite* som å møte opp til fastsatte tider, og ta små skritt av gangen. Det diskusjonen gikk på, særlig blant lærerne, var *hvor liten* mestring vi kan tillate: ”Ringer noen bjeller hvis det ikke skjer noe”. Jeg undres imidlertid på *hva* som forventes skal skje? Betyr det at eleven skal bli psykisk bedre og mer stabil, eller vurderes ”suksessfaktoren” kun etter nivået på norskkunnskapene? All erfaring og forskning, når en jobber med den menneskelige psyke, tilsier at ting tar tid, og jo større kompleksitet og sår, jo lengre tid tar det for å heles. I følge SYNERGAIA prinsippene er det bl.a. viktig at elevene ikke pålegges press i form av tidsbegrensning eller i krav om oppfyllelse av mål (Kleivan, & Skadhauge, 2002). Imidlertid støter både skolen og helsetjenesten stadig på forventninger og krav om at det skal satses på ”normalitet”. I rapporten ”*Det hainnle om å leve..*” *Tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak* (Berg, Sveaass et al 2005), sies det at ved å legge opp til, og forvente ”normalitet”, formidler man samtidig at ”vi anser mennesker til å være i stand til å ta ansvar og klare ting selv (ibid:137). Det framkommer imidlertid i rapporten at for mange flyktninger vil det ofte måtte etableres særskilte tiltak for å gjøre dem i stand til å fungere ”normalt”, iverksette tiltak for å hjelpe dem i gang igjen, få dem til å tro at de kan noe og at de er verdt oppmerksomheten som blir dem til del (ibid). Som jeg ser det, er det nettopp denne kunnskapen og innsikten som ligger i anerkjennelsen. Kunnskap om å



gjøre det rette for eleven, kunnskap og aksept for at ”ting tar tid”, og kunnskap til læreren for å trygge seg selv. Men dette skjer ikke i et vakuum, for skolen er det snakk om å inngå i en større sammenheng. Dette er igjen avhengig av at der er dialog mellom de involverte partene.

### 6.5 Dialog

Det siste funnet jeg vil fokusere på, er erkjennelsen av hvor nødvendig det er med *dialog*, dialog mellom lærer og elev og dialog mellom etatene. Dialog som igjen leder til samarbeid. For som en av informantene fra helsevesenet sa: ”I gråsonen mellom helse og skole er det ikke nødvendigvis enten eller, men både óg, og at vi er i dialog hele tiden”. Likeledes sies det i Haugsgjerd et al (2002) at ”I psykiatrien trenger man de ulike faglige tradisjonene, de kan supplere og korrigere hverandre, og kombineres på ulike måter, for teorier er bare ”utgangspunkt for å gjøre seg sine egne erfaringer. Bare den kunnskapen som man har prøvd ut i praksis og erfart personlig, er bærekraftig på lengre sikt” (ibid:23). Da Introduksjonsloven ble innført ble det et tettere samarbeid mellom programrådgiverne og skolen, for ”Det er viktig at alle instanser som har med eleven å gjøre, samarbeider, slik at kvaliteten på arbeidet blir best mulig” (VOX, 2005:9). I den tidligere nevnte artikkelen om *legers forhold til flyktningpasienten* (Varvin & Aasland, 2009), pekes det likeledes på at behandlingsopplegg for denne gruppen ofte krever integrerte tilbud med samarbeid mellom flere instanser, deriblant sosialtjeneste, og at pasienter med alvorlige posttraumatiske plager også kan hjelpes med relativt lavintensive behandlingsopplegg, men at det ser ut til å være mangel på kapasitet, kunnskap og samarbeidsmuligheter (ibid). Når det gjelder verdien av ”lavintensivt behandlingsopplegg”, er det denne kunnskapen og erkjennelsen rehabiliterende pedagogikk i Danmark bygger på. Det som forundrer meg er at den samme erkjennelsen ikke har fått tilsvarende gjennomslag i voksenundervisningen i Norge. Skolen blir sjelden nevnt som medaktør i selve rehabiliteringen, selv om jeg, som tidligere nevnt, vet det er forståelse for dette innen helsevesenet. Det er derfor jeg undres om vår tankegang er sterkt påvirket av habitus, det synes å være vedtatt hva som sorterer under skole. Helsepersonellet skjønnte imidlertid skolens behov for å trekke noen linjer for hva som er hva, fordi det blir likt den problematikken de selv må forholde seg til: ”vi lever jo óg med den gråsonen, med det dilemmaet at vi skal forholde oss til noe der vi egentlig ikke får gjort det vi vanligvis gjør, som vi kaller behandling”. For både helsevesenet og skolen erfarer at personen kommer med hele livet sitt, og har andre grunnleggende behov som det først må ordnes opp i. En informant fra helsegruppen sa hun: ”skjønner skolens behov for å levere dem videre til oss, mens vi sitter og tenker på at vi vil levere dem tilbake til skolen, så kanskje skjæringspunktet er *kommunikasjon* mellom systemene”. Helsegruppen sa videre at ”det er *ikke bare* å jobbe med den vonde

historien som er behandling, det er også å jobbe med *symptomene* og klare å håndtere disse på en bedre måte”. De mente det burde være muligheter, og ønskelig med samarbeid mellom 1-linjetjenesten og skolen, men innså at begges arbeids- og rammevilkår gjør det vanskelig å følge opp dette systematisk, eller som det så treffende ble gitt uttrykk for i flyktninggruppen: ”Kanskje man må tenke i andre baner”.

Alle fokusgruppene ønsket økt samarbeid, og det var bare positive erfaringer der det fungerte. Særlig flyktningene så det som en fordel med et tett samarbeid skole/helse, fortrinnsvis knyttet opp mot skolen, fordi dette er mindre stigmatiserende, og de føler tilhørighet til skolen. En i helsegruppen sa at hun ofte la press på en dårlig elev for å få vedkommende til å gå på skolen, som ledd i behandlingen, men at hun da samtidig måtte vite at ”skolen skal føle seg trygg på å ivareta en person som har det så dårlig. Så kanskje svaret for vi som har dette *skjæringspunktet* – vi må *kommunisere*, sånn at en lærer som skal sitte der dag etter dag og se på et forferdelig nedstemt menneske må kjenne seg trygg på at dette er greit”. Det er lærerne som møter elevene hver dag, og opparbeider gode relasjoner, som flyktninggruppen la stor vekt på, og som både flyktningene og helsepersonell mener er helt avgjørende for å kunne motta hjelp. Men dette krever dialog mellom lærer og elev. Som det framgikk i empirien var både noen av lærerne og programrådgiverne usikret i forhold til dette ”å gå ned i dypet med dem”. Men læreren må ”tåle å stå i det”, som det ble sagt i helsegruppa, for som flyktningene sa: ”skolen må være robust”. Likevel, og på bakgrunn av det som kom fram om legers forhold til flyktningpasienten (Varvin & Aasland, 2009), om at mange leger var tilbakeholdne med å invitere til samtaler om traumatiske opplevelser, er det forståelig at også lærere kan være tilbakeholdne eller føle vegring mot å snakke om traumatiske hendelser, når en kan finne den samme holdningen blant legene.

Men det var tankevekkende at en i flyktninggruppen ga uttrykk for at det hadde vært et stort savn i asyltiden at ”ikke noen som spør deg hvordan det går, hva du opplevde”. Tilsvarende utsagn er beskrevet blant annet i rapporten *Jeg kom for å redde livet* (Berg, Dalby & Fladstad, 2002). En flyktning som hadde bodd mer enn fem år i Norge sa til forskeren som intervjuet ham at det var fint å fortelle til en som var interessert i å lytte, for aldri siden de kom til Norge hadde noen spurt om hvordan de hadde det. ”Vi trenger støtte og ønsker at noen skal følge med i hvordan vi har det” (ibid:90). Liknende funn kommer fram i mange studier; sorg og savn blir ikke lettere om det forties. ”Vi har aldri hatt muligheten til å fortelle noen om hva vi har gjennomlevd. Ingen har noen gang lyttet eller vært interessert. Kanskje vi kan ha et liv videre med mindre smerte i kroppen dersom vi går gjennom den påkjenningen det er å fortelle vår historie”(Ahlberg, Aambø & Gihle, 2007:115).

I denne sammenheng er det viktig å utvise klokskap, respekt og *takt*. En person med takt er en som metaforisk talt er dyktig til å føle seg fram (Svare 2006:103), og et grunnleggende trekk ved taktfullheten er at den søker å finne den rette balansen mellom nærhet og avstand. Noe som også kan komme til uttrykk ved å la visse ting forbli usagt eller la visse tema ligge (ibid). Det er viktig for læreren å være bevisst på at flyktningen selv må ta styring med hva som skjer med deres historier (Dahl, Sveaass & Varvin, 2006), og læreren må ha tillit til at de bare forteller det de selv er klar for. Læreren skal ikke fokusere på de traumatiserte hendelsene, men dersom eleven selv ønsker å fortelle, er lærerens rolle å lytte, støtte, anerkjenne og eventuelt hjelpe eleven til videre behandling. For elevene har dette betydning for å gjenvinne selvtilliten og selvrespekten som er viktige forutsetninger for både språkinnlæring og integrering (Bie & Skadhauge, 2005). Det er også dette Honneth i sin teori om anerkjennelse kaller *menneskelig oppblomstring* (Høilund & Juell, 2005).

## **7.0 Oppsummering og avslutning.**

I denne oppgaven forsøker jeg å belyse at voksenopplæringen for fremmedspråklige står overfor noen utfordringer som norsk skole tradisjonelt ikke har stått overfor, nemlig at elevene er voksne flyktninger som i mange tilfeller har vært utsatt for tortur og traumatiske hendelser, og enkelte er fortsatt så sterkt preget av dette at det hemmer læringen. For å oppfylle departementets krav om 250 timer norsk og 50 timer samfunnsfag for å få bosetting i landet, mener jeg at det også stilles krav til skolen om å legge til rette for effektiv læring. De fleste lærere opplever av og til at en elev ikke klarer å gjennomføre den tradisjonelle klasseromsundervisningen. Dette er en utfordring for lærer så vel som for elev. Det er i disse tilfellene jeg mener skolen kan oppnå mye med å tilrettelegge et lavterskeltilbud, og jeg henviser til det arbeidet som er gjort på dette feltet gjennom mange år i Danmark, og argumenterer for at det også kan være en modell for oss.

Denne formen for spesialpedagogisk tilrettelegging av undervisningen beskriver jeg som å befinne seg i en gråsoner mellom undervisning og behandling, fordi eleven sliter med mye som blokkerer for læring, og som det er nødvendig at de får hjelp til å ordne opp i. Men det både skole og helsevesen erfarer er at mange flyktninger ikke ønsker å kontakte lege eller psykolog om psykiske problemer, fordi dette i mange kulturer er tabu og forbundet med skam, dessuten blir det sett på som om en da er gal.

I den danske modellen for rehabiliterende pedagogikk, legges det opp til at mye av de helsefremmende tiltak psykiatrien bruker, også kan gjøres i en tilrettelagt undervisning, hvor det er små grupper og trygge relasjoner.

Med denne oppgaven ønsket jeg å forske på hvordan synet på dette er, og mulighetene for at noe tilsvarende ville være aktuelt her hos oss. Jeg utfordret fire fokusgrupper som jobber med denne type elever. Den fjerde gruppen besto av deltakere hvor flesteparten selv hadde kommet som flyktning. Det var i denne gruppen jeg gjorde de mest interessante funnene.

Alle gruppene kom etter hvert fram til at det er relevant å snakke om en gråsoner, nettopp fordi det er så vanskelig å sette noen faste grenser mellom undervisning og behandling. Dermed fikk jeg også svar på den første problemstillingen, om hvilken rolle skolen kan spille i rehabiliteringen av voksne traumatiserte flyktninger. Alle gruppene var enige i at skolen kan spille en stor rolle i det å være med på å stabilisere hverdagen, gi elevene faste, trygge rammer og forutsigbarhet i skolehverdagen, gi noe meningsfullt å gjøre, gi opplevelse av mestring og ikke minst tilegne seg språket og kunnskaper om det nye samfunnet. Dessuten har skolen stor betydning for mange for nettverksbygging i nytt miljø med etablering av sosiale relasjoner, i tillegg til at mange får et sterkt tillitsforhold til læreren. Jeg synes en i flyktninggruppen sammenfattet dette så treffende: ”Skolen er ikke bare et sted du lærer, men et sted du møter andre mennesker, som hjelper deg, som du kan prate med. Det er noe helsefremmende, et *helsested*, det er ikke bare psykolog eller medisiner, men skole med mennesker, rehabilitering på en måte - Den personen som har traumer, han har tilhørighet til skolen. Noen andre steder det tar tid, det er hardt”.

På spørsmålet om hvor grensene mellom undervisning og behandling går, hadde både flyktninggruppen og helsepersonellet mye åpenere syn på dette enn lærerne og programrådgiverne, og jeg reflekterte over hvorvidt dette skyldes habitus, eller mangel på kunnskap. Helsepersonellet sa: ”I denne sammenheng vil behandling være alt som fører den personen videre, alt som får den personen til å bruke seg selv på en bedre måte, alt som fremkaller ressursene i den personen. Det vil være god undervisning og det vil være god behandling”. Ut fra den vide definisjonen lå det også stor toleranse for når eleven var for syk til å delta. Helsepersonellet mente skolen var en del av behandlingsopplegget, og skolen selv var åpen for å ta imot alle: ”bruke de midlene en har for å komme på skolen, for det verste du kan gjøre er å bli værende hjemme, da kan vi slett ikke hjelpe”.

Men for å gjøre skolen i stand til å ta denne utfordringen på en god måte, så alle at dialog og samarbeid var helt nødvendig, og en i helsegruppen sa at når hun sier at en traumatisert person må gå på skolen, ”må jeg samtidig føle meg trygg på at skole kan ivareta en person som har det så dårlig”. Dette krever dialog, dette krever at læreren er trygg. Helsepersonellet utfordrer skolen til å ”*ivareta* dem på en god måte”. Ordet *ivareta* kan nok tolkes på flere måter, og det kan legges noe negativt og passiviserende i uttrykket. Men jeg velger å tolke det på en god,

inkluderende måte, som et uttrykk for ”den etiske fordring”, hvor det for meg ligger noe vakkert som omsorg, omtanke, tillit, trygghet og kunnskap. Det er i tråd med salutogen tankegang, nemlig at meningsfullhet og opplevelsen av sammenheng i livet er helt avgjørende for at vi skal greie oss. Det er dette vi som lærere ønsker for elevene våre, at de skal *ivaretas* på en slik måte at forholdene legges best mulig tilrette for læring, at de motiveres til å komme, til å gjøre sitt beste og derved oppleve mestring i sitt eget tempo, og ut fra det nivået de er på. Dette underbygger min forforståelse av hvilke muligheter skolen kan ha for traumatiserte flyktninger i rehabiliteringen til et meningsfullt liv, finne tilbake til sitt funksjonsnivå, komme ut av offerrollen, og ta kontroll over eget liv. Dette er empowerment, og dette kaller Honneth anerkjennelse og menneskelig oppblomstring.

Så konkluderer jeg med at skolen har en utfordring å jobbe med framover, men jeg har tillit til at det klarer skolen å mestre på en god måte. Og, for å bruke Bourdieus tenkemåte om tilpassning til det nødvendige, at vi tilpasser oss det uunngåelige; det vi må, men menneskers disposisjoner forandres ofte langsommere enn de sosiale betingelser som har gitt opphav til dem.

Men første skritt på veien, og kanskje det viktigste er anerkjennelse.

## Litteratur

Ahlberg, N., Aambø, A. & Gihle, I. (red) (2007/2.opplag). ”Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter” Tilbakeblikk og erfaringer. Tilegnet Berit Austveg. *NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse 1/2005*.

Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium. At tåle stress og forbli rask*. København: Hans Reitzels Forlag.

Austveg, B. (1989) *Helsearbeid og innvandrere. Mangfold, sunnhet og sykdom*. Oslo: Tano

Berg, B. & Sveaass, N. et al (2005) ”*Det hainnle om å leve...*” Tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak. SINTEF Teknologi og samfunn, STF50 A05054, IFIM.

Berg, B., Dalby, L. & Fladstad, T. (2002). *Modeller for mottak og integrering av overføringsflyktninger, Jeg kom for å redde livet*. SINTEF-rapport STF38 A02505.

Bie, C. & Skadhaug, J. (2005). *Undervisning af traumatiserede flygtninge og indvandrere. Dansk som andetsprog med et rehabiliterende perspektiv*. Ministeriet for Flygtninge Indvandrere og Integration, København.

Bjørkqvist, G. (2000). *New Measures for Refugee Integration in the European Union, Project New Start*. Stockholm. E-mail: [gbt@telia.com](mailto:gbt@telia.com)

*Bokmålsordboka*, 1986, Oslo: Universitetsforlaget.

Borge, A. I. H. (2003). *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dahl, S., Sveaass, N. & Varvin, S.(red). (2006). *Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger – veileder*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Drøpping, J. & Kavli, H. C. (2002). *Kurs for arbeid. Norskopplæring og yrkesdeltakelse blant ikke-vestlige flyktninger og innvandrere*. Fafo. rapport 387, Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo.

Engelsk ordbok, 2004, Oslo: Cappelen

Fosse, R. & Dersyd, A. K. (2007). *Torturerte flyktninger i Norge: En estimering av forekomst, Forskning og kunnskapsutvikling*. Forskning og kunnskapsutvikling – RVTS.

Garbo, G. L. (2005). Etter ”trikkedrapet” - Ingen ville sitte ved siden av oss. *Psykisk helse*. (2005, nr.5). Oslo

Garbo, G. L. (2005). – I Norge har vi lært om depresjon - Kvinnene er ikke passive. *Psykisk helse*. (2005, nr.5). Oslo

Hanssen, Ingrid (1996). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*.(2.utgave). Oslo: Universitetsforlaget

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2002). *Perspektiver på Psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Herman J. L. (2001). *Trauma and Recovery. From domestic abuse to political terror*. London: Pandora.
- Hummelvoll, J. K., Nordby, K. E. & Sundsmoen, V. (1990). *Samarbeid om psykotiske mennesker*. En studie i sykepleiefaglig utvikling og erfaring. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Høilund, P. & Juul S. (2005). *Anerkendelse og dømmekraft i sosialt arbeid*, København: Reitzel.
- Jørgensen, U. & Mathiasen, S. S. (red.) 1998, *At overleve vold – om psykisk traumatisering, mestrings og behandling*. Århus: KLIM.
- Kanagaratnam, P. (2006). "Subjective and Objective Correlates of Posttraumatic Stress in Immigrants/Refugees Exposed to Political Violence", PhD, Uib, Lastet ned 02.11.2009 fra [http://www.uia.no/no/portaler/bibliotek/hjelp\\_og\\_veiledning/kildebruk/kildeoversikt/a...](http://www.uia.no/no/portaler/bibliotek/hjelp_og_veiledning/kildebruk/kildeoversikt/a...)
- Kemp, P. (1992). *Lévinas*. Frederiksberg: ANIS.
- Kleivan, K. & Skadhaug, J. (red.) 2002. *Udlændinge med særlige undervisningsbehov – en antologi*. København: Ministeriet for Flyktninge, Indvandrere og integrasjon.
- Kreuger, R. A. & Casey, M. A. (2009). *Focus groups: A Practical Guide for Applied Research*, Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Kvale, S. (2008). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lundstøl, J. (2006). *Notat om Pierre Bourdieu (1930-2002)*. Forelesningsnotat, Høgskolen i Gjøvik.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nationell samsyn kring hälsa och första tiden i Sverige* (2004). Integrationsverket, Norrköping.
- Nerheim, H. (1995). *Vitenskap og kommunikasjon. Paradigmer, modeller og kommunikative strategier i helsefagenes vitenskapsteori*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Opjordsmoen S., Vaglum P. & Bloch Thorsen G. R. red. (2005). *Oss imellom. Om relasjonens betydning for mental helse*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Opplæringsloven (1998), LOV 1998-07-17 nr 61: *Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa*, Kapittel 4A. *Opplæring spesielt organisert for vaksne* av 30.06.2000 nr.645
- Prosjekt NKVTS – *Behandling og rehabilitering av traumatiserte flyktninger*. Lastet ned 12.11.2009 fra <http://www.nkvts.no/fu/Sider/prosjektinfo.aspx?prosjekttid=1149>
- Rack, P. (1986). *Innvandrere. Kultur og psykiatri*. Oslo: Tano.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. (3.utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Rundskriv H-20 / 05. *Lov om introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne innvandrere (introduksjonsloven)*. Det Kongelige Kommunal- og Regionaldepartementet.

Sluttrapport fra prosjektet Norskopplæring for voksne innvandrere 1998-2001, VOX, Nasjonalt senter for læring i arbeidslivet (2002)

Spilker, R. S. Indseth, T. & Aambø, A. (2009). *Tilstandsrapport: Minoritetshelsefeltet i Norge. Mighealthnet, Norge*, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI), Oslo.

Stortingsmeldingen nr.23 (2007-2008). *Språk bygger broer. Språkstimulering og språkopplæring for barn, unge og voksne*. Kunnskapsdepartementet

Statsborgerskapsloven (1950) om norsk riksborgerrett (§6) for innvilgelse av søknad om norsk statsborgerskap av 8. desember 1950.

Strategiplan(12/2004). *Likeverdig utdanning i praksis! Strategi for bedre læring og større deltakelse av språklige minoriteter i barnehage, skole og utdanning 2004-2009*. Kunnskapsdepartementet.

Strategiplan. Revidert utgave februar 2007. *Likeverdig utdanning i praksis! Strategi for bedre læring og større deltakelse av språklige minoriteter i barnehage, skole og utdanning 2004-2009*. Kunnskapsdepartementet.

Svare, H. (2006). *Den gode samtalen. Kunsten å skape dialog*. Oslo: Pax forlag.

Sveaass, N. & Hauff, E. (red) (1999) *Flukt og fremtid. Psykososialt arbeid og terapi med flyktninger*. Oslo: Ad Notam, Gyldendal

SYNerGAIA Rehabilitering. En pedagogisk institusjon for traumatiserte flygtninge.  
<http://www.synergai.dk>

Utlendingsloven (1988) om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (§12) av 24. juni 1988

UC2, Videncenter for tosprogethed og interkulturalitet <http://www.uc2.dk>

Varvin, S. & Aasland, O. G. (2009) Legers forhold til flyktningpasienten. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 2009( nr.15), 1488-1490

Van der Veer, G. (1994) *Rådgiving og terapi med flyktninger. Psykologiske problemer hos ofre for krig, tortur og undertrykkelse*. Oslo: Ad Notam, Gyldendal

Aamodt, L. G. (2005) *Familien mellom mange hjelpere. Refleksjoner i sosialfaglig arbeid*. Bergen: Fagbokforlaget

Aase, T. H. & Fossåskaret, E. (2007) *Skapte virkeligheter. Om produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget AS



## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Bekreftelse på fritak fra meldeplikt til regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK

Vedlegg 2: Kvittering på melding om behandling av personopplysninger, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til deltakerne

Vedlegg 4: Samtykkeerklæring

Vedlegg 5: Intervjuguide, lærere

Vedlegg 6: Intervjuguide, helsepersonell

Vedlegg 7: Intervjuguide, programrådgivere

Vedlegg 8: Intervjuguide, flyktninggruppen

Informasjon om prosjektet: I gråsonen mellom skole og helse i undervisningen av voksne traumatiserte flyktninger.

Jeg refererer til den muntlige forespørselen du har fått av meg, der jeg forklarte at jeg arbeider med en masteroppgave innen tverrfaglig psykisk helsearbeid, og at jeg har fokus på *voksne traumatiserte flyktninger* i forhold til skole. (Jeg bruker konsekvent begrepet flyktning i oppgaven men lar også innvandrere og asylsøkere komme inn under denne kategorien).

I denne forbindelse trenger jeg hjelp av ulike fagenheter som jobber med flyktninger og har erfaringer med denne elevgruppen.

Som jeg kom inn på da vi snakket sammen, er altså min påstand at når en underviser voksne traumatiserte flyktninger befinner en seg *i gråsonen mellom helse og skole, der disse griper inn i hverandre*.

Jeg ønsker refleksjoner fra 4 fokusgrupper som representerer *lærere, helsetjenesten, programrådgivere og representanter for flyktningene* rundt spørsmål som for eksempel hva skolen kan gjøre for å møte utfordringene med traumatiserte elever i klassen. Kreves det noe spesielt av skolen / læreren? Hvor går grensene for det man kan kalle undervisning og det man kaller behandling? Når blir en elev eventuelt vurdert for syk til å gå på skolen, hvem skal ta denne avgjørelsen, og hvilke alternativer finnes?

Jeg er interessert i å høre hva de forskjellige fokusgruppene tenker om skolens rolle i rehabiliteringen og integreringen av voksne traumatiserte flyktninger, og hvor den eventuelt beveger seg inn mot helse? Hvordan kan en se for seg et eventuelt samarbeid?

I et fokusgruppe intervju er det viktig at alle deltakerne kommer til orde og at alle meninger kommer fram. Eventuell uenighet i gruppa kan kaste nytt lys over problemstillingene og lede til nye interessante funn og ny kunnskap.

Ordstyrer, som er meg som forsker, ønsker å ha en tilbaketrukket rolle, og håper diskusjonen og refleksjonene i gruppa går mest mulig uforstyrret. Men jeg har utarbeidet en åpen intervjuguide for egen del for å sikre at jeg får svar på de spørsmålene jeg ønsker å belyse.

Samtalen tas opp på bånd og deler av den transkriberes etterpå. Alle som deltar garanteres full anonymitet og i den grad replikker refereres, bruker jeg fiktive navn.

Opptak og transkripsjoner oppbevares forsvarlig nedlåst under arbeidet, og når oppgaven er avsluttet, destrueres dette materialet.

Jeg har med meg en medhjelper under opptakene som observerer og tar notater. Dette styrker validiteten i arbeidet. Han har full taushetsplikt på lik linje med meg.

Vennlig hilsen

Astrid H.B.Skaaland. Kongsgård skolesenter.  
Telf: 38107863 eller 48269400

# Samtykkeerklæring

Jeg har lest informasjonsskrivet angående prosjektet med følgende tittel:

*I gråsonen mellom skole og helse i undervisningen av voksne traumatiserte flyktninger.*

Jeg er inneforstått med at de opplysninger jeg bidrar med vil behandles konfidensielt og at streng anonymitet er sikret. Jeg vet at jeg når som helst har rett til å trekke meg fra å delta i prosjektet.

Jeg samtykker i å delta i prosjektet:

Underskrift.....

Fra: Jorgen Hardang [mailto:jorgen.hardang@medisin.uio.no]  
Sendt: 18. januar 2010 10:26  
Til: Astrid H. Bie Skaaland  
Emne: Re: VS: Emailing: rek-bekreftelse, region sør-øst

Slik dette prosjektet er beskrevet faller det ikke inn under virkeområdet for helseforskningsloven. Det kan gjennomføres uten godkjenning av REK.

Vi gjør oppmerksom på at evt. innhenting av opplysninger til prosjektet kan være avhengig av at det innhentes samtykke , og at det for behandling av personopplysninger i prosjektet likevel kan være nødvendig med tillatelse fra NSD eller Datatilsynet.

--

Jørgen Hardang  
Sekretær for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk,  
REK Sørøst A





Prosjektleder har vært i kontakt med REK og fått avklart at prosjektet ikke faller inn under virkeområdet for helseforskningsloven (jf. e-post videresendt av Astrid Helene Bie Skaaland 18. januar 2010).

Utvalget består av tre lærere fra voksenopplæringen, tre representanter fra flyktningehelsetjenesten, tre programrådgivere fra flyktningekontoret og tre opprinnelige flyktninger som jobber i skolen eller på flyktningekontoret. Studenten oppretter selv førstegangskontakt med utvalget.

Opplysningene innhentes gjennom gruppeintervju, og det benyttes lydopptak under intervju. Det legges til grunn at det under intervjuene ikke fremkommer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltelever, pasienter, pårørende eller flyktninger, og at taushetsplikten derfor ikke er til hinder for datainnsamlingen.

Utvalget får skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, og de som ønsker å delta samtykker skriftlig. Personvernombudet finner revidert informasjonsskriv mottatt 23. november 2009 tilfredsstillende.

Innsamlede opplysninger registreres på privat PC. Personvernombudet legger til grunn at bruk av privat PC er i tråd med Universitetet i Agder sine rutiner for datasikkerhet.

Senest innen prosjektslutt, mai 2010, skal datamaterialet (lydopptak, intervjutranskripsjoner) slettes i henhold til informasjon gitt til deltakerne i prosjektet.

## Vedlegg 5

*Ved fokusgruppeintervju ønsker en å ha mest mulig åpne spørsmål for å få best mulig fram de ulike syn i gruppa. En spiller på gruppedynamikken og ønsker at diskusjonen og refleksjonene i gruppa selv driver samtalen framover. Forskeren holder seg mest mulig i bakgrunnen.*

*Men jeg har noen forskningsspørsmål som jeg ønsker å få belyst, derfor har jeg på forhånd tenkt gjennom og utarbeidet en intervjuguide som en sjekklister og hjelp dersom samtalen skulle stoppe opp eller ta feil retning. Intervjuguiden er ikke forpliktende, snarere en retningsviser til ordstyreren.*

*Arbeidstittel:*

*I gråsonen mellom pedagogikk og psykiatri i undervisningen av voksne traumatiserte flyktninger.*

*Problemstillinger:*

*Hvilken rolle kan skolen spille i rehabiliteringen av voksne traumatiserte flyktninger?*

*Hvor går grensen mellom undervisning og behandling?*

### **Intervjuguide for lærergruppen**

1. Først kan dere reflektere litt over hvilke tanker du gjør deg når du har en elev som ”bare sitter der”, tilsynelatende uten å være tilstede?
2. - Og hva hvis eleven har ”dårlige dager” hele tiden?
3. Kan du sette ord på **hvilke reaksjoner** du får overfor en slik elev, (som for eksempel alltid kommer for seint, er mye borte, er ukonsentrert og ikke klarer å følge med i timene, ikke gjør lekser osv?) - (irritert, hjelpeløs..)
4. Er det noen som har noen eksempler på tilfeller der du følte situasjonen ble **for vanskelig**?
5. Husker du **hvilke tiltak** som ble gjort, eller hva som skjedde med eleven?
6. Hvilke tanker har dere om **når** en elev er **for syk** til å delta i undervisningen?
7. Hvem mener du i så fall skal bestemme om en elev er **for dårlig** til å få noe tilbud i det hele tatt?
8. Hva tror dere jeg mener når jeg sier at : **når vi underviser voksne traumatiserte flyktninger så befinner vi oss i en gråsonen mellom skole og helse**, (mellom å undervise og å behandle)?
9. Hva legger dere i det å **behandle**?
10. Hvor tenker du **grensene** går mellom å være en god, omsorgsfull lærer og å være behandler?
11. Hvilken **rolle** tenker dere skolen, og du som lærer, kan ha når det gjelder å være **helsefremmende** for flyktninger, både generelt og spesielt med tanke på de med størst problemer
12. I hvor stor grad tror dere at vi som lærere er påvirket av en nedarvet, tradisjonell **rolletenkning** om hva det vil si å være lærer?
13. Hva legger dere i begrepet **anerkjennelse**?
14. Hvor viktig synes dere det er at læreren har **kunnskap** om det å være traumatisert og hvilke konsekvenser dette har for skolesituasjonen og læring?

15. Tror dere at lærerne på skolen har **nok** kunnskap dette, eller er det noe skolen må være mer bevisst på å gi opplæring i?
16. Hvor kommer **helsetjenesten** inn i bildet for oss/skolen i forhold til de traumatiserte elevene? Har vi godt nok samarbeide som det er i dag, eller kunne det vært gjort annerledes?
17. Etter at **introduksjonsordningen** ble innført, med ganske strenge krav til frammøte og deltakelse, synes dere nå at det er blitt vanskeligere for elever som sliter mest å klare å fullføre undervisningen/oppfylle kravene?
18. Hvordan tenker dere at skolen kan **tilpasse** undervisningen og **tilrettelegge** for at også de dårligst fungerende elevene kan følge opp departementets intensjoner om rett og plikt?
19. Hva tenker dere om at mestringsopplevelser kan være med på å gi ny identitet?
20. Er det noe viktig i denne sammenheng vi har glemt å snakke om, eller som noen vil tilføye?



### Intervjuguide til helsetjenestegruppen

1. Hvordan er rutinene for å avdekke mistanke om at en flyktning lider av PTSD?
2. Hvordan **fanges dere opp** traumatiserte flyktninger som har ”late onset” eller forverres som resultat av problemer med tilpassningen her i eksillandet, (det som kalles postmigrasjons traumatisering?)
3. I hvilken grad mener dere at helsetjenesten **lykkes** i å fange opp de flyktningene dere antar lider av PTSD?
4. I hvor stor grad tror dere at **kulturelle forhold** hindrer at enkelte av disse ikke ønsker å ta imot tilbud om behandling fra dere?
5. I hvor stor grad tror dere traumet i seg selv hindrer personen i å ville ta imot behandling av helsepersonell eller psykolog? – (at de for eksempel har vært utsatt for tortur, er paranoide, kritisk til tolk...)
6. Hva tenker dere om **skolens rolle** i forhold til denne elevgruppa?
7. Hva tenker dere når jeg kommer med påstanden om at : **skolen befinner seg i ei gråson mellom helse og skole, mellom det å behandle og det å undervise?**
8. Hva legger dere i begrepet ”**å behandle**”?
9. Hvor tenker dere **grensene** går mellom å være en god, omsorgsfull lærer og å være behandler?
10. Hvor langt kan skolen gå i **tilpasset**, helsefremmende arbeid uten at det **tipper over** i det dere anser som behandling?
11. I hvor stor grad tror dere at vi alle, både helsepersonell og lærere, er påvirket av en nedarvet, tradisjonell **rolletenkning** om hva det vil si å være lærer?
12. Hva legger dere i begrepet **anerkjennelse**?
13. Hvor viktig synes dere det er at læreren har **kunnskap** om det å være traumatisert og hvilke konsekvenser dette har for skolesituasjonen og læring?
14. Tror dere at lærerne på skolen har **nok** kunnskap dette, eller er det noe skolen må være mer bevisst på å gi opplæring i?
15. **Når vil dere vurdere at en elev er for** syk til å delta i undervisningen?
16. Hvem skal **avgjøre** dette?
17. Hva vil dere si om samarbeidet med skolen som det fungerer i dag?
18. Ser dere for dere hvordan skole og helse **maksimalt** kunne **samarbeide** for å fange opp og gi et godt rehabiliterende tilbud til de traumatiserte elevene?
19. Hva tenker dere om at mestringsopplevelser kan være med på å gi ny identitet?
20. Er det noe viktig i denne sammenheng vi har glemt å snakke om, eller som noen vil tilføye?

**Intervjuguide for programrådgiverne**

1. I hvilken grad synes dere at **samarbeidet** med **skolen** fungerer generelt?
2. I hvilken grad føler dere at samarbeidet med **helsetjenesten** fungerer?
3. Tenk tilbake på en deltaker som du har hatt sterk mistanke om lider av PTSD, hvilket **tilbud** så du som mulighet for ham?
4. Hvordan opplever dere den traumatisertes innstilling til behandling av for eksempel psykolog i forhold til vedkommendes **kulturelle** ståsted?
5. I hvilken grad kunne dere samarbeide med skolen om eleven?
6. Etter at **introduksjonsordningen** ble innført, med ganske strenge krav til frammøte og deltakelse, synes dere nå at det er blitt vanskeligere for elever som sliter mest å klare å oppfylle kravene og fullføre undervisningen?
7. Hvordan tenker dere at skolen kan **tilpasse undervisningen** og **tilrettelegge** for at også de dårligst fungerende elevene kan følge opp departementets intensjoner om rett og plikt?
8. Hva tenker dere når jeg kommer med påstanden om at : **skolen befinner seg i ei gråson mellom skole og helse, mellom undervisning og behandling?**
9. Hva legger dere i begrepet **behandling**?
10. Hvor tenker dere **grensene** går mellom å være en god, omsorgsfull lærer og å være behandler?
11. Hvor langt kan skolen gå i tilrettelagt, helsefremmende arbeid uten at det **tipper over** i det dere mener er behandling?
12. Hvem bør avgjøre om eller når eleven er **for syk** til å delta i undervisningen?
13. Hvor viktig synes dere det er at læreren har **kunnskap** om det å være traumatisert og hvilke konsekvenser dette har for skolesituasjonen og læring?
14. Tror dere at lærerne på skolen har **nok** kunnskap dette, eller er det noe skolen må være mer bevisst på å gi opplæring i?
15. I hvor stor grad tror dere at vi alle er påvirket av en tradisjonell, nedarvet **rolletenkning** om hva det vil si å være lærer?
16. Hva legger dere i begrepet **anerkjennelse**?
17. Ser dere for dere hvordan skole og helse maksimalt kunne samarbeide for å fange opp og gi et godt rehabiliterende tilbud til de traumatiserte elevene?
18. Hva tenker dere om at mestringsopplevelser kan være med på å gi ny identitet?
19. Er det noe viktig i denne sammenheng vi har glemt å snakke om, eller som noen vil tilføye?

### Intervjuguide til flyktningegruppen

1. Dere har egen erfaring i å komme til Norge som flyktning, og har erfaringer både i forhold til eventuelle helsetiltak, skoletilbud og flyktningekontoret. Synes dere at dere har **møtt forståelse** for den vanskelige situasjonen dere var kommet opp i?
2. Dere har også god kontakt med nyankomne flyktninger gjennom jobbene deres. Har dere noen tanker om hva som eventuelt er **forskjellig** i hvordan de som kommer nå blir mottatt i forhold til da du kom?
3. Hva tenker dere jeg legger i ordet **traumatisert**?
4. Hvordan tror dere flyktningehelsetjenesten klarer å **fange opp** og komme med behandlingstilbud til de traumatiserte flyktningene som sliter med senvirkninger av dette?
5. I hvor stor grad tror dere **kulturelle** forhold kan være til hinder (stoppe) for at de som har problemer vil benytte seg av tilbudene?
6. Har dere noen tanker om hva jeg legger i begrepene ”**helsefremmende tiltak**” og ”**rehabilitering**”?
7. Hvilken rolle tenker dere at skolen kan ha når det gjelder å være helsefremmende for flyktninger, både generelt og spesielt med tanke på de med størst problemer?
8. Hva tenker dere er **det viktigste læreren kan gjøre**?
9. Hvor tenker du **grensene** går mellom å være en god, omsorgsfull lærer og å være behandler?
10. Hva forstår dere med uttrykket **anerkjennelse**? (hva mener dere det betyr å bli møtt med respekt?)
11. Hvor viktig synes du det er at læreren har **kunnskap** om det å være traumatisert og hvilke konsekvenser dette har for skolesituasjonen og læring?
12. Mener du at lærerne på skolen har **nok** kunnskap dette, eller er det noe skolen må være mer bevisst på å gi opplæring i?
13. På hvilken måte mener dere skolen kunne **vært bedre**?
14. Hva tenker dere når jeg kommer med påstanden om at : **skolen befinner seg i ei gråsoner mellom helse og skole, mellom det å behandle og det å undervise**?
15. Hva vil dere legge i begrepet ”**å behandle**”?
16. Hvem skal vurdere (bestemme) om eller når en elev er **for syk** til å delta i undervisningen?
17. På hvilke måter tenker dere skole og helse kunne samarbeide for å fange opp og gi et godt rehabiliterende tilbud til de traumatiserte elevene?
18. Er det noe viktig i denne sammenheng vi har glemt å snakke om, eller som noen vil tilføye?