

## **Oppfølging, respekt og empowerment**

*Somalieres forståelse og hjelpepraksis ved psykososiale vanskeligheter*

*Norsk tidsskrift for migrasjonsforskning, 2006; 7(2):79-99*

**Karin Harsløf Hjelde, NAKMI**

karinh.hjelde@nakmi.no

**Katrine Fangen, Universitetet i Oslo**

katrine.fangen@sosgeo.uio.no



**Department of Sociology & Human Geography  
University of Oslo**

P. O. Box 1096 Blindern

N-0317 OSLO Norway

Telephone: + 47 22855257

Fax: + 47 22855253

Internet: <http://www.iss.uio.no/>

# Oppfølging, respekt og empowerment

*Somalieres forståelse og hjelpepraksis ved psykososiale vanskeligheter*

Karin Harsløf Hjelde og Katrine Fangen

*Summary: Somalis in Norway are found to have a high proportion of psychosocial problems, yet few of them seek help in the Norwegian psychosocial health system. In this article we describe and discuss Somali conceptions, understandings and praxis when helping each other with psychosocial problems in diaspora in Norway and Finland. The similarities and differences between Somali understandings and praxes in exile, and the understandings and praxes of the Norwegian Welfare State, are examined applying the theoretical concepts of help and of empowerment. Finally, elements of the already existing Norwegian psychosocial services, that support Somali praxis and understandings, are presented and the ways in which they may be applied and even strengthened in order to better reach Somalis in need of psychosocial help, are discussed.*

## *Innledning*

Somalier i Norge har opplevd en stor overgang fra et samfunn oppløst av krig til et samfunn som har form av å være en gjennomorganisert velferdsstat. «Her er det fred», er det mange som sier, på spørsmål om hva de liker best ved Norge, men likevel er mange fylt av uro og engstelse, og mange sliter med å finne seg til rette. Somalier med ulik bakgrunn har ulik måte å tilpasse seg tilværelsen i Norge (jf. Fangen, 2006a). Vanskeligst er det for mange av de nyankomne, som i større grad kan være merket av krigen enn de som dro i krigens begynnelse. Mens noen somalier har gått på norske skoler og etter hvert fått seg jobber i offentlig sektor, er det andre som opplever maktesløshet, og som har omfattende psykososiale problemer. Kilder til maktesløsheten er blant annet innvandringsbestemmelser som splitter hele familier og slekter, vanskeliggjør familiegjenforening og derved bidrar til isolasjon og ensomhet hos mange. Maktesløsheten forårsakes også av tilpasnings- og kommunikasjonsproblemer i et for somalier fullstendig fremmedartet samfunn.<sup>1</sup> Mange opplever i tillegg vanskeligheter i form av å bli møtt med innvandrerfiendtlige holdninger og/eller diskriminering. Dette kan foregå på strukturelt plan eller i møte med representanter fra majoritetsbefolkningen, og det bidrar til å vanskeliggjøre blant annet tilgangen til arbeids- og boligmarkedet. Endelig kan vanskelighetene i eksil ha å gjøre med forhold somalierne selv har med seg fra tidligere; traumatiske opplevelser og tap, manglende skolegang og lignende som henger sammen med at de har opplevd borgerkrig, sammenbrudd av det somaliske samfunn og flukt. Slike erfaringer kan i tillegg bidra til å forsterke negativ psykososial virkning av de ovenstående typer vanskeligheter somalier møter i Norge (Fangen, 2006b).

Vanskeligheter av denne art erfares generelt av flyktninger og innvandrere. Somalier i Norge ser likevel ut til å være i en spesielt utsatt situasjon. Stigmatiseringen har i de senere år vært mer massiv overfor somalier enn andre grupper. I tillegg er det ingen andre flyktninger

som kommer fra et samfunn som har vært uten sentraladministrasjon i mer enn 15 år (Haakonsen, 2005). Kontrasten fra det lovløse krigsherredominerte Somalia til gjennomorganiserte Norge er større enn for flyktninger fra de fleste andre land. Den spesielt utsatte situasjonen gjenspeiles også i hyppigheten av psykiske lidelser blant somaliere. Ifølge Djuve og Kavli (2000: 71) utgjorde somaliere den gruppen flyktninger som hadde størst hyppighet i nervøse lidelser av de fire flyktninggruppene som deres undersøkelse omfattet (irakere, jugoslaver, bosniere og somaliere). I en annen av Fafos levekårsundersøkelser kommer somaliere frem som en av seks ulike flyktninggrupper som har høyest andel av psykiske problemer (20 %) (Djuve og Hagen, 1995: 88). Av samme Faforapport fremgår det at flyktningene selv opplever arbeidsløshet eller mangel på annen sysselsetting som mest utslagsgivende for sin psykiske helse (op.cit.). Også undersøkelser ved Psykososialt senter for flyktninger har påvist en sammenheng mellom passivitet/arbidsløshet/mangel på sysselsetting samt mangel på sosial støtte - og det generelle nivå av psykososial fungering i eksil (Lavik et al., 1996; Hauff, 1998) samt at slike vanskeligheter etter ankomst til eksillandet får større negativ virkning på den psykiske helse hos flyktninger som har vært alvorlig traumatisert (Hauff & Vaglum, 1995; Lie, 2002). Somaliere i Norge skårer spesielt høyt på negative levekårsvariabler som arbeidsløshet og lav inntekt (SSB, 2005), og somaliske flyktninger i London er funnet å ha en høy andel av posttraumatisk stresslidelse, PTSD (McCrone et al., 2005). Somalieres psykososiale vanskeligheter må forstås ut fra denne spesielle stilling innen det ovennevnte spekteret av migrasjonsrelaterte endringsforløp og problemer (Ahlberg & Dahl, 2005: 254)

Tross dokumentert hyppighet i psykiske problemer oppsøker somaliere i Norge i liten grad psykososial hjelp<sup>2</sup>. Fagpersoner innenfor helse- og sosialtjenestene på sin side gir uttrykk for at somaliere er de vanskeligste å hjelpe (også i Engebriksen, 2004). Det er både et faglig og et etisk problem hvis somaliere ikke forstår den hjelpen de blir tilbudt og hjelperne ikke forstår somaliernes reaksjoner og tankegang. Dette kan skape sperringer for samarbeid og behandling i samspillet mellom det offentlige psykososiale helsesystem og somaliere i Norge og være en hindring for oppnåelse av lovfestede, likeverdige helsetjenester. På denne bakgrunn ønsker vi her å undersøke hvilken forståelse og praksis somaliere i eksil selv utviser når det gjelder å hjelpe andre somaliere i psykososiale vanskeligheter. Dessuten: finnes det sider ved norsk (eller vestlig) hjelpeforståelse og hjelpepraksis som kan sies å bygge på lignende elementer som somalisk hjelpeforståelse?

Teoretisk legger vi til grunn at psykiske lidelser<sup>3</sup> kan springe ut av hverdagsproblemer som er vanskelige å håndtere, en såkalt kontekstuell modell der utgangspunktet er at psykiske problemer oppstår i relasjoner og i en sosial kontekst (Haavind, 1994; Axelsen, 1997: 11) og hvor utvikling av psykiske lidelser er en reaksjon på livspåkjenninger. Av dette fremgår det implisitt at vi i tillegg baserer artikkelen på et perspektiv hvor sosialt samspill står helt sentralt i forståelsen både av psykososiale vanskeligheter og av hjelp, samt at begge deler ses som sosialt og kulturelt konstruert.

Denne artikkelen bygger på to feltarbeid, begge med utgangspunkt i samme postdoktorprosjekt: *Somalieres begrep om psykisk helse*, finansiert av Helse og Rehabilitering, via Rådet for psykisk helse. Fangen initierte prosjektet og gjennomførte det første året. Etter dette gikk hun over på et annet fireårig prosjekt, også om somaliere, men mer spesifikt deres identifisering og integrering i Norge (se Fangen, 2005, 2006a). Hjelde har fortsatt psykisk helse prosjektet og gjennomført halvannet år av de to siste prosjektårene. Metodisk bygger begge feltarbeid på deltakende observasjon, gruppediskusjoner og intervju i samtaleform. Vi har forholdt oss til

og intervjuet ulike somaliere med tilhørighet i ulike arenaer i Oslo. Noen av intervjuene handlet spesifikt om forståelse av psykososiale problemer og hjelp ytt til andre somaliere, andre intervjuer var mer generelle livshistorieintervjuer, der egen situasjon, men også relasjoner og hjelp overfor andre, ble tematisert. Totalt består materialet av intervjuer med 45 somaliere som Fangen har intervjuet og 13 somaliere som Hjelde har intervjuet, samt helsepersonell innenfor ulike helsetjenester i Oslo. Hjelde har i tillegg intervjuet 7 somaliere bosatt i Helsingfors. I denne artikkelen fungerer flere av de generelle intervjuene som et bakteppe for forståelsen, mens vi vil benytte mer direkte de intervjuene som var med somaliere i en formell hjelperolle og noen av de som var med somaliere uten en formell hjelperolle, men som likevel fortalte om en hjelperolle de tok i det daglige. Materialet vi bygger på er derfor både innvendig (fra somaliere selv) og utvendig (fra hjelpere), det har en viss bredde og også en komparativ komponent.

Blant de somaliere vi har snakket med var det både kvinner og menn, unge og voksne. Flere av dem må karakteriseres som spesielt ressurssterke, hvorav noen selv er utdannet helsepersonell<sup>4</sup>. Andre arbeider på annen måte innenfor helse- og sosialvesenet f.eks. som kulturassistenter, naturlige hjelpere o. lign. Både blant denne siste kategori, som vi vil kalle offentlig ansatte hjelpere, og blant somaliere i andre – tildels vanskelige – livssituasjoner, som vi vil kalle private hjelpere, fant vi en påfallende likhet i måten å forstå og fremstille hjelp og hjelperolle overfor hjelpetrequende landsmenn. Vi fant en hjelpeforståelse preget av omfattende, helhetlig og personlig omsorg og vilje til å være nær og følge opp over tid, og involvere klienten/landsmannen i sitt eget liv hvis situasjonen krever det. Materialet viser nyanser i hvordan den enkelte yter hjelp, men likevel som fellestrekk en holdning om at man plikter å stille opp for andre (somaliere). Det er denne karakteristiske hjelpeforståelse vi her skal utforske nærmere i et forsøk på å prøve å forstå de ovennevnte problemer og sperringer som kan forekomme i samspillet mellom velferdsstatens psykososiale tjenester og somaliere i Norge.

I det følgende skal vi først se på begrepet og handlingen hjelp. Dernest vil vi gjengi empiriske eksempler som - i tillegg til å indikere ulike psykososiale problemer somaliere kan ha i eksil - også viser hvor, når, hvordan og hvor lenge hjelp ytes av somaliere til somaliske medborgere i Oslo og omegn. Eksemplene brukes som utgangspunkt for å undersøke likheter og forskjeller mellom den skisserte somaliske hjelpepraksis og forståelse på den ene siden, og profesjonell organisering, forståelse og praksis innenfor helse- og sosialtjenestene i majoritets-samfunnet på den annen side. Til slutt skal vi ut fra dette kort argumentere for at enkelte eksisterende helsetilbud og terapeutiske tilnærminger synes å være i tråd med somalieres hjelpeforståelse. Disse kan derfor anvendes og eventuelt styrkes i forbindelse med psykososial hjelp til somaliere.

### *Hjelp som begrep og handling*

Universelt yter mennesker hjelp til hverandre. Hjelp foregår i samhandling mellom en giver og en mottaker og er således relasjonell i sitt vesen. Det å gi og å motta hjelp, kan ses på linje med en gave. Den franske strukturalisten Marcel Mauss skrev i 1925 sitt klassiske *Essay sur le don* (på engelsk: *The Gift*, 1970). Dette lille skriftet utgjør den første systematiske, sammenlignende studie av den utbredte skikken med å utveksle gaver og tjenester. Mauss argumenterte

for at bytte av gaver og tjenester overalt har som funksjon å uttrykke den sosiale orden og å opprettholde sosiale relasjoner. Ifølge Mauss blir alle slike ytelser og gjenytelser i teorien gitt frivillig, spontant og uegennyttig, men er likevel av karakter forpliktet og gitt ut fra egen nytte. Det dreier seg om ytelser som er kjennetegnet av en tredelt *forpliktelse*:

- Å gi
- Å ta imot
- Å gi igjen

Man plikter å gi og å ta imot og man plikter å gi igjen. Ved å unnlate å gi, avstår man samtidig fra å inngå et sosialt forhold og oppfattes å avslå sosialt samkvem og vennskap. Den som ikke gir, setter seg selv utenfor den konstante prosessen av å gi og ta imot som sosialt liv består av. Forpliktelsen til å ta imot er like streng. Å nekte å ta imot kan være en markering av overlegenhet, eller i hvert fall av at man ikke vil inn i et sosialt forhold til giveren. Ifølge Mauss er forpliktelsen til å yte igjen imperativ og grunnen til at det kan være byrdefullt å ta imot. Mottaker må yte like mye eller mer, slik at det blir et likeverdig bytte som kan markere en likeverdig relasjon og plass i den sosiale strukturen.

Forpliktelsen til å gi omfatter både gaver og tjenester, visitter og invitasjoner – og den gjelder både levende og døde, mennesker og guder. I mange kulturer plikter man sjenerøst å gi til forfedre og guder, siden de er de egentlige eiere av denne verdens rikdom. Men denne forestillingen er ofte modifisert ved at man tror at forfedre og gud(er) er enige i at det som er ment for dem – og derved blir ødelagt i et offer – heller kan gå til barn og fattige. Ifølge Mauss er dette opprinnelsen til almisser og veldedighet, hvor gavebyttemorale er opphøyet til et rettferdighetsprinsipp (Hjelde, 1992:14).

Hjelp gitt som en personlig gave fra hjelper til mottaker er vanlig i familier og mellom venner både i Norge og blant somaliere. I begge samfunn gis det hjelp individuelt fra en person, venn eller familiemedlem til en annen. Muslimer er forpliktet etter Koranen å gi en viss del av det de eier til de fattige (zakat), og de er også forpliktet til å forsørge sine foreldre, barn og kone. Den økonomiske forpliktelsen overfor slekt og overfor fattige generelt, har derfor somaliere til felles med muslimer fra andre land. Tradisjonelt ytes hjelp også på gruppenivå; i Norge basert på dugnad og i Somalia slekts- og klanbasert.

Hjelp som ytes på samfunnsnivå, derimot, er ulikt i Norge og Somalia (Fangen, 2006b). I Somalia har det tradisjonelt ikke vært et velutbygget, offentlig organisert hjelpeapparat (Helander, 1990)<sup>5</sup>. En ung mann uttrykte det slik: «I Somalia har vi ikke sosialen, vi har familien». Med dette henviste han til familien, slekten og klanen, dvs. patrilineære ættelinjer, som somaliere tradisjonelt har henvendt seg til for hjelp og kan forvente å få hjelp fra. Alle som tilhører samme klanfamilie er *gjensidig forpliktet* til å hjelpe hverandre sosialt og økonomisk. Individuelle behov settes til side for klanfelleskapet og klanen hjelper og støtter den enkelte. Slik familie- og klanbasert hjelp var rådende både før og under kolonitiden fra 1890-årene og etter Somalias selvstendighet i 1960 (Lewis, 2002). Også under General Siyad Barres sosialistiske – men udemokratiske og svært undertrykkende – styre fra 1969, ble den daglige hjelp fortsatt organisert gjennom klanssystemet (Menkhaus, 2003). Dette skjedde selv om Siyad Barre forbød klansystemet og selv om helsetjenester ble nasjonalisert og det særlig i byer og tettsteder ble etablert noen enkle offentlige biomedisinske og/eller allmennt medisinske helseklinikker, alle uten mental helsekomponent, samt et hospital i de største byene som Mogadi-

shu og Hargeisa (Helander, 1990)<sup>6</sup>. Etter borgerkrigens utbrudd, først i nord i 1988 og siden i sør, hvor Siyad Barre ble styrtet i 1991 og den somaliske stat brøt sammen (Haakonsen, 2005), har offentlig organiserte hjelpetilbud minsket ytterligere (WHO, 2004) og klan blitt desto mer viktig som et system hvor forpliktelser og bytte omfatter hele familien / slekten.

Den tradisjonelle hjelpepraksis med familie- og klanbasert hjelp er derfor fortsatt levende i Somalia. Tradisjonell klanbasert hjelp lever også videre blant somaliere i diaspora både som forståelsesramme og i praksis. I lys av Mauss kan denne hjelpepraksis ses som en form for gavebytte hvor de gjensidige forpliktelsene ligger kollektivt hos *slekten / klanen* – både når det gjelder å gi, å ta imot og å gi igjen. Hjelpen gis og tas imot av enkeltindivider, men den oppfattes implisitt som kollektiv på vegne av klanen, og det er på vegne av klanen man er forpliktet til å gi igjen. For mange somaliere vi har snakket med blir den tradisjonelle forpliktelsen overfor slekt og klan utvidet til å omfatte en følelse av forpliktelse overfor alle landsmenn i eksil, mens andre somaliere fortsatt primært yter hjelp overfor egen klan<sup>7</sup>. Forpliktelsen til å gi overfor venner (*asxaab*) og bekjente (*macariif*) har somaliere felles med muslimer i alle land. Hvor sterk denne forpliktelsen er for mange muslimer og hvordan forpliktelsen kan utvides til å omfatte andre, illustreres av en historie fortalt av iraneren Ali Djabarry. Han fikk en venn av seg til å hjelpe ham med å få med seg hjem en mann som var så full at han hadde sovnet på gata og der kunne han jo ikke ligge. Da nordmannen våknet av rusen ble han forbannet og skrek til dem og raste ut av huset. De skjønnte ingenting, de ville bare redde en mann unna fare (Alghasi, Fangen & Frønes, 2006).

I Norge er hjelp på samfunnsnivå, særlig etter annen verdenskrig, blitt organisert som offentlig lov- og rettighetsbasert hjelp gitt av statlige eller kommunale myndigheter innenfor et system av velferdsstaten. Velferdsstaten er politisk møysommelig utviklet over flere tiår, prinsipielt som en avløser av almisser og veldedighet, og fremstår som en uskreven kontrakt mellom folket og staten hvor man ideelt sett yter etter evne og får etter behov. Gavebyttemorale kommer til uttrykk ved at alle *plikter* å bidra gjennom skatter og avgifter og har *krav* på hjelp og ytelser i nærmere definerte livssituasjoner. Det fremstår som et livslangt gavebytte mellom individ og stat, hvor det er det enkelte *individet* som har rettigheter og plikter, ikke familien eller slekten (Hjelde, 1992: 15).

Nyankomne flyktninger har ikke deltatt i oppbyggingen av denne velferdsstaten og denne velferdstankegangen med plikter og krav på begge sider. Samtidig er det å ankomme som asylsøker / flyktning en av de livssituasjoner som utløser en nærmere bestemt, ganske omfattende pakke med hjelp fra velferdsstaten. Somaliere har som nevnt bakgrunn fra et svært repressivt statlig system som folk ikke hadde tillit til. Ifølge Menkhaus (2003) var tilliten og mye av den daglige organiseringen også under Siyad Barre primært basert på tradisjonelle, klanbaserte autoriteter. I lys av hvor liten tillit somaliere har hatt til statlige etater, og i lys av hvor vant de er til lokal klansbasert organisering, har mange også vanskelig for å forstå og opparbeide tillit til det «norske systemet» (også i Ihle & Haider, 2001, og i Fangen, 2006b). I tillegg kommer den språklige og sosiokulturelle rammen hjelpen fra velferdstaten finner sted innenfor, som i seg selv er ulik og ukjent på vesentlige områder, bla. med skriftlig informasjon og krav om punktlighet ved oppmøte, betaling av regninger etc.

Vi skal nå forsøke å belyse hva slike sosiokulturelle ulikheter i hjelpenormer og hjelpepraksis kan bestå i. Dette skal vi gjøre ved først å fokusere på måten somaliske hjelpere, både menn og kvinner, tenker og går frem i sin hjelpekontakt med landsmenn - slik det har funnet sted i Oslo (og Helsingfors) - og deretter se på norsk hjelpepraksis. Det finnes ingen tilsva-

rende hjelperolle, som den de omtalte somaliske hjelpere representerer, i det offentlig organiserte hjelpetilbudet i Norge. Også derfor er det vanskelig direkte å sammenligne somalisk hjelpemåte med norsk offentlig hjelpemåte. I tillegg dreier det seg her om å belyse hjelpepraksiser på ulike organisatoriske nivåer. For likevel å kunne undersøke likheter og forskjeller mellom norsk offentlig organisert og somalisk hjelpepraksis vil utgangspunktet for sammenligningen være vektlegging av selve normen om å hjelpe eller *forståelsen* som ligger bak rollerollene - først somalisk og dernest den hjelpeforståelse den norske velferdsstaten bygger på.

### *Likheter og forskjeller i hjelpeforståelse*

De eksempler på hjelpemåter og forståelsesmåter vi skal presentere, er valgt ut med tanke på å kunne belyse mest mulig typiske forståelsesmåter og hjelpemåter blant somaliere som hjelper som privatpersoner og blant somaliere som er ansatt i stilling som kulturassistent, naturlig hjelper o.lign. innenfor offentlig tjeneste, men uten egen formell helse- og sosialkompetanse<sup>8</sup>. Eksemplene gjenfortelles her slik de ble fortalt og slik hjelperne selv har oppfattet og valgt å gjenfortelle den hjelpen som ble gitt. Det kan innvendes at eksemplene er fortalt ukritisk og tilsynelatende også bare omhandler vellykkede tilfeller. Gjenfortellingene fremstår derved som hjelpernes narrativer, som ikke gir innsyn i hvordan for eksempel de hjelpesøkende selv, legen eller andre berørte har opplevd det. Mål og fokus for denne artikkelen er imidlertid ikke å undersøke eller sammenligne opplevelsen eller effekten av hjelpen som gis innenfor de to systemene, men å analysere og sammenligne hva forståelsen eller normen bak hjelpen består i.

Eksemplene omhandler somaliere som dels har - eller ikke har - kontakt med psykiatriske helsetjenester, Psykiatrisk avdeling eller Distriktpsikiatrisk senter (DPS), i tillegg til kontakten med en somalisk hjelper. Felles for den type hjelp vi belyser her er at det dreier seg om somalieres hjelp til landsmenn med psykososiale problemer, ikke om hjelp i betydningen behandling av alvorlig psykisk sykdom som psykoser og schizofreni. Vårt prosjekt omfatter ikke tilgang til klinisk materiale, og vi skal ikke gi kasus eller følge enkeltsaker. Det som skal formidles er ikke klienthistorier eller psykiatrisk/psykologisk behandling, men hva som fremstår som typiske hjelpemåter og forståelsesmåter somaliere anvender når de hjelper andre somaliere med psykososiale vansker. Siden de somaliske miljøene i Norge og Finland er relativt små, er både hjelpere og hjelpesøkende anonymiserte.<sup>9</sup>

Felles for flere eksempler, fortalt av somaliske hjelpere (og av velferdsstatens norske hjelpere), er at de dreier seg om menn og kvinner med psykososiale problemer som ser ut til å være forsterket ved deres vanskelige livssituasjon i eksil. Noen tilfeller dreier seg om menn uten arbeid, kanskje med rus- eller spilleavhengighet, kanskje uten fast bolig, som er alene og føler seg ensomme, enten fordi de ikke har fått familiejenforening eller fordi de er blitt skilt fra sin ektefelle. Andre dreier seg om kvinner som er alene, eller med en mann som begår overgrep mot dem - ofte kombinert med mannens arbeidsløshet og bruk av khat - med dårlig økonomi, sosial isolasjon, store ansvarsbyrder med mange barn og bekymring for gamle og syke foreldre. Noen av disse reagerer med å ikke se noe håp, og bare ønske å gjøre slutt på livet. En offentlig ansatt hjelper forteller at flere kvinner har angst, men de bruker ikke dette begrepet om det. De snakker om vondt i hjertet, vondt for å puste, vanskelig for å sove. Noen kvinner

tør ikke gå ut av huset. Slik dette er blitt formidlet, dreier det seg om bruk av kroppslige erfaringer og symptomer for å uttrykke psykososiale plager. Felles for de nedenstående eksemplene er også de somaliske hjelpernes forståelsesmåte når de prøver å hjelpe landsmenn i slike sammensatte og vanskelige livssituasjoner.

### *Somalisk hjelpeforståelse*

Det umiddelbart mest karakteristiske ved gjenfortellingene av den hjelpen somaliske helpere gir, er den konkrete, helhetlige og nære fremgangsmåten de anvender når de går inn i situasjonen til hjelpsøkende landsmenn, som i eksil ofte er personer de i utgangspunktet ikke kjenner eller har en relasjon til. Fremgangsmåten kan ses som preget av en underliggende hjelpeforståelse, som er sammensatt av tre kjennetegn. For det første dreier det seg om en altomfattende, nær, konkret, praktisk hjelp og omsorg gitt som en gave. Hjelpen består i å gi sjenerøst av sine ressurser, av seg selv, sitt engasjement, sine kunnskaper, sin tid, sine penger, klær, mat og hus. For det andre ser det ut til at i eksil i Norge/Finland gis hjelp i større grad til andre somaliere ut fra en bredere definert gjensidig forpliktelse til å hjelpe landsmenn i eksil enn den tradisjonelle slekts- og klanbaserte hjelpen i Somalia. For det tredje dreier det seg om en bokstavelig forståelse av og tilnærming til den hjelpsøkendes situasjon, ønske og behov slik denne selv presenterer det. Sagt med Goffman (1992), beholder den hjelpsøkende derved definisjonsmakten av problemet samt makten til å definere situasjonen: hva det ønskes hjelp med, samt tid og sted for å snakke om det. Hjelp gis - og tas imot - med respekt og verdighet som mellom likemenn. Somaliere sier «vi liker å få hjelp».

Gjenfortellingene viser også at denne uformelle, konkrete, helhetlige hjelpen gis (og tas imot) fleksibelt på ulike uformelle *arenaer*, som på gaten, i tog, i kafeer, i hjem og i organisasjoner. Den gis til alle døgnets tider, i helg og på hverdag. Dessuten gis den ved anvendelse av flere *teknikker* utført med stor fleksibilitet, som for oversiktens skyld her slås sammen i ulike kategorier ut fra kjennetegn ved tankemåten.

## Oppsøking, fotfølging, nærvær, praktisk hjelp og omsorg

Et sentralt element, og kanskje det umiddelbart mest slående ved somalieres måte å gi hjelp, er en konkret, fysisk oppsøking, nærvær og omsorg. Ifølge informantene er det vanlig for somaliere i Norge (og Finland) å prøve å hjelpe. Man går ikke forbi andre somaliere - heller ikke helt ukjente - som trenger hjelp, men oppsøker personen med varsomhet og respekt. To menn, som selv var inne i en vanskelig periode, fortalte i en diskusjonsgruppe om måten hver av dem hadde hjulpet landsmenn som private helpere:

### Hjelp til ustelt mann på gaten

*Jeg så en mann stå på et gatehjørne en kveld. Han så ustelt ut og virket i det hele tatt som han ikke hadde det godt. I Somalia er det et tegn på psykiske problemer når folk er lang-*



*håret og ustelt, siden somaliere legger vekt på å være velstelt. Jeg tok ham først til en frisør så han kunne bli klippet og stelt på håret. Så tok jeg ham med til en kafé og ga ham mat. Da fortalte han om sine problemer.*

## Hjelp til mann på toget

*Jeg møtte en ung mann på toget ut av Oslo. Han satt og snakket med seg selv, og så dårlig og ustelt ut. Jeg spurte ham «Kan jeg snakke med deg?» Det fikk jeg. Den unge mannen fortalte at han hadde fått avslag på sin oppholdssøknad og ikke hadde noe sted å bo og ingen penger. Jeg sa «vil du komme hjem til meg og få et bad og noe mat og bli over natten?» Det ville han ikke. Han pleide å ta toget hver kveld til det asylmottaket han bodde på før og legge seg et sted han visste om og av og til kom noen og ga ham mat. Han ville heller dra dit. Jeg har ikke sett ham siden.*

Mennene i denne diskusjonsgruppen ga begge uttrykk for at de hadde gjenopptatt tradisjonell somalisk hjelpemåte etter at de selv hadde følt seg hørt og hjulpet i gruppen.

Slikt engasjement og konkret omsorg som disse to gjenfortellingene viser har vi fått mange eksempler på både i Norge og Finland. Det ser ut til å være en implisitt del av måter mange somaliere yter hjelp. Det dreier seg om konkret hjelp som gis innlevende og bokstavelig i situasjonen, som å hente barn, tilby sine klær, la personen få bo hos seg i nødvendig tid, gi mat eller tar med ut på kafé. Det fortelles om faktisk, fysisk oppsøking, oppfølging og støtte til å få gjennomført dagligdagse gjøremål, men også hjelp og fotfølging ved mer innviklede oppgaver, som å gå til politiet, til legen, til Aetat eller sosialkontoret.

## Hjelp til kvinne som ikke ser noen utvei

*En offentlig ansatt somalisk hjelper fikk en telefon fra en kvinne som ba om å få et av sine barn hentet etter skoletid for hun ville ta livet av seg. Hjelperen hentet barnet og fikk også kvinnen til selv å komme. Hun ga kvinnen konkret omsorg i form av litt av drikke og en felles gåtur, der hun med enkle spørsmål fikk kvinnen til å snakke om problemene. Hun sa, «nå går vi bare litt rundt. Hva tenker du i dag?» Kvinnen fortalte at hun opplevde at hun levde i en sirkel og ikke så noen utvei, da var det bedre å slippe. Hjelperen sa «Tror du løsningen er selvmord? Jeg aksepterer ikke din måte å se det på. Her er Norge har du mange muligheter, mange rettigheter. Du har mange veier å gå, selv om du ikke tror det. Du kan komme til mødre hjem eller krisesenter og jeg skal komme og besøke deg. Du kan finne veien». Senere fulgte hjelperen opp kvinnen med flere samtaler, der hun tok tak i kvinnens problemer og mulige løsninger.*

## Hjelp til voldsutsatt kvinne

*En kvinne som ble slått av mannen sin, og ikke turde bryte med ham, oppsøkte en offentlig ansatt somalisk hjelper. Kvinnen var redd, deprimert og lei og begynte å drikke. Hjelperen oppfordret henne til å slutte å drikke og heller ta tak i situasjonen sin ved å snakke med advokat. Hjelperen tilbød å følge henne og å snakke med mannen hennes. Kvinnen*

*ba om å få bo hos hjelperen. Hun bodde der et par måneder. Mannen ringte hjem til hjelperen og truet. Hjelperen sa «du kan ikke true meg, jeg er ikke som henne, jeg ringer etter hjelp». Når de traff mannen på gaten, oppfordret hjelperen kvinnen til ikke å vise at hun var redd, «se ham rett i øynene», sa hun. Da mannen kom i fengsel flyttet kvinnen tilbake, og gradvis klarte hun å bygge seg opp et nytt liv med bedre helse og med jobb. «Gud har hjulpet meg», sa hun.*

Felles for kvinnene i de ovenstående eksempler er at de ikke tok kontakt med det norske samfunn, verken sosialkontor, politi, krisesenter eller psykisk helsetjeneste for å få hjelp med sine overveldende psykososiale problemer. Den hjelperolle hjelperen valgte overfor kvinnen som ville ta sitt liv, var å ta bokstavelig, konkret utgangspunkt i kvinnens ønske og behov og hente hennes barn, men hun tok også initiativ til å få snakket med kvinnen for å hindre at hun begikk selvmord. Ved sin åpne, medfølende og respektfulle opptreden overfor kvinnen (gi henne litt «space» og spørre «hva tenker du i dag») fikk hun innsikt i det som plaget kvinnen og kunne dele sin livserfaring og sine kunnskaper om rettigheter og muligheter i det norske samfunn med henne. Hun skapte kontakt og tillit, som er nødvendig for at kvinnen vil høre på hjelperen og ta imot hjelp. Den andre kvinnen ber om å få bo hos hjelperen, og denne lar henne få bo hos seg, noe som avspeiler en sosiokulturell forståelse både av hva man kan be om og hva man plikter å hjelpe med. Men det avspeiler også en viktig somalisk måte å hjelpe på, ved sjenerøst å gi av egne ressurser.

## Hjelp til alenemor med selvmordforsøk

*En lege ringte til en offentlig ansatt somalisk hjelper og spurte om hun kunne hjelpe en kvinne som hadde født barn utenfor ekteskap, noe som regnes som skam blant somaliere. Hun var derfor blitt avvist av sine nærmeste og hadde forsøkt å ta sitt liv. Kvinnen ønsket ikke at andre somaliere skulle høre hennes historie, men legen hadde sagt til henne at noen somaliere sikkert kunne hjelpe henne å komme tilbake til samfunnet. Kvinnen sa til slutt at hun ville ha hjelp, men hun ville ikke bo på mødre hjem. Hun mente at hun trengte å bo alene fordi hun var sliten. Den somaliske offentlig ansatte sa til henne «hvis legen sier du kan bo alene, da er det hans ansvar hvis du gjør noe». Kvinnen spurte «tror du jeg er gal?» Hjelperen svarte «du er ikke gal, men du har gjort noe som er galt. Noen leger sier du kan ikke oppdra barn. Hvis du gjør noe mer alvorlig en gang til vil barnevernet ta barnet ditt. Hvis du maser tror legen du ikke er normal». Hjelperen fortalte kvinnen hvordan hun mente hun burde snakke, at hun ikke skulle snakke høyt, ikke banke i bordet, fordi «da tror de bare du er gal. For somaliere er det normalt, men norske snakker ikke på den måten, annet enn hvis de er gale». Den unge kvinnen fulgte rådet og snakket rolig, tok pauser for å tenke seg om, og snakket lavt. Hun fikk bo alene i leilighet. Den offentlig ansatte hjelperen ble hennes støttekontakt, og fulgte henne opp til hun ble bedre i stand til å klare seg selv.*

Denne kvinnen, i en for somaliske kvinner særdeles problematisk livssituasjon, henvendte seg verken til det norske hjelpeapparat eller til andre somaliere med sine problemer. De som sto henne nærmest hadde avvist henne og hun mente selv at hun hadde kastet skam over det

somaliske miljøet. Dette viser at ved brudd på tradisjonen eller Koranens ord finnes det grenser for plikt til å yte og rett til å forvente hjelp, selv fra nære slektninger/klanen. Kvinnen fikk hjelp fra det norske psykososiale hjelpesystem, som også sørget for kontakt med somalisk offentlig ansatt hjelper. Kvinnens ambivalens i forhold til andre somaliere preget hennes valg når hun på den ene siden ikke vil bo på mødre hjem under henvisning til at det ikke bor andre somaliere der, og på den andre siden ikke vil ha hjelp av en somalier, fordi ingen somaliere må vite om hennes historie. Med denne ambivalens ønsket kvinnen å bo alene. Hjelperen aksepterer hennes ønske uten videre og stiller ikke spørsmål ved det. Derimot plasserer hjelperen ansvaret for at den unge kvinnen skal «gjøre noe» hos legen, og ansvaret for at hun kan fremstå som normal og ansvarlig hos henne selv. Dessuten stiller hjelperen opp helt konkret som kvinnens støttekontakt. Dette viser også at det likevel er forskjell på forpliktelsene hos eget somalisk nettverk/slekt og hos en offentlig ansatt somalisk hjelper.

### Hjelp til aktivering av psykisk syk

*Den psykisk syke kvinnen hadde sagt til den offentlig ansatte somaliske hjelperen «Jeg er ikke frisk, jeg kan ikke vise meg blant andre, og jeg har ingen pene klær å ha på meg». Da tok hjelperen med seg noen klær til kvinnen og overtalte henne til å bli med ut på kafé, så hun kunne tørre å vise seg blant andre. Kvinnen ville ikke være med på steder hvor hun var sikker på at det bare var friske mennesker. Hun mente hun ikke kunne være med hjelperen, som var frisk og derfor etter hennes mening på et annet nivå enn henne. Hjelperen svarte «Vi er ikke på forskjellig nivå, vi er på samme nivå, vi er like mye verdt.» Den psykisk syke kvinnen trives sammen med andre psykisk syke, som hun treffer på sitt tilbud ved bydelens DPS, fordi hun føler seg lik dem. Hun vil ikke i samtalegruppe med andre somaliske kvinner (slike samtalegrupper finnes i enkelte frivillige organisasjoner, og i regi av enkelte bydeler i Oslo). Hun tror de vil sladre om at hun er syk. Hun besøker av og til en annen somalisk kvinne som også er psykisk syk, fordi hun føler at de er i samme situasjon.*

Den psykisk syke i dette eksemplet frembyr også et ambivalent forhold til sine egne og ønsker ikke at andre somaliere skal vite om hennes sykdom. Dette gjenspeiler trolig hvor sterkt sosialt skam- og tabubelagt psykisk sykdom er blant somaliere. Alle informanter i Norge/Finland har gitt uttrykk for at hvis noen i familien blir psykisk syk forsøker man å gjemme dem bort og tie om det – og at dette også gjelder i diaspora. Det er særlig kvinner som blir gjemt bort, eller de isolerer seg som den ovennevnte kvinnen, mens menn ikke kan kontrolleres på samme måte og derfor kan påtreffes på gaten. Denne omtalen av psykisk sykdom som noe man holder skjult, står i kontrast til omtale i litteratur av helende zar-seremonier både i Somalia og i diaspora. Selv om seremoniene ofte holdes i private hjem, tiltrekker de seg publikum og naboer og venner kan bli invitert, slik Nuruddin Farah (2006) forteller i sin bok Sprukne landskap. Somalisk zar tilhører et større åndebesettelsesfenomen og refererer til ulike tilstander hvor en ånd har tatt bolig i personen. Ånder kan forårsake sykdom og symptomer på galskap (Tiilikainen, 2004).

Den offentlig ansatte hjelperen i dette eksemplet forsøker å styrke den psykisk syke kvinnen ved å hjelpe henne ut av isolasjonen, og gjennom å støtte henne på at hun er like mye verdt

selv om hun er syk. Denne somaliske hjelperen kommer inn som en brobygger overfor en kvinne som allerede er fanget opp av et kommunalt psykiatrisk helsetilbud. Kvinnen setter pris på dette tilbudet, men trenger ekstra bistand for gradvis å komme seg ut blant andre folk. Det er i den daglige fotfølgingen ut blant andre mennesker at hjelperen kommer inn i bildet som en støtte.

## Løsningsfokusering, bevisstgjøring, ansvarsvarliggjøring og «empowerment»

Slik konkret hjelp og oppfølging, som hjelpeeksemplene viser, gis gjerne på en måte som fremstår som løsningsfokuseret. Problemer forsøkes løst – konkret og med utgangspunkt i den hjelpsøkendes egne ønsker - både på kort sikt der og da, som sult og nød og akutt vold, og på mer lang sikt, som arbeid, en voldsfri tilværelse og for eksempel ordnet økonomi.

### Hjelp til mann med økonomiske problemer

*En offentlig ansatt hjelper fikk besøk av en mann en natt. Han hadde mistet leiligheten, han hadde brukt hele sosialhjelpen på rus og spillemaskiner. Han ba om å få sove hos hjelperen. Han sov i stuen der i flere uker. I denne perioden snakket hjelperen mye med ham om hans problemer. Hjelperen sa at han ikke skulle bruke penger på rus og spillemaskiner og tilbød ham å ta ansvar for pengene hans, slik at han ikke brukte opp alle på en gang. Mannen mente det var så vanskelig fordi han hadde holdt på i så mange år og hadde mistet så mye. Hjelperen sa «du ser bare et bilde, du ser hvordan du taper hele tiden, men ta et annet bilde. Tenk heller, hvordan kan jeg slutte». De gikk sammen på sosialkontoret. Hjelperen var med inn hos sosialkonsulenten og sa «ikke send penger til husleie og strømregning til ham. La ham levere regning for strømmen til dere, så betaler dere den.» Sosialkonsulenten sa «det er en god idé, men er han enig?» Hjelperen sa «spør ham!» Han sa at han var enig, så da gjorde de det slik. Tanken til hjelperen var både å lære ham å bruke penger på en kontrollert måte, og samtidig og hindre ham i å bruke opp alt.*

I tillegg til igjen å vise hvordan den somaliske hjelperen går inn med konkret, helhetlig omsorg, viser også dette eksemplet hvordan hjelperen er løsningsfokuseret og viser mannen at det finnes en utvei for deretter å følge med ham et stykke på veien. Også eksemplet med den voldsutsatte kvinnen ovenfor viser fokusering på å finne løsninger, bevisstgjøre og ansvarliggjøre som hjelp til selvhjelp. Hjelperne bevisstgjør de som søker hjelp på mer konstruktive tanke- og handlemønstre og ansvarliggjør dem overfor seg selv og sine barn. I denne fremgangsmåten ligger det også en styrking - «empowerment» - av den hjelpsøkende. Hjelperne forholder seg til den hjelpsøkende som en likeverdig med likeverdige ressurser og forventning om likeverdig evne til å forstå og handle. Gjennom normaliseringer, reformuleringer og bevisstgjøring styrker hjelperne den hjelpsøkende, så han/hun kan hente frem egne ressurser til å endre problematiske sider ved sitt liv, slik som også i neste eksempel.

## Hjelp til en kvinne som ble mobbet av mannen

*En kvinne forteller en offentlig ansatt somalisk hjelper at hun blir psykisk mobbet hele tiden av mannen sin. Han sier til henne at hun ikke er pen og at hun ikke er noen god kvinne. Hjelperen sier «du er ikke stygg. Ikke vær enig med ham. Ikke ta hans perspektiv. Du må si til ham at han må slutte. Si til ham at «du har ikke behandlet meg godt. Du skader meg». Du må si det tydelig til ham. Han tror ikke det skader deg. Han tror han bare kan si det som tull.» Kvinnen var redd han ville bli sint. Hjelperen sa «noen mennesker skjønner aldri dine grenser før du forteller dem det. Du må sette en grense – raini. For å få kontroll, må du velge selv. Etterpå kan du bli bedre, du kan få hjelp. Jeg kan hjelpe deg.»*

I dette eksemplet kommer hjelperens styrking, eller empowerment, av den hjelpsøkende klart frem. Også her tar hjelperen det som en selvfølge at kvinnen allerede har styrke og ressurser til å klare å snakke med sin mann, selv ta valg for sitt og barnas liv og å mestre det som måtte skje i fremtiden. Og igjen lover hjelperen konkret å følge opp og hjelpe på veien videre.

## Kultur og kommunikasjonsformidling

I en helnorsk hjelpekontekst snakker hjelper og hjelpsøkende samme språk og deler i store trekk samme sosiokulturelt skapte, u-uttalte generelle forståelsesmåter inklusive den mer spesifikke forståelse av hvordan gi og ta imot hjelp. Dette er utvilsomt også en sentral «usynlig» dimensjon ved alle eksemplene, at hjelper og hjelpsøkende snakker samme språk og deler forståelsesmåter. Somaliske hjelpere, både private og offentlig ansatte, innehar i tillegg kultur-, kontekst- og kommunikasjonskompetanse i forhold til majoritetssamfunnet og formidler sje-nerøst av denne, samt agerer som mellommenn mellom majoritetssamfunnets forståelse/fag-folk og somalisk forståelse. De hjelpere vi har snakket med, både ansatte og privatpersoner, har bodd en del år i Norge/Finland og har erfaring fra områder hvor det kan oppstå misforståelser og kommunikasjonsvikt. Som et viktig ledd i hjelpen gir de bevisst av sine erfaringer og sin kunnskap - f.eks. om den norske væremåten, norske forventninger og hva som ses som korrekt oppførsel for en voksen ansvarlig person i Norge - til landsmenn som trenger slik kunnskap. Hjelpere forklarer og oppfordrer somaliere til å oppføre seg på en måte som for eksempel norsk helsepersonell forstår. Somaliere lærer hverandre at de skal være tålmodige, snakke rolig og langsomt og tenke seg om før de svarer. De må vise at de kan oppføre seg ordentlig og bo sammen med andre. En offentlig ansatt somalisk hjelper sier om det norske hjelpesystem: «De ser de tidligere rapportene om personen og tenker at de ikke kan stole på ham. Hvis han snakker på en annen måte vil de likevel stole på ham.»

## Felles Sunnimuslimsk tro

Felles sunnimuslimsk tro er en grunnleggende del av somalisk hverdagsliv - og derfor også av somaliske hjelperes fremgangsmåte og den tradisjonelle, sosiokulturelle plikten til å gi. For de

fleste somaliere er vanskeligheter og sykdom - ikke minst psykisk lidelse - uløselig knyttet til sunnimuslimsk tro, som noen av eksemplene også viser (Helander, 1988). En av de offentlig ansatte hjelpere sier at Gud har gitt menneskene både friskhet og sykdommer, både gode og dårlige dager og oppfordrer derfor klientene til å akseptere at ikke hele livet er gode dager. Hjelperen forsøker å bygge dem opp til å bli bedre. Det å be til Gud kan hjelpe og de oppfordres til å be eller til å gå til moskeen.

## Hjelp til psykisk syk

*En offentlig ansatt somalisk hjelper oppfordret en psykisk syk til å ta en reise tilbake til hjemlandet, der nær familie fortsatt bor. Den psykiatriske pasienten hadde ikke sett familien på over ti år og fulgte rådet. Der traff den syke sin familie og leste koranen sammen med dem. Ifølge hjelperen gjorde det godt å reise hjem, den syke ble bedre av det.*

Dette eksemplet viser også at, i tillegg til andre viktige sider ved somalisk forståelse av psykisk sykdom og behandling som nevnt ovenfor, er det en helt sentral somalisk forståelse at symptomer på det man i Norge ville oppfatte som psykisk lidelse, ikke nødvendigvis ses som et medisinsk problem, men som et religiøst problem, som bestemt av Gud. Psykisk lidelse ses mer som en tilstand som har med tro og relasjoner å gjøre, særlig relasjonen til Gud, men også til ånder, særlig *djinn*, og til andre mennesker gjennom hekseri og det onde øye (Helander, 1988). De fleste somaliere vil derfor først henvende seg til Gud gjennom å resitere fra koranen eller få en imam / sheik til å resitere – også i eksil. Informanter unngår å gå i detalj om dette og om hvorfor det hjelper å få resitert fra Koranen. Fra litteraturen vet vi imidlertid at det er slik ånder som *djinn*, som ses som årsaken til psykisk lidelse, kan bli drevet ut (Lewis, 1998). Flere informanter kjenner somaliere med ulike grader av psykiske plager og kan fortelle at hvis det ikke hjelper med det hjelpetilbud - psykiatrisk og/eller religiøst - som gis i Norge/Finland, vil man ofte forsøke å samle sammen penger i det somaliske miljø for at den psykisk syke kan reise hjem til Somalia. Her vil det være mulig å oppsøke religiøse menn, sheiker, med større religiøs autoritet enn i Norge, og som tradisjonelt spiller en sentral rolle når det gjelder å helbrede psykisk sykdom i Somalia. Det regnes dessuten som helende at den syke kommer til kjent miljø og kjente sosiale omgivelser.

Disse ulike teknikker - konkret oppfølging, løsningsorientering, kulturformidling og Gudstro - ofte anvendt samtidig som et ledd i å gi hjelp, har til felles at de implisitt styrker personen og derved fremmer psykososial fungering og velvære. Hjelpen gis på arenaer, til de tider og med den hjelp den hjelpsøkende selv spør etter. Den hjelpsøkende styrkes, helt konkret med den ønskede praktiske hjelp og/eller med støtte, bevisstgjøring og gode råd, og kan snart overta selv med hjelp til selvhjelp – og etter hvert også hjelpe andre. En overordnet fellesnevner for disse teknikker og den bakenforliggende uttalte forståelse synes å være vektlegging av *ressurser* hos og styrking - *empowerment* - av den hjelpsøkende. Psykologisk empowerment - styrking på individnivå - kan defineres som en opplevelse av større kontroll over eget liv og en følelse av økt selvstendighet (*self-efficacy*) (Foster-Fishman et al., 1998: 508; Menon, 2002: 29). Dette begrepet, som konnoterer både styrking og mestring, er vokst frem de siste tiår innenfor det psykiske helsefeltet som motsats til patologisering og fokus på problemer (Antonovsky, 1987), og som et ledd i øking av deltakelse og innflytelse hos individer og grup-

per (Menon, 2002: 28). Forståelsesmåten som ligger bak begrepet synes å være på linje med og støtte opp om vanlig somalisk forståelsesmåte. Et eksempel på dette viser Tiilikainen gjennom å sitere en somalisk kvinne: «*It does not help to go and speak in a mental health office. I know what kind of questions they make there. A person can not go forward, if she/he has to talk about the problems all the time*» (2004: 4).

Om *forholdet* mellom å gi (hjelp) og å ta imot - og empowerment, kan man si at det å gi og ta imot i utgangspunktet uttrykker en strukturell asymmetri, som varer helt til gjenytelsen har funnet sted på en tilfredsstillende måte. Ved empowerment på individnivå forrykkes den sosiale strukturen, som innebærer plikt til å ta imot og til å gi igjen - eller til takknemlighet. Empowerment forutsetter i utgangspunktet en viss deltakelse, innflytelse og allerede eksisterende ressurser hos den hjelpsøkende, samt en forståelse av likeverdighet; og empowerment innebærer ikke en plikt til å gi igjen.

De fleste av eksemplene om hjelpemetoder og hjelpeforståelse, er fortalt av offentlig ansatte somaliske hjelpere uten formell helse- og sosialkompetanse, men som har gjennomgått kurs eller fått veiledning gjennom dette systemet, for eksempel i løsningsorientert samtale – LOS (Aambø, 1997, 2004). Det kan derfor synes vanskelig å skille ut hva som er opplæring i og påvirkning av slike kurs og veiledning - samt av norsk tankegang/vestlig behandlingsmetoder generelt - og hva som er somalisk forståelse. På ett vesentlig punkt kan man hevde at somalisk hjelpemethode avviker fra løsningsorientert tilnærming, slik den er utviklet av de Shazer (1991) og Insoo Kim Berg (1994). Denne tilnærmingen forutsetter en interessert, ikkevitende holdning og at hjelper er tilbakeholdende med å gi konkrete råd. Hjelperen skal etter denne forståelsen lytte til og bidra til å utvikle den hjelpsøkendes egne løsningsforslag. Slik vi har gjengitt det de fleste hjelpere har fortalt, er det tilsynelatende ikke så ofte de eksplisitt inn tar en sådan lyttende, åpen holdning, som når en sier: «nå går vi bare litt rundt. Hva tenker du i dag?». Gjenfortellingene viser aktive, oppsøkende hjelpere, og som blant annet gir gode råd uten at det tilsynelatende går ut over respekt, styrking eller løsninger for den som søker hjelp. Dette viser også hvor viktig det er at psykososiale tilnæringsmåter, utviklet i vestlige samfunn, blir tilpasset når de skal brukes i transkontinentale psykososiale kontekster. I denne sammenhengen er det likevel ikke så vesentlig hva som er hjelpers «kultur» og hva som er opplæring. Mer interessant er det at somalisk hjelpeforståelse synes å bygge opp om / supplere allerede etablerte metoder som for eksempel løsningsorientert samtale og empowerment.

#### *Hjelpeforståelse innenfor velferdsstaten*

Til tross for at det som nevnt foreligger en uskreven kontrakt om gjensidig bytte mellom individer og velferdsstat, når det gjelder å gi og ta imot, oppleves det å motta hjelp fra det offentlige hjelpeapparatet vanligvis ikke som symmetrisk mellom likeverdige parter. I Norge står verdien om å klare seg selv og være selvstendig helt sentralt (Hjelde, 2004: 110), som motsetning til somalisk forståelse av kollektiv, gjensidig avhengighet og forpliktelse – og til det å like å ta imot hjelp. I Norge er det for mange vanskelig og flaut å være nødt til å ta imot hjelp. Dette gjelder ulike typer hjelp som sosialhjelp og hjelp med psykososiale problemer, selv om det etter hvert er mange som mottar slik hjelp.

Selve hjelpesituasjonen, gitt gjennom velferdsstatens tjenester, oppleves heller ikke som - og er ikke - symmetrisk som mellom to likeverdige personer. Hjelperen er profesjonell på sitt felt. Den hjelpsøkende må oppsøke hjelperens kontor som den ene *arena* hvor hjelp vanligvis tilbys. Den profesjonelle hjelperen er på en slags dobbel hjemmebane, både som fagperson og helt konkret ved å ta imot på sitt kontor, mens den hjelpsøkende er på tilsvarende dobbel bortebane. Hvis man som somalier i Norge i tillegg tilhører en minoritetsbefolkning og hjelperen er majoritetsperson, vil hjelpen bli gitt i en situasjon preget av trippel asymmetri. Denne asymmetri forsterkes av at en hjelper med majoritetsbakgrunn vanligvis ubevisst og ukritisk vil legge sin egen kulturelt baserte - uttalte - forståelse og definisjon av situasjonen til grunn. Dermed vil en somalisk pasient med sine forventninger lett kunne fremstå som preget og styrt av sin «kultur» og muligheten for en kulturelt gjensidig dialog kan lett gå tapt.

Hjelp innenfor velferdsstatens offentlige helse- og sosialtjenester gis i prinsippet av fagpersoner med profesjonsutdannelse innenfor sitt felt og spesialiserte hjelperolle. Hjelperne er eksperter på ulike, til dels fragmenterte, livsområder og hjelpen er organisatorisk inndelt i ulike tjenester basert på type livsområde/problem, alder, kjønn samt hvor man bor. De fleste hjelpetjenestene er således sektorisert både geografisk og etter hvem som trenger hjelp og for hva, dvs. formalisert og byråkratisert, avgrenset og distansert<sup>10</sup>. Hvert familiemedlem mottar hjelp hvert sitt sted – vanligvis ikke samlet som en helhet (Ihle & Haider, 2001). Det er også karakteristisk for velferdsstatens hjelpesystem at hjelp i alminnelighet ytes innenfor en bestemt arbeidstid. Selv om dette systemet alt i alt fremstår som velutbygget, sterkt og effektivt, er det samtidig en innebygget mangel på eller lite rom for fleksibilitet.

Flere slike tjenester, opprettet for å være til hjelp for befolkningen, oppleves av mange somaliere som spesielt vanskelige å forholde seg til og mange gir uttrykk for stor frustrasjon, uttrykt med hevet, oppgitt stemme, over hvor uforståelig og ydmykende det oppleves når de gjør sitt ytterste for å følge regler, fylle ut skjema, komme til rett tid, for så f.eks. å få vite at saksbehandleren ikke er der og de må vente to uker til. Mens det kan synes som mange somaliere føler seg krenket av måten de møtes på, særlig på sosialkontorer (også i Fangen, 2006b), gjenspeiler våre intervjuer ikke på samme måte noen sjenanse over å motta sosialhjelp, og somaliere i Norge rager høyest på statistikken over sosialhjelpsmottagere. Det stigma som er knyttet til sosialhjelpmottaking i Norge, er somaliere flest ikke vokst opp med, siden tilsvarende ordninger ikke finnes i Somalia. Derimot regnes det å gå til psykolog eller psykiater av mange somaliere som svært stigmatiserende og tabubelagt, fordi det forbindes med å være *gal*.

*En familieterapeut fortalte at når han fikk somaliere henvist til obligatorisk megling i forbindelse med skilsmisse, oppfordret han dem til å komme noen flere ganger enn den ene obligatoriske. Slik fikk han hjulpet dem med andre livsproblemer også, uten at de følte seg stigmatisert.*

Det er en alminnelig erfaring blant terapeuter innenfor psykososiale tjenester at når de får henvist flyktningpasienter, også somaliere, omhyggelig begrunnet med at de trenger psykologisk / psykiatrisk hjelp, viser den innledende samtalen raskt at pasienten ser det annerledes. Det pasienten gir uttrykk for behov for hjelp til er ikke psykiske problemer, men derimot helt konkret hjelp til å få ordnet praktiske livsforhold: skaffe eller bytte bolig, få arbeid, sosialstønad o.lign. (Varvin, 2003). Dette er forvirrende for terapeuten. Er det henviser, pasient eller terapeut som har misforstått?



*Tilpasning av offentlig psykososial hjelpepraksis til somaliere i Norge*

Ovenstående empiriske eksempler illustrerer implisitt deler av praksis ved velferdsstatens psykososiale tjenester, samt forholdet mellom disse og somaliere i Norge - i tillegg til å illustrere somalisk hjelpeforståelse og praksis. Som vi har sett har flere av personene i eksemplene allerede kontakt med det offentlige hjelpetjenestesystem før kontakten med somaliske hjelpere. Noen, som den psykisk syke kvinnen, tok imot og satte pris på de psykiatriske tjenester. Andre har droppet ut av det psykiatriske systemet, ifølge både somaliere og helsepersonell. For de fleste somaliere er det imidlertid ikke naturlig å henvende seg til psykiatrien i det hele tatt, siden - som nevnt - psykisk lidelse for mange dels er svært tabu- og taushetsbelagt og dels ikke ses som en medisinsk lidelse, men som relatert til religion og Gudstro (også i Davies & Webb, 2000: 550).

I tillegg fremviser eksemplene en grunnleggende gjensidig *tillit* mellom somalisk hjelper og de som mottar hjelpen. Flere vi har snakket med lar hjelpsøkende / bostedløse både menn og kvinner bo hos seg (eller bruke sin adresse for å kunne motta post)<sup>11</sup> og mannen med økonomiske problemer lar hjelperen disponere bankkonto og penger for seg. De hjelpsøkende i eksemplene hører på hjelperen og prøver ut gode råd og ny innsikt.

Også innenfor velferdsstatens helsesystem er det flere typer tilbud og tilnærminger, som allerede er i bruk ved psykososiale tjenester i Norge, som nyter *tillit*, omtales positivt og oppsøkes i stor grad av somaliere. Eksempler på helsetjenester som omtales slik er helsestasjoner og legevakt (også i Engebriksen, 2004). Dette er de førstelinjetjenester i Norge som har lavest terskel og som antakelig er lettest å forstå bruken av - i betydningen er mest gjenkjennelig. For mange vil det minne om måten det var organisert i Somalia, hvor man kom når man ville og satt og ventet på tur – ofte i lang tid. Også ambulanspersonell forteller om *tillit* fra somaliere:

*En somalisk dame ringte 110 og fortalte i full panikk at hun kom til å dø. Ambulansen rykket ut, og de løp opp til den panikkslagne kvinnens leilighet. Hun hadde forferdelig vondt i halsen og fikk ikke puste. Dette hadde hun aldri hørt om før og hun var sikker på at hun skulle dø. Legen som tilfeldigvis var med, noe som ikke er vanlig, kunne straks undersøke henne og berolige med at det var halsbetennelse og at hun ikke ville dø, men snart bli frisk igjen.*

Ambulansepersonalet tror de har slik *tillit* fordi de kommer inn i situasjonen med stor autoritet, vet hva hver enkelt skal gjøre, overtar hele ansvaret og ordner opp der og da.

Når det gjelder tilnæringsmåter innenfor psykososiale tjenester i Norge, anvendes flere metoder som legger til grunn hjelpeforståelser som kan minne om måten somaliske hjelpere tenker. Det dreier seg som nevnt om tilnærminger som særlig fremmer styrking - empowerment - mestring og egne løsninger. Martin Seligman (bl.a. 2002) har med sin såkalte «positiv psykologi» bidratt i denne forståelsesretningen med vektlegging av å styrke opplevelsen av mestring og kontroll over egne liv - fremfor av problemer. Også nettverkmotoden, som drar inn den hjelpsøkendes nettverk som en ressurs for sammen å finne løsninger og fordele oppgaver (Fyrand, 2001), samt «case management» metoden, hvor «case manager» har ansvaret for koordinering av tiltakene over tid slik at den hjelpsøkende bare må forholde seg til én person (Surber, 1994; Jareg, 1998:11), bygger opp om en slik forståelsesmåte.

Det følgende er et eksempel på en slik kombinasjon av både type tjenestetilbud og type tilnærming: En erfaren sosionom på Sosial vakttjeneste fortalte om en somalisk kvinne som ofte oppsøkte legevakten, også sent på kveld eller natt. Hun kom med somatiske plager, som vondt i hjertet eller smerter i hofter, rygg osv. Hun var tidligere blitt henvist til psykiatrisk legevakt på grunn av angst og depresjon. Sosionomen sier om sin samtale med denne kvinnen:

*Jeg tenkte at henvisning til psykolog eller psykiatri er lite godtatt, ut fra at det betyr at man er gal. De som kommer til Legevakten med de samme plagene gjentatte ganger på natten blir ofte møtt med en reaksjon på dette, og blir bedt om å henvende seg på et annet tidspunkt og til egen lege. Jeg tenkte at legevakten er et tilbud hvor man kan komme når det smerter mest, og at det er en naturlig tanke. Jeg valgte å overse våre vanlige innvendinger, og vår samtale kom raskt inn på kvinnens livssituasjon. Det at hun ikke kunne leve sammen med ektemannen forsto jeg ut fra informasjon om at somaliske menn lett kan bukke under i det norske samfunnet når de ikke får jobb og ikke kan forsørge sin familie, og at khat-rusen er lett tilgjengelig. Et stort ansvar blir lagt på kvinnen alene, både økonomisk, for barna, og for gamle foreldre i hjemlandet. Det var dette ansvaret vi snakket om, og hvordan hun ble liggende søvnløs om nettene på grunn av bekymringer og derav følgende angst og smerter. Jeg syntes kvinnen vokste i verdighet fra mitt ståsted, og jeg tror det skyltes at hun følte at hun møtte forståelse i forhold til sitt egentlige tema. Dette syntes på henne, hun ga uttrykk for at hun følte seg lettere og hun kunne si noe om bakgrunnen for at hun kom så ofte. Det var at hun ikke hadde andre å snakke med om dette. Jeg tror det var viktig for henne å bli tatt på alvor og få aksept for at det hun sto i faktisk var vanskelig. Dette fikk hun også skriftlig, noe jeg tror økte hennes følelse av at det hadde betydning.*

Denne norske sosionomen hadde innhentet basisinformasjon om somaliske forståelsesmåter og somalieres vilkår i eksil i Norge og brukte det lyttende, sensitivt og aktivt for å forstå og for å skape kontakt og dialog med den hjelpsøkende kvinnen midt om natten på Sosial vakttjeneste. Sosionomen avsto fra den vanlige fremgangsmåten med pedagogisk voksenopplæring i hva som er riktig tidspunkt eller sted å komme med de samme slags problemer og ga seg til å lytte til kvinnen. Dermed oppsto det tillit og kontakt og sosionomen fikk tilgang til kvinnens «egentlige tema». Måten denne sosionomen beskriver de tanker hun gjorde seg, mens hun prøvde å hjelpe den somaliske kvinnen, minner om måten somaliske hjelpere forteller om sin hjelpepraksis: tar kvinnen bokstavelig og på alvor og lytter til, støtter og bekrefter det hun er kommet for å si, uten å spørre etter det kvinnen «burde» ha sagt ut fra norsk kontekst. Gjennom dette vises også respekt for kvinnen og hennes vanskelige livssituasjon, samt fleksibilitet i fremgangsmåte ved å gå ut over vanlig praksis og tenkemåte.

Det er en alminnelig erfaring i Norden, ikke bare ved Legevakten i Oslo, at mange innvandrere, inklusive somaliere, ofte bruker legevaktens tjenester på en måte - og til tider - som er feil ut fra forutsetningen. I en spørreskjemaundersøkelse blant 1.012 leger, sykepleiere og hjelpepleiere ved klinisk avdeling på Bispebjerg Hospital i København, svarte 80 % av legene, 74 % av sykepleierne og 85 % av hjelpepleierne at de var enige i utsagnet: «foreign-born citizens must learn to use the emergency room in the same way as Danish-born citizens» (Mygind et al., 2006: 3). Mange somaliere derimot ser ut til å sette pris på denne måten å motta hjelp når de trenger det. Sosial vakttjeneste ved Legevakten i Oslo er i tillegg organisert med en viss

fleksibilitet og de ansatte har for eksempel mulighet til å ordne med litt mat og en seng for natten til de som har behov for det.

Det er således flere psykososiale tjenester og tilnæringsmåter som oppleves som relativt kjent og tillitsvekkende av mange somaliere. Det dreier seg om tjenestenes *organisering, arenaer* for hjelpen, *måten* hjelpen gis på og selve hjelpen. Det dreier seg også om kunnskap - begge veier. Mange somaliere har uttrykt ønske om at majoritetsbefolkningen må lære om deres «kultur». Mer kjent er det at majoritetssamfunnet forventer at flyktningbefolkninger som somaliere setter seg inn i norsk samfunn og kultur og i vid forstand integreres. Psyko-educasjon er et eksempel på formidling av viktig og nyttig kunnskap til flyktninger og som også noen av våre informanter har tatt til orde for. Silveira og Allebeck (2001) argumenterer i sin artikkel om eldre, deprimerte somaliere i Øst-London med at somaliere har behov for hjelp til å lære mer om depresjon, som en lidelse som ikke dekkes i somalisk vokabular. Et annet eksempel er bruk av naturlig hjelpere, kulturassistenter o.lign., som samarbeider med fagfolk og kan fungere som toveis kunnskapsformidlere mellom somaliere og det eksisterende hjelpetilbudet, slik som de offentlig ansatte hjelperne vi har snakket med gjør (også i Davies & Webb, 2000: 552). Brunvatn (2006: 285–286) foreslår spesielt tilrettelagt helsetjenestetilbud til nyankomne flyktninger: i store kommuner et «Senter for migrasjonshelse» og i små kommuner en «Helsestasjon for flyktninger». Alle disse forslagene støtter opp om somalisk forståelse og hjelpemåte, slik vi har møtt den og presentert den her. Det dreier seg om allerede kjente typer hjelpetilbud og organisering som kan bidra til å modifisere og/eller utvide de generelle psykososiale tjenestene og derved tilpasse dem bedre til somaliere i Norge.

Majoritetssamfunnet er den part i minoritets-majoritetsrelasjonen som har makten og ressursene til å endre forhold innenfor det psykososiale hjelpesystem og tilpasse dem til minoritetene. Likebehandling er et svært viktig prinsipp for hjelpetiltak i Norge og særbehandling er ut fra slik likhetstankegang er ikke ønsket. Ved å insistere på lik behandling på likt sted til lik tid innenfor det generelle hjelpesystemet, vil nyankomne minoriteter, som somaliere i Norge, ikke kunne oppnå samme rettigheter og tjenestetilbud som majoritetsgrupper har. Det kan derfor likevel være ønsket å tilpasse og prøve ut metoder og organisering med sikte på både å tilby fleksibilitet, symmetri, respekt og empowerment til pasientene - og å bygge opp transnasjonal kompetanse blant majoritetsbehandlere. På denne måten kan det sikres et likeverdig tjenestetilbud til minoriteter i overgangsårene fra krig og kaos til velordnet, individsentrert, komplekst og fremmedartet samfunn. Samtidig får det generelle hjelpesystemet mulighet til å utvikle arbeidsmetoder og organisering av tjenestene slik at de kontinuerlig kan fremstå som tilpasset et multikulturelt norsk samfunn i stadig endring. På lang sikt kan dette bli til glede for alle hjelpemottakere i Norge.

## Notes

- 1 Ikke bare levevis, men også klima blir av mange nevnt eksplisitt som psykososialt problematisk. Mange særlig kvinner går lite ut - spesielt om vinteren når det er mørkt og kaldt - og blir nedfor av isolasjon og inaktivitet. Se også Tiilikainen (1998:310).
- 2 Dette gjelder også i Finland (Tiilikainen 2004)
- 3 Begreper som psykisk helse og lidelser anvender vi som leppersoner.
- 4 Det dreier seg om helsepersonell som er utdannet i Somalia, Norge, Finland eller Russland.

- 5 Historisk var de første årene under Siad Barre et unntak når det gjelder slike offentlig organiserte tjenester. Hans regime bygget på vitenskapelig sosialisme med utbygging bl. a. av små helsesentre. Som et poeng vi kan takke en anonym referee for, kan det nevnes at somaliere er vant til å motta offentlig hjelp i betydningen nødhjelp og at somalieres følelse av krav på hjelp og spesielle evne til å oppnå velferdsgoder kan forstås ut fra dette (Engebrightsen 2004). Somalia har mottatt betydelig internasjonal økonomisk hjelp siden det ble en uavhengig stat i 1960 og regjeringen har sørget for massiv nødhjelp i forbindelse med sult og tørke og med flyktningestrømmene etter Ogaden-krigen. Dette dreier seg imidlertid mer om konkret mat- eller katastrofehjelp - sagt med Mauss: om almisser - enn om velferdstatens offentlige, rettighetsbaserte - her psykososiale - hjelpetjenester.
- 6 Når det gjelder psykiatri, finnes det fortsatt i alt bare tre institusjoner i hele Somalia, et psykiatrisk hospital i Berbera og en avdeling ved hver av hospitalene i Mogadishu og Hargeisa (WHO 2004).
- 7 Somaliere vi har intervjuet unngår temaet klan (også i Haakonsen 2005). De snakker ikke selv om det eller erklærer kort at her i Norge/Finland er klan ikke viktig, ikke er noe å snakke om, her er det fred, det er et kapittel de er ferdige med, etc. Ansatte hjelpere erklærer at de handler på tvers av klan (også i Hjelde 2004). Det er likevel grunn til å tro at klan tilhørighet fortsatt har betydning, bla gjennom det faktum at somaliere ikke har klart å samle seg om en større organisasjon som kan være deres talerør og representasjon, heller ikke i London eller Toronto (Hopkins 2006).
- 8 Begrepet «naturlig hjelper» defineres av Aambø (1998: 307) som «ikke-faglærte personer, gjerne med etnisk bakgrunn, som har naturlige kvalifikasjoner og interesse for samarbeid med fagfolk om helsefremmende tilnærming». Se også Korbøl (2005) om linkarbeider, naturlig hjelper, kulturveileder etc.
- 9 I Norge var det pr. 01.01.06 i alt 18.015 somaliere (Statistisk sentralbyrå 2006), mens det i Finland var 8.593 (Statistics Finland 2005), hvorav ca halvparten er bosatt henholdsvis i Oslo og Helsingfors.
- 10 Det finnes noen unntak for denne måten å organisere og yte hjelpetjenester innenfor den offentlige organiserte del av velferdstaten, eksempelvis Uteseksjonen i Oslo. Den nye samorganisering av Aetat, Trygdeetat og sosialkontor, NAV, er begrunnet med at det skal bli enklere å se helheten i den hjelpesøkendes livssituasjon, og varsler i så måte en ny tankegang. Frivillige organisasjoner er ikke tatt med i denne sammenheng, til tross for betydelige offentlig bidrag til deres arbeid.
- 11 Hvis hjelper bor i en kommunal leilighet, er slike former for hjelp ulovlig og kan føre til utkastelse.

## Referanser

- Alghasi, S., Fangen, K., & Frønes, I. (Eds.). (2006). *Mellom to kulturer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ahlberg, N., & Dahl, C.I. (2005). Perspektiver på migrant-minoriteter og det psykiske helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2(3), 252–260.
- Aambø, A. (1997). Tasteful Solutions: Solution-Focused Work With Groups of Immigrants. *Contemporary Family Therapy* 19(1), 63–79.
- Aambø, A. (1998). Fra Ord til handling. Folkehelsearbeid i et flerkulturelt miljø. Vedlegg 2 i *Det er bruk for alle*. NOU 1998: 18, 302–310.
- Aambø, A. (2004). *LOS Løsningsorienterte samtaler*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. London: Jossey-Bass Limited.
- Axelsen, E. D. (1997). *Symptomet som ressurs. Psykiske problemer og psykoterapi*. Oslo: Pax forlag.
- Berg, I.K. (1994). *Family Based Services: A solution-focused approach*. New York: Norton.
- Brunvatn, R. (2006). *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal.
- Davies, M., & Webb, E. (2000). Promoting Psychosocial Well-being of Refugee Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 5(4), 541–554.

- de Shazer, S. (1991). *Putting differences to work*. New York: Norton.
- Djuve, A.B., & Hagen, K. (1995). «Skaff meg en jobb!» *Levekår blant Flyktninger i Oslo*. Oslo: Fafo.
- Djuve, A.B., & Kavli, H.C. (2000). *Styring over eget liv. Levekår og flytteaktivitet blant flyktninger i lys av myndighetenes bosettingsarbeid*. Oslo: Fafo.
- Engebriktsen, A. (2004). *Somaliere i eksil i Norge. En kartlegging av erfaringer fra fem kommuner og åtte bydeler i Oslo*. Skriftserie 1/2004. Oslo: NOVA.
- Fangen, K. (2005). The need to belong and the need to distance oneself: Ethnic identification and contra-identification among Somali refugees in Norway. I K. Nes, T. Skoug & M. Strømstad (Red.), *Somaliere i Norge – Perspektiver på språk, religion og integrering* (ss. 141–167). Vallset: Oplandske Bokforlag.
- Fangen, K. (2006a). Assimilert, hybrid eller inkorporert i det etniske? Tilpasning og identifikasjon blant somaliere i Norge. *Sosiologisk tidsskrift* (1), 4–29.
- Fangen, K. (2006b). Humiliation Experienced by Somali Refugees in Norway. *Journal of Refugee Studies* 19(1), 1–25.
- Foster-Fishman, P.G. et al. (1998). Empirical Support for the Critical Assumptions of Empowerment Theory. *American Journal of Community Psychology* 26(4), 507–536.
- Fyrand, L. (2001). *Sosialt nettverk. Teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig. En studie i hverdagslivets dramatik*. Oslo: Pax.
- Hauff, E., & Vaglum, P. (1995). Organised violence and the stress of exile. Predictors of mental health in a community cohort of Vietnamese three years after resettlement. *British Journal of Psychiatry* 166, 360–367.
- Hauff, E. (1998). *The stresses of war, organised violence and exile: A prospective community cohort study of the mental health of Vietnamese refugees in Norway*. Oslo: University of Oslo.
- Helander, B. (1988). *The slaughtered Camel: Coping with Fictitious Descent among the Hubeer of Southern Somalia*. Doctoral Thesis, Department of Cultural Anthropology. Uppsala: University of Uppsala.
- Helander, B. (1990). Getting the Most Out of It: Nomadic Health Care Seeking and the State in Southern Somalia. *Nomadic Peoples* (25/27).
- Hjelde, K.H. (1992). Om å gi – og ta imot. Hvorfor er flyktningene så sinte? Vi prøver jo bare å hjelpe. *Linjer* 2(2). Oslo: Psykososialt senter for flyktninger.
- Hjelde, K.H. (2004). *Diversity, Liminality and Silence. Integrating Young Unaccompanied Refugees in Oslo*. Oslo: Unipub AS.
- Hopkins, G. (2006). Somali Community Organizations in London and Toronto: Collaboration and Effectiveness. *Journal of Refugee Studies* 19(3), 361–380.
- Haakonsen, J.M. (2005). Somalia - historie, kultur og samfunn. I K. Nes, T. Skoug & M. Strømstad (Red.), *Somaliere i Norge. Perspektiver på språk, religion og integrering* (ss. 11–32). Vallset: Oplandske Bokforlag.
- Haavind, H. (1994). Kjønn i forandring – som fenomen og som forståelsesmåte. *Tidsskrift for norsk psykologforening* (31), 767–784.
- Ihle, R. & Haider, M. (2001). *Somaliaprosjektet. Om bosetting av somaliere i 12 kommuner på Vestlandet*. UDI, Regionkontor vest. Hentet fra: [www.udi.no/upload/Publikasjoner/Asylmottak/Somaliarapport.pdf](http://www.udi.no/upload/Publikasjoner/Asylmottak/Somaliarapport.pdf)
- Jareg, K. (1998). *Flyktningeungdom i risikosonen - en case management modell*. Oslo: Psykososialt senter for flyktninger, Universitetet i Oslo.

- Korbøl, A. (2004). *Linkarbeidet I Oslo. En begynnende oversikt*. NAKMI småskrifter 2004(2). Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse.
- Lavik, N. J., Hauff, E., Skrondal, A., & Solberg, Ø. (1996). Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: Some findings from an outpatient population. *British Journal of Psychiatry* 169, 726–732.
- Lewis, I.M. (1998). *Saints and Somalis. Popular Islam in a Clan-based Society*. London: HAAN Associates.
- Lewis, I.M. (2002). *A Modern History of the Somali Revised, Updated & Expanded*. Fourth Edition. Oxford: James Currey LTD.
- Lie, B. (2002). A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106, 415–25.
- Mauss, M. (1970). *The Gift. Forms and Functions of Exchange in Archaic Societies*. London: Routledge & Kegan Paul.
- McCrone, P., et al. (2005). Mental health needs, service use and costs among Somali refugees in the UK. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111, 351–357.
- Menkhaus, K. (2003). State Collapse in Somalia: Second Thoughts. *Review of African Political Economy* 97, 405–422.
- Menon, S.T. (2002): Toward a model of psychological health empowerment: implications for health care in multicultural communities. *Nurse Education Today* 22, 28–39
- Myrdin, A., Kristiansen, M., & Krasnik, A. (2006). *The encounter between ethnic minority patients and the health system*. Hentet fra: <http://www.nakmi.no/nyheter/artikkel.asp?SeksjonID=2&NyhetID=572&SprakID=1>
- Farah, N. (2006). *Sprukne landskap*. Oslo: Aschehoug.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realise Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press / Simon and Schuster.
- Silveira, E., & Allebeck, P. (2001). Migration, ageing and mental health: an ethnographic study on perceptions of life satisfaction, anxiety and depression in older Somali men in east London. *International Journal of Social Welfare* 10(4), 309–320.
- Statistics Finland (2005). *Language according to age and gender 1990–2005, Somali total whole country*.
- SSB (2006). De 15 største gruppene i innvandrerbefolkningen, 01.01.2006. Hentet fra: [www.ssb.no/emner/02/01/10/innvbef/](http://www.ssb.no/emner/02/01/10/innvbef/)
- SSB (2005). *Sysselsatte førstegenerasjonsinnvandrere, tabell 9*. Hentet fra: [www.ssb.no/emner/06/01/innvregsys/tab-2005-06-23-09.html](http://www.ssb.no/emner/06/01/innvregsys/tab-2005-06-23-09.html)
- Surber, R.W. (1994). *Clinical Case Management. A guide to comprehensive treatment of serious mental illness*. California: A Sage Focus Edition.
- Tiilikainen, M. (1998). Suffering and Symptoms: Aspects of Everyday Life of Somali Refugee Women. In M.S. Lilius (Ed.), *Variations on the Theme of Somaliness, Proceedings of the EASS/SSIA International Congress of Somali Studies* (pp. 309–317). Åbo: Åbo Akademi University.
- Tiilikainen, M. (2004). *Narrated and Silenced Stories: Somali Women in Finland*. Paper gitt ved 9th Somali Studies International Conference, University of Aalborg.
- Varvin, S. (2003). *Flukt og eksil: Traume, identitet og mestring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- WHO (2004). *WHO Somalia Annual Report 2003*. Somalia: World Health Organization