

Miriam Ingrid Billaud Feragen
& Vilde Eidem

"Man kan ikke flykte fra sin egen kamp"

En kvalitativ studie av helse relatert mestring
blant rwandere i Norge

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i Psykologi

Veileder: Britt-Marie Drott Sjøberg

Medveileder: Anette Hassel

Februar 2022

Miriam Ingrid Billaud Feragen
& Vilde Eidem

"Man kan ikke flykte fra sin egen kamp"

En kvalitativ studie av helserelatert mestring blant
rwandere i Norge

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i Psykologi
Veileder: Britt-Marie Drottz Sjøberg
Medveileder: Anette Hassel
Februar 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi



Kunnskap for en bedre verden

“Det var virkelig en kamp, men man kan ikke flykte fra sin egen kamp”

- Sitat deltaker

Forord

Miriam Billaud Feragen og Vilde Eidem har vært ansvarlige for alle leddene i denne studien: utforming av problemstilling, datainnsamling og analyse.

Da jeg var 16 år besøkte jeg *memorial de la shoah* i Paris. Der hadde de, i tillegg til Holocaust minnesmerke, laget en utstilling om folkemordet mot tutsifolket i Rwanda i 1994. Historiene og hendelsene jeg leste om der markerte meg sterkt, og det ble med meg videre i lang tid fremover. Før denne utstillingen hadde jeg så vidt hørt om Rwandas historie. Hendelsene i 1994 hadde aldri vært en del av skolepensum og jeg hadde hørt lite snakk om det i media. Jeg husker at jeg både ble sint og skammet meg over at noe så alvorlig og brutalt kunne ha skjedd uten at jeg opplevde at mennesker fra min generasjon i Norge, meg selv inkludert, født på 90-tallet, visste så mye om det. Utstillingen vekket sterke følelser inni meg og jeg fikk lyst til å vite hva det gjør med mennesker å oppleve noe så grusomt.

Vi valgte å skrive denne oppgaven fordi vi som psykologer vil kunne komme til å møte mennesker som bærer med seg erfaringer som kan være langt fra hva vi opplever i Norge. Psykologutdannelsen har i liten grad fokusert på det å møte mennesker fra en annen kulturell bakgrunn som kan ha vært utsatt for kollektive traumatiske opplevelser. Vi ble spesielt nysgjerrige på hvordan mennesker kan oppleve mestring i møte med slike vanskelige livserfaringer, samt hvordan helsevesenet bedre kan tilpasses for mennesker med flyktningbakgrunn.

Tusen takk til Karin Holt for god hjelp og inspirasjon i starten. Takk til dere som hjalp oss å rekruttere. Tusen takk til deltakerne som har vært modige og stilt opp til intervju. Mesteparten av deltakerne fortalte at de trodde det kunne bli vondt å snakke om tiden etter folkemordet mot tutsifolket, men at de ønsket å stille opp likevel fordi de opplevde det som viktig å bidra til kunnskapsøkning innen dette temaet. Takk til våre venner og familie, for tålmodighet og innspill. Tusen takk til vår hovedveileder Britt-Marie Drottz Sjöberg for tett samarbeid, lærerik veiledning, samt gode og raske tilbakemeldinger. Takk til vår biveileder Anette Hassel for spennende innspill fra hennes kliniske erfaring i jobb med flyktninger.

Abstrakt

Hensikten med denne hovedoppgaven har vært å undersøke mestring av helserelaterte utfordringer blant rwandere som kom til Norge i etterkant av folkemordet mot tutsifolket i 1994. Til sammen ti deltakere ble intervjuet. Samtlige hadde vært i Rwanda i 1994 og kommet til Norge i ettertid, enten som flyktninger eller via familiegjengenforening. Denne kvalitative studien ser på interne mestringsstrategier, men også på hvordan deltakerne kan ha opplevd mestring med andre, og i samarbeid med det norske helsevesenet. Det ble gjennomført semistrukturerte individuelle intervjuer som ble analysert ved bruk av tematisk analyse. Det ble identifisert ni hovedtemaer: 1) opplevde konsekvenser, 2) det norske systemet, 3) sosialt nettverk, 4) fortsette livet, 5) dele, 6) hjelpsøking blant rwandere i Norge (fysisk helse). 7) hjelpsøking blant rwandere i Norge (psykisk helse), 8) helsepersonell fokus, og 9) forståelse. Resultatene tyder på at deltakerne forsøkte å mestre livet i Norge ved å gjenvinne opplevelser av mening og kontroll, samt å oppsøke fellesskap der de kunne føle seg forstått. Mestring i samarbeid med helsevesenet, kan fremmes ved at fysiske og psykiske helsetilbud er tilpasset menneskers bakgrunn, knyttet til kultur og opplevelser i hjemlandet. Resultatene har teoretiske og kliniske implikasjoner.

Søkeord: Rwanda, Migrasjon, Sorg, Traumatiske opplevelser, Helsevesenet, Hjelpsøking, Mestring

Abstract

The following study aimed to examine ways of coping with health-related challenges, amongst Rwandans who came to Norway in the aftermath of the genocide against the Tutsi in 1994. A total of ten participants were interviewed. They had all been in Rwanda in 1994 and arrived in Norway after this, either as refugees or through family reunification. This qualitative study examines internal coping mechanisms, and coping with others, as well as coping in collaboration with the Norwegian health care system. Semi-structured interviews were conducted and analysed using thematic analysis. Nine main themes were identified: 1) experienced consequences, 2) the Norwegian system, 3) social network, 4) continuing life, 5) sharing, 6) help-seeking amongst Rwandans in Norway (physical health), 7) help-seeking among Rwandans in Norway (mental health), 8) health personnel focus, and 9) understanding. The results indicate that the participants attempted to cope with life in Norway by regaining experiences of meaning and control, as well as seeking out communities where they could feel understood. Coping in collaboration with the health care system can be improved if health personnel better adapt their services to people with a different cultural background, who may have had difficult experiences in their home country. The results have theoretical and clinical implications.

Search words: Rwanda, Migration, Sorrow, Traumatic Experiences, Health Care System, Help-Seeking, Coping

Innhold

Forord.....	3
Abstrakt.....	4
1. Innledning	9
1.1. Bakgrunn for studien.....	9
1.2. Oppgavens struktur	11
1.3. Folkemordet mot tutsifolket i Rwanda (1994)	11
1.4. Rwandere i Norge i dag.....	12
1.5. Traumatiske erfaringer	13
1.6. Fysisk, psykisk og sosial helse blant mennesker med flyktningbakgrunn.....	13
1.7. Mestring av helseplager	15
2. Teori.....	15
2.1. Teorier om mening, vekst og tilhørighet.....	16
2.1.1. Meningsskaping – en integrativ modell.....	16
2.1.2. Tilhørighet	19
2.1.3. Selvbestemmelsesteorien.....	20
2.1.4. Personal growth initiative (PGI).....	22
2.2. Teorier om akkulturasjon og deling	23
2.2.1. Akkulturasjon	23
2.2.2. Teori om self - disclosure	25
2.2.3. Joharis vindu.....	25
2.2.4. Dilemma of distress disclosure.....	26
2.3. Komponenter som påvirker mestringsstrategier	27
2.3.1. Teori om planlagt atferd (TPB)	27
2.3.2. Mestring og Helseoppfatningsmodellen (HBM).....	30
2.4. Oppsummering av teori.....	31
3. Metode	31
3.1. Problemstilling og tilnærming.....	31
3.2. Etske betraktninger.....	32
3.2.2. Anonymitet og konfidensialitet	33
3.2.3. Mulige emosjonelle belastninger.....	33
3.3. Design og informanter.....	34

3.3.1. Rekruttering	35
3.4. Datainnsamling.....	35
3.4.1. Intervjuguide.....	36
3.4.2. Planlegging og gjennomføring av intervju	36
3.4.3. Transkribering	37
3.5. Dataanalyse	38
3.5.1. Tematisk analyse	38
3.5.2. Gjennomføring av analyse.....	38
3.5.3. Reliabilitets test	39
5. Resultater	41
5.1. Livet etter ankomst til Norge	41
5.1.1. Tema 1: Opplevde konsekvenser.....	42
5.1.2. Tema 2: Det norske systemet.....	44
5.1.3. Tema 3: Sosialt nettverk	45
5.1.4. Tema 4: Fortsette livet.....	47
5.1.5. Tema 5: Dele	50
5.2. Det norske helsesystemet	52
5.2.1. Tema 6: Hjelpsøking blant rwandere i Norge (fysisk helse)	52
5.2.2. Tema 7: Hjelpsøking blant rwandere i Norge (psykisk helse)	54
5.2.3. Tema 8: Helsepersonell fokus	58
5.2.4. Tema 9: Forståelse.....	59
5.3. Oppsummering av resultatene.....	60
6. Diskusjon	62
6.1. Metodiske betraktninger – hvilke rammer må resultatene ses i lys av?.....	62
6.2. Vanskelig og viktig i den nye tilværelsen	64
6.2.1. Traumatiske erfaringer	65
6.2.2. Sorg og tap.....	66
6.2.3. Migrasjon.....	67
6.3. Forståelse, manglende kontroll, mangel på mening.....	68
6.3.1. Forståelse.....	68
6.3.2. Manglende kontroll.....	70
6.3.3. Manglende mening	71

6.3.4. Oppsummering av 6.2. og 6.3.....	72
6.4. Mestring av det nye livet i Norge.....	72
6.4.1. Innta offerrolle versus mestringstro og resiliens	73
6.4.2. Gjenvinne mening og kontroll.....	76
6.4.3. Fasilitere forståelse ved deling	79
6.5. Helsevesenets rolle i mestring av det nye livet i Norge	84
6.5.1. Faktorer som påvirker hjelpsøking og møtet med helsepersonell	85
6.5.2. Praktiske implikasjoner for helsepersonell.....	89
6.6. Implikasjoner for videre forskning.....	93
7. Konklusjon.....	94
8. Referanser	96
Vedlegg 1: Intervjuguide	117
Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	121
Vedlegg 3: Meldeskjema for behandling av personopplysninger.....	125
Vedlegg 4: Oversatte sitater på originalspråk.....	128

En kvalitativ studie av mestring blant rwandere i Norge

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for studien

FNs bærekraftsmål fremhever viktigheten av å fremme god helse og livskvalitet for alle, uansett alder (FNs bærekraftsmål nr.3, 2015). Delmålene, som den norske regjeringen har forpliktet seg til å arbeide mot, inkluderer fysisk, psykisk og sosial helse og fokuserer på forebyggende, rehabiliterende og behandlende tiltak (Meld. St. 40 (2020-2021)). Med dette som bakgrunn kan man spørre seg om et tilbud er tilgjengelig dersom det ikke er godt nok tilpasset kulturelt, språklig og på erfaring. Hvert år tilføres Norges befolkning nye innbyggere via innvandring. I 2021 kom 30% av disse med flyktningstatus (SSB, 2021). I Norge har over 240 000 innbyggere flyktningbakgrunn, noe som tilsvarer rundt 4,4% av den totale befolkningen i landet (SSB, 2021). Disse ankommer fra mange forskjellige land og av ulike årsaker. En flyktning kan beskrives som “enhver person som befinner seg utenfor det land han er borger av på grunn av velbegrunnet frykt for å bli forfulgt på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politisk oppfatning eller tilhørighet til en spesiell sosial gruppe” (Store Norske Leksikon, 2022). Informasjon om hvorvidt flyktninger og andre migrantgrupper opplever helsevesenets tilbud som relevant i møte med helseutfordringer, blir sentralt for å sikre kvalitet og skape tillit til tjenestene og helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999, §1).

Den delen av norsk populasjon som har bakgrunn fra kriserammede land, har på gruppenivå økt sannsynlighet for utvikling av psykiske vansker. Til tross for dette er det lite psykologisk forskning i Norge, og andre vestlige land, på flyktnings psykiske helse og deres opplevelser av vertslandets helsevesen (Mangrio & Sjøgren Forss, 2017). Videre har den eksisterende forskningen viet en relativt stor andel oppmerksomhet til psykopatologi, og forholdsvis lite til mestring. Mange flyktninger har vært utsatt for traumatiske opplevelser, som å miste familiemedlemmer eller venner (Furman, 1986; Xu et al., 2013), bli utsatt for eller være vitne til seksuell eller fysisk vold (Zinzow et al., 2009), og det å ha vært på flukt i eller ut av landet sitt (Silove et al., 2017). Det er sentralt å anerkjenne de langvarige påkjenningene som kan komme av slike påførte skader. Samtidig kan man risikere å glemme mennesket som helhet ved å utelukkende fokusere på det sykelige i personens situasjon. Det kan være vel så viktig å se på mestring for å best mulig kunne forstå og hjelpe disse menneskene (Arnetz et al., 2014).

Med dette som grunnlag ønsket vi å undersøke mestring av belastende livshendelser blant mennesker med flyktningbakgrunn. Videre ønsket vi å forstå hjelpsøking og erfaringer med det norske helsevesenet. Dette med bakgrunn i at forskning viser forhøyet forekomst av psykiske lidelser og plager i migrasjonsbefolkningen i Norge, men at mange bor i vertslandet i flere år før de oppsøker helsehjelp. Når kontakten med helsevesenet er betydelig mindre enn det omfanget av deres helseplager tilsier, blir det viktig å forstå hvordan helsevesenet bedre kan nå frem til, og ivareta, ulike migrantgrupper (Hjelde, 2020, s. 84).

Dette resulterte i hovedproblemstillingen: “Hva kan bidra til og hva kan hindre helserelatert mestring for mennesker som har erfaringer knyttet til traumatiske hendelser og migrasjon?”, ledsaget av underproblemstillingene: “Hva har vært viktig og vanskelig for dem i livet i Norge?”, “Hva har bidratt til mestring av livet i Norge?” og “På hvilken måte har, eller kunne, helsevesenet gitt støtte til helserelatert mestring?”. Begrepene helse, mestring og helsehjelp bør her defineres. Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerer helse som “en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser” (2014). Mestring kan beskrives som evnen til å vellykket tilpasse seg motgang (Thompson et al., 2018). Begrepene helse og mestring kan ses i sammenheng med hverandre, der mestring kan handle om opprettholdelsen av helse i møte med belastende livshendelser. Helsehjelp er all form for forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsarbeid som utføres av helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999, §3).

Gruppen som ble valgt i denne studien er rwandere som opplevde folkemordet mot tutsifolket og som i dag bor i Norge. I 2021 hadde det gått 27 år siden hendelsene som førte til at de flyktet til Norge. Dette ga grunnlag for et langtidsperspektiv med undersøkelse av hvordan deltakerne forsto deres opplevelser i retrospekt etter en lengre tidsperiode. Til tross for at folkemordet mot tutsifolket omtales som et av de mørkeste kapitlene menneskets historie har vært vitne til (FN-sambandet, 2021), er det få studier innen psykologi som har sett på hvordan rwandere som gruppe har hatt det i etterkant av 1994. Få studier har undersøkt longitudinelle effekter av traumatiske opplevelser hos flyktninger, og hvordan disse kan knyttes til psykisk helse (Fazel et al., 2011). En kvalitativ studie av denne gruppen muliggjør dermed en dypere forståelse for hvordan mennesker på lang sikt forsøker å mestre livet etter traumatiske opplevelser og migrasjon. Ved å belyse studiens problemstillinger var målet å finne mer ut av hvordan man bedre kan møte dagens flyktninger, og bedre forstå hva som kan bidra til trivsel og

mestring i et nytt land. Videre håpet vi å forstå hvordan helsevesenet bedre kan støtte opp om, og være tilgjengelig og relevant for dem som trenger det.

1.2. Oppgavens struktur

For å gi en mer helhetlig forståelse av problemstillingen, og fordi deltakerne ble rekruttert på bakgrunn av at de hadde opplevd folkemordet mot tutsifolket, vil det først forklares hva som skjedde i Rwanda i 1994. Beskrivelsen av hendelsene belyser også hva deltakerne kan ha vært utsatt for eller vitne til. Videre gis en kort oversikt over den nåværende rwandiske populasjonen i Norge. Relevante definisjoner og studier knyttet til fysisk, psykisk og sosial helse blant personer med flyktningbakgrunn, og mestring av helseplager, vil beskrives. Videre presenteres teoretiske rammeverk som er relevante for problemstillingen, etterfulgt av studiens metode, som blant annet inkluderer beskrivelser av rekrutteringsprosessen, informantene og valg av analyse. Resultatene som kom av den tematiske analysen presenteres ved å beskrive og sitere det deltakerne fortalte. Videre vil resultatene diskuteres, noe som vil innbefatte en tolkning av resultatene sett opp mot tidligere forskning, begrensninger ved metoden, resultatenes kliniske implikasjoner og videre forskning.

1.3. Folkemordet mot tutsifolket i Rwanda (1994)

Rwanda er et befolkningstett land i Sentral-Afrika med 12,95 millioner innbyggere (Verdensbanken, 2021). Den siste tiden har Rwanda gjort store fremskritt både økonomisk og tilknyttet aspekter som utdanning, likestilling og redusering av fattigdom (Norsk Folkehjelp, u.å.; Verdensbanken, 2021). Den rwandiske regjeringen har også forbudt politisk agitasjon basert på folkegruppertilhørighet. Slik har det ikke alltid vært. Opp gjennom Rwandas historie har motsetninger mellom folkegrupper fått store konsekvenser (Flyktninghjelpen, 2007).

FNs folkemordkonvensjon definerer et folkemord som “et tilfelle der drap (eller andre spesifiserte voldelige handlinger) er begått i den hensikt å ødelegge, helt eller delvis, en nasjonal, etnisk, rasemessig eller religiøs gruppe som sådan” (FN sambandet, 2022). Definisjonen vektlegger at det foreligger en intensjon om å utrydde en bestemt gruppe. FN anslår at 800,000 - 1 million mennesker ble drept i Rwanda fra april til juli i 1994, en periode på 100 dager. Dette tilsvarer opp mot 10,000 drap om dagen. Det var hovedsakelig tutsifolket som ble forfulgt og drept, men hutuer og medlemmer av folkegruppen twa ble også skadet og drept i denne perioden. Det er estimert at rundt 200,000 mennesker ble voldtatt (Clarke, 2010; United Nations, u.å.). I

tillegg ble opp mot 3 millioner mennesker drevet på flukt ut av landet og innad i landet (Flyktningshjelpen, 2007).

Det å omtale mennesker med tall på denne måten kan få oss til å glemme at hver av disse enkeltpersonene var mennesker som du og jeg. Antallet drepte tilsvarer over 10% av landets befolkning (Verdensbanken, 1993). De hadde et liv, en familie, venner, de lo, gråt og hadde ting som betydde noe for dem. Dette tilsvarer også et enormt tall av etterlatte i etterkant.

I perioden frem mot april 1994 omtalte regjeringen og lokalsamfunnene tutsifolket for blant annet dyr, skadedyr og sykdom. Til forskjell fra holocaust der mennesker ble drept av hovedsakelig militære styrker, foregikk mesteparten av drapene i 1994 i lokalsamfunnene. I tillegg til å bli begått av militære styrker, ble drapene altså også utført av naboer og venner. Tilgangen på moderne våpen var liten, noe som viste seg i bruk av brutale våpen som machete og rifle. Drapsmetoder inkluderte blant annet halshugging, drukning, sult og knivstikking (Human Rights Watch, 1999; United Nations, u.å.; Verwimp, 2006). Mange barn ble foreldreløse i 1994, og blant disse var flere vitne til foreldrenes drap (Schaal & Elbert, 2006). En rwandisk nasjonal traumeundersøkelse anslo at 96 % av barna under folkemordet mot tutsifolket hadde vært vitne til vold, 80 % hadde opplevd å miste en i familien, 69 % hadde vært vitne til drap eller skade, 31 % hadde vært vitne til voldtekt eller seksuelle overgrep og 91 % hadde trodd at de kom til å dø (Banyanga et al., 2017). Disse tallene støttes av en UNICEF-studie av folkemordets konsekvenser for barna i Rwanda (Human Rights Watch, 2003).

Den 7. april hvert år er det en minnemarkering for å minnes de døde og med ønske om å hindre lignende i å skje igjen (FNs generalforsamling, 2004). Minneseremonien betegnes med *Kwibuka* som betyr “å huske” eller “å minnes”. Det betyr også “resiliens” og “mot” (United Nations, 2014). I dag har rwandiske myndigheter et stort fokus på å støtte opp om en felles nasjonal identitet i folket. De ønsker ikke skillet mellom ulike folkegrupper, men en felles identitet som rwandere (Norsk Folkehjelp, u.å.).

1.4. Rwandere i Norge i dag

I Norge i dag er det 916 personer med rwandisk bakgrunn, enten norskfødte med innvandrereforeldre eller som selv har innvandret (SSB, 2021). Av disse er det 447 personer som er født før 1994 og som har bosatt seg i ulike deler av Norge en gang etter 1994 (SSB, 2021). Rwandere i Norge har bosatt seg her på ulike grunnlag. De har kommet alene eller sammen med

andre, som asylsøkere, overføringsflyktninger, via familiegjenforening, arbeidsinnvandring, eller som student for å bo nærmere familie og venner. (Flyktninghjelpen, 2007; UDI, u.å.).

Noen av informantene i studien flyktet direkte til Norge, og noen innad i Rwanda og/eller til andre land og senere til Norge. Av denne grunn vil ordene flyttet og flyktet bli brukt om hverandre ettersom det blir upresist å si at alle flyktet til Norge. Vi har ikke kjennskap til om noen av informantene har flyktningstatus i dag. Forskning om flyktninger inkluderes ettersom tidligere opplevelser, i hjemlandet, på flukt og i vertslandet, utgjør en sentral del av konteksten til denne oppgaven.

1.5. Traumatiske erfaringer

Traumatiske opplevelser kjennetegnes av en alvorlig trussel mot eget liv, helse eller integritet, eller at man er vitne til at andre blir skadet, truet eller drept. Hendelsen(e) fremkaller ofte sterke følelser av redsel og hjelpeløshet, og kan medføre varige emosjonelle konsekvenser (Bolton, 2001; Carlson & Dalenberg, 2000). Slike erfaringer kan blant annet være krigsopplevelser, terror, eller overgrep (American Psychiatric Association, 2013). Deltakerne i studien har vært utsatt for traumatiske opplevelser, men det trekkes ingen slutninger om hvorvidt erfaringene har hatt en *traumatiserende effekt* på dem, da dette ikke er målet med studien.

Minner av traumatiske opplevelser kan være preget av en sterk emosjonell karakter som frykt, hjelpeløshet eller ydmykelse. De kan ha en mer påtrengende karakter enn andre minner, noe som kan oppleves energitappende, ettersom de ofte medfører emosjonell smerte (Eide & Fladstad, 2019).

1.6. Fysisk, psykisk og sosial helse blant mennesker med flyktningbakgrunn

Mange flyktninger har, per definisjon, vært utsatt for gjentatte skremmende hendelser, følelser av utrygghet og voldsopplevelser, både i hjemlandet, i forbindelse med migrasjon og i vertslandet, noe som kan påvirke den fysiske, psykiske og sosiale helsen (Opaas, 2020, s. 100). En litteraturgjennomgang fant at nyankomne flyktninger i Europa i perioden 2003 til 2016 hadde en høy forekomst av både kroniske fysiske sykdommer og infeksjoner i luftveiene, magen, tarmen og huden (Pavli & Maltezou, 2017). Blant flyktninger fra Kambodsja var 61 % diagnostisert med tre eller flere fysiske plager, og de med PTSD og depresjon hadde dobbelt så mange somatiske vansker som de som ikke hadde disse (Opaas, 2020, s. 101-2).

Den høye forekomsten av somatiske helseplager blant migranter kan forklares av ulike faktorer. Uregulert stress og psykisk smerte som følge av å være utsatt for vonde erfaringer kan

påvirke immunforsvaret og kroppens reguleringsmekanismer. Fysisk eller seksuell vold under krig kan også forårsake fysiske plager (Opaas, 2020, s. 103). Eksempelvis ble hundretusenvis av rwandere skadet, fysisk funksjonshemmet og smittet av HIV som direkte konsekvens av volden i 1994 (Mutuyimana et al., 2019). Den høye forekomsten av somatiske plager blant migranter skaper et behov for et helsevesen som kan støtte disse menneskene når slike plager påvirker hverdagsfungering.

Mange flyktninger har vært utsatt for traumatiske hendelser i hjemlandet, eller ved migrasjon og postmigrasjon. Dette øker sannsynligheten for psykiske plager som angst, depresjon og PTSD, da spesielt når man er offer for intensjonell vold eller overgrep (Bogic et al., 2015; Opaas, 2020, s. 91). Forskning viser at en høy andel flyktninger og asylsøkere på mottak lider av psykiske helseproblemer (Opaas, 2020, s. 95).

Søvnproblemer og mareritt forekommer hyppig blant flyktninger, noe som kan føre til tretthet, hodepine, konsentrasjons- og hukommelsvansker. Det er også vanlig med følelser av frykt, utrygghet, sorg, skyld, skam og sinne (Opaas, 2020, s. 93). Bogic og kolleger (2015) fant at flyktninger hadde større risiko enn den generelle befolkningen for å utvikle psykiske lidelser, også flere år etter gjenbosetting. Dette kunne påvirkes av lavere sosioøkonomisk status og manglende sosial støtte (Bogic et al., 2015). En forskningsoversikt på flyktninger fant at de faktorene som var mest skadelige for psykisk helse var det å erfare, være vitne til eller være redd for vold, og det å miste familiestøtte grunnet dødsfall eller vold. Gjentatt vold eller manglende trygghet etter migrasjon kan også være av sentral betydning (Fazel et al., 2011).

Folkemordet mot tutsifolket etterlot mange personer med psykologiske konsekvenser som ofte er menneskelige responser på traumatiske opplevelser og sorg (Platt et al., 2021). En studie som undersøkte rwanderes helse 14 år etter 1994, fant at 26.1% av 1,000 deltakere tilfredsstilte kriteriene for PTSD. Disse hadde dårligere selvrapportert psykisk, fysisk og sosial helse. De var oftere plaget av alvorlig depresjon, stoffmisbruk, og smertesymptomer (Munyandamutsa et al., 2012). En annen studie på rwandere fant en signifikant sammenheng mellom fysiske skader og tap av nær familie/venn, samt det å rapportere høyere forekomst av posttraumatiske symptomer. Menn som hadde vært vitne til drap og kvinner som hadde sett seksuell/fysisk vold mot nære familiemedlemmer, hadde høyere forekomst av alvorlige posttraumatiske vansker (Platt et al., 2021). Andre studier har også funnet psykisk smerte knyttet til folkemordsopplevelsene (Eytan et al., 2015), eksempelvis depressive symptomer som tristhet,

redusert interesse, energi og glede, og posttraumatiske symptomer (Bolton, 2001; Musanabaganwa et al., 2020).

1.7. Mestring av helseplager

Vedvarende stress kan ha negative konsekvenser for fysisk og psykisk helse (Samdal et al., 2017, s.5). Mestring av stress, som mer eller mindre bevisste og effektive mestringsstrategier, vil kunne være av betydning for ens psykiske og fysiske helse (Aldwin & Park, 2004).

Hva som oppleves som effektive mestringsstrategier vil kunne variere fra person til person. Slike strategier har positiv innvirkning på helsen, og kan innbefatte fysisk aktivitet (Martinsen, 2000), tilstrekkelig hvile og søvn (Irwin, 2015), næringsrik mat (Helsedirektoratet, 2011), og det å ta egne vansker på alvor ved å søke støtte fra venner og familie (Thoits, 1995). Oppsøking av helsevesenet kan også bidra til mestring og kan innebære hjelp til å identifisere effektive mestringsstrategier. Mestringsstrategier med dårlig effekt vil kunne være måter å forholde seg til vanskene på som enten gjør vanskene verre der og da, eller på sikt, som for eksempel rusmiddelbruk, isolasjon, eller overdreven bekymring/grubling (Mørland, 2003; Papageorgiou & Wells, 2003). Personlighet, atferd, holdninger, familieklima og sosial støtte kan påvirke hvordan man mestrer negative livshendelser. Sosial kompetanse ser ut til å være av spesiell betydning i det å skulle komme seg igjennom vanskelige livserfaringer (Friborg, 2007).

Blant flyktninger generelt er det en tendens til resiliens, altså evne til positiv tilpasning og til å opprettholde sin psykiske likevekt etter traumatiske erfaringer (Opaas, 2020, s. 92). Modeller og teorier tilknyttet mestring og hjelpsøking vil gås nærmere inn på i den følgende teoridelen.

2. Teori

Mestring og atferd er sammensatte fenomener, og kan tilnærmes fra ulike forståelsesrammer. Vi vil forsøke å gi en bredere forståelse av problemstillingen ved å beskrive noen vel anerkjente psykologiske- og sosialpsykologiske teorier. Teorier om mening, vekst og tilhørighet beskrives, ettersom de kan kobles til noe av det som kan oppleves viktig for mennesker som har vært utsatt for traumatiske opplevelser. Det presenteres også teorier knyttet til det å skulle åpne seg opp om det som er vondt. Deling kan ses som en forutsetning for ikke å bli gående alene med det man synes er vanskelig. Likevel kan deling kjennetegnes av en ambivalens knyttet til både positive og utfordrende konsekvenser av å dele, og dette belyses i

teoriene. Til sist presenteres teorier som beskriver prosesser rundt valg av mestringsmetoder, og oppsøking av helsevesenet. Det er viktig å understreke at teoretiske rammeverk er forenklete forklaringer av komplekse prosesser.

2.1. Teorier om mening, vekst og tilhørighet

2.1.1. Meningsskaping – en integrativ modell

Victor Frankl (1905 – 1997) var en psykiater og psykolog som overlevde de nazistiske konsentrasjonsleirene under andre verdenskrig. Basert på erfaringene hans mente han at alle mennesker har en *vilje til mening*. Frankl var opptatt av hvordan mennesker som har vært utsatt for forferdelige livshendelser kan finne tilbake til en hensikt med livet, og trenger å oppleve mening for å kunne overleve. Han mente at mennesker primært motiveres av søken etter å finne mening og verdi i livet (Frankl, 1984; Park & Al, 2006).

Alle mennesker har et behov for å kjenne på mening i livet (Baumeister, 1991, s. 11). Begrepet ‘mening’ har vært diskutert i mange år innen ulike felt, inkludert positiv psykologi, helsepsykologi, klinisk psykologi og kulturpsykologi (Park, 2010). Mening har blitt beskrevet på ulike måter, som for eksempel å finne den eksistensielle meningen med livet, som noe man søker etter traumatiske opplevelser, eller som noe som kan knyttes til det å forstå hendelsers årsaker gjennom attribusjoner (Baumeister, 1991; Bulman & Wortman, 1977; Lazarus & Folkman, 1984; McIntosh et al., 1993). Baumeister definerte mening på følgende måte: “en mental representasjon av mulige forhold mellom ting, hendelser og relasjoner. Mening kobler ting sammen” (Baumeister, 1991, s. 15. Sitatet er en egen direkte oversettelse til norsk). Eksistensiell mening handler ifølge Baumeister om abstrakte ideer om hensikten med livet og verdier, og hvordan disse ideene anvendes til atferd (Baumeister & Landau, 2018). Mening kan innebære opplevelser av mål, verdi, viktighet, kontinuitet og sammenhenger i livet. Mening kan både være personlig og sosialt betinget. Et individ kan for eksempel danne seg en unik meningsopplevelse inspirert av den kollektive oppfattelsen av mening. Mennesker kan kjenne på mening i tilknytning til andre, ved å hjelpe andre, overleve og reprodusere seg, bli akseptert av andre, og ved å gjøre det gruppen verdsetter. Grunnleggende behov som for eksempel tilhørighet og overlevelse kan altså tilfredsstilles via meningsskaping (Baumeister & Landau, 2018)

Teorier om meningsskaping virker spesielt relevante når man vil prøve å forstå hvordan mennesker kan oppleve psykisk velvære i møte med sterk motgang, som for eksempel traumatiske opplevelser (Steger & Park, 2012). Etersom mye forskning fokuserer på

psykopatologi i møte med traumer, kan teorier om meningsskapning være nyttige for å forstå hvorfor og hvordan enkelte mennesker klarer å mestre livet etter skremmende opplevelser.

Meningsskapning kan anses både som en mestringsstrategi, og som en konsekvens av at man benytter seg av andre mestringsstrategier (Plattner & Meiring, 2006). Meningsskapning som mestringsstrategi kan innebære å stille spørsmål om hvorfor noe måtte skje, eller “hvorfor meg?” (Bulman & Wortman, 1977; Taylor, 1983), tanker om hvordan livet har endret seg i ettertid (Collins et al., 1990) og å finne en mening med hendelsen (McIntosh et al., 1993). Mening er et omfattende begrep som rommer mye, og ulike teoretikere vektlegger forskjellige aspekter.

Park og Folkman (1997) foreslår i artikkelen *Meaning in the Context of Stress and Coping* følgende integrerte meningsskapingsmodell basert på en, i stor grad, felles oppfattelse av meningsskapning blant ulike teoretikere: *Global mening* beskrives som et system mennesker har for å mestre både hverdagen og motgang i livet. Global mening deles vanligvis inn i tre komponenter (Park & Al, 2006; Park, 2010). Den første er *global beliefs*, som beskriver menneskers grunnleggende oppfatninger av verden. Et menneske kan for eksempel oppfatte verden som et rettferdig og forutsigbart sted, føle på en vesentlig grad av kontroll over utfall, og oppleve at andre generelt ønsker en vel. Den andre komponenten er *globale mål*, som handler om interne representasjoner av ønskede mål (Park & Al, 2006). Mål organiseres hierarkisk, og de målene som oftest beskrives som viktigst for mennesker er relasjoner, religion, jobb, kunnskap og prestasjoner (Park, 2010). Den tredje komponenten er *subjektiv følelse*, som beskriver at mennesker føler mening dersom handlingene deres bidrar til de målene de har satt seg (Park & Al., 2006). *Global mening* kan påvirkes av livserfaringer, som for eksempel traumatiske opplevelser.

Folkman og Park (1997) foreslår at man ved stressende opplevelser gjennomgår en prosess der man tolker meningen ved den spesifikke hendelsen for å forstå situasjonen. Denne tolkningen kan involvere attribusjoner for å forstå hendelsens årsak, vurdering av hvorvidt hendelsen var kontrollerbar eller truende, samt en vurdering av hendelsens konsekvenser (Park, 2010). Traumatiske opplevelser kan endre hvordan en person opplever seg selv og verden. De kan endre *global beliefs*, som for eksempel tanker om at verden er rettferdig, trygg, forståelig og kontrollerbar. De kan også hindre *globale mål* eller følelsen av mening og *purpose*, og det foreslås at diskrepansen mellom tolkningen av situasjonen og *global mening* vil skape stress som vil motivere mennesker til å reflektere over meningen med livet (Wright et al., 2007; Park,

2010). Diskrepans kan innebære at den globale oppfattelsen av verden er at den er kontrollerbar, rettferdig og god, mens tolkningen av den traumatiske hendelsen er at den var urettferdig, ukontrollerbar og ondskapsfull. Diskrepansen vil skape et behov for å integrere meningen ved hendelsen og den *globale meningen* for å finne tilbake til en opplevelse av mening (Wright et al., 2007). Forskning tyder på at jo større diskrepans mellom *global mening* og tolkning av den traumatiske hendelsen, jo flere posttraumatiskstress symptomer (Janoff-Bulman & Frantz, 1997). Dette støttes også av nyere forskning (Park et al., 2012).

Fire forklaringsmodeller brukes ofte for å forklare hvordan mennesker forsøker å redusere diskrepansen mellom *global mening* og situasjonstolkning (Park, 2010; Park & Folkman, 1997). Den første forklaringsmodellen er *automatisk versus tilsiktet* (deliberate). Den automatiske eller ubevisste kan for eksempel være unngåelse av traumepåminnere, for å ubevisst redusere diskrepansen. Den tilsiktede metoden er en mestringsstrategi med et bevisst mål om å redusere diskrepansen, enten ved å revurdere global mening eller hendelsestolkningen. Slike strategier kan innebære det å jobbe mot nye mål, utvikle en spirituell tro, eller å endre på tolkninger av hendelser (Park, 2010). Videre har vi *assimilation* og *accommodation* som inkluderes i den andre forklaringsmodellen. *Assimilation* handler om å endre på tolkningen av situasjonen, mens *accommodation* handler om å endre på ens grunnleggende oppfatninger (global beliefs) av verden. Forskning tyder på at *accommodation* kan være mer hensiktsmessig i situasjoner der de traumatiske opplevelsene er så alvorlige at det ikke er mulig å assimilere. En studie foreslo videre at *accommodation* øker sannsynligheten for posttraumatisk vekst (Park, 2010). Den tredje forklaringsmodellen er *søken etter forståelse/signifikans*, som handler om at mennesker prøver å forstå hvorfor de ble utsatt for de traumatiske opplevelsene, samt konsekvensene av disse hendelsene og hva det betyr for livet fremover, altså å forstå signifikansen av det som har skjedd (Janoff-Bulman & Frantz, 1997; Park, 2010). Den fjerde forklaringsmodellen som ofte omtales er *kognitiv/emosjonell prosessering*. Det kognitive aspektet handler om å revurdere *global beliefs*, mens det emosjonelle handler om å komme i kontakt med følelsene som ble skapt av og skapes av minnet om den traumatiske opplevelsen (Park, 2010).

Forsøk på å minimere diskrepansen vil kunne føre til bedring og redusert psykisk stress. Et vanlig utfall når mennesker lykkes med å redusere diskrepansen er aksept. Aksept innebærer ikke å være enig i det som har skjedd, men å akseptere at det *har* skjedd. Andre vanlige utfall er

opplevd personlig vekst og utvikling av hensiktsmessige mestringsstrategier, sterkere tilknytning til andre, mer takknemlighet for livet, sterkere generell meningsopplevelse og tanker om at andre opplevde verre ting enn en selv. Mange velger også å endre *global beliefs* eller *globale mål*. Dette kan for eksempel innebære det å engasjere seg i en forening for mennesker med lignende erfaringer. Noen ganger fører ikke forsøk på å minimere diskrepansen til psykisk bedring. Noen opplever økt grubling over hva som er meningen uten å finne svar, eller at tankene og spørsmålene blir tunge, inntrengende og gjentakende. Spørsmål om «hvorfors?» og søken etter mening er altså ikke bestandig synonyme med økt psykisk velvære, og kan i enkelte tilfeller føre til en redusert opplevelse av mening med livet (Park, 2010).

Det er viktig å understreke at forståelsen vi har av meningsskapings teorier hovedsakelig baseres på et vestlig rammeverk. Dette kan skape et behov for en økt kontekstualisering av meningsbegrepet, for å bedre forstå hvordan flyktninger fra ulike kulturelle bakgrunner kan skape mening etter opplevelser knyttet til krig, folkemord, vold på flukt, tap og migrasjon. Økt kontekstualisering av begrepet kan anses som viktig fordi meningsdannelse kan knyttes til faktorer som påvirkes av kultur, som for eksempel generelle holdninger i samfunnet og sosiale relasjoner (Baumeister & Landau, 2018). Det vil også være interessant om forskning fremover vier mer oppmerksomhet til hvordan meningsopplevelser henger sammen med atferd, og ikke kun studier som i hovedsak ser på hvorvidt mennesker opplever livene deres som meningsfulle (Baumeister & Landau, 2018).

2.1.2. Tilhørighet

Alle mennesker har et behov for å danne sosiale bånd med andre. Mennesker bruker tid og krefter på å utvikle og opprettholde støttende relasjoner (Baumeister & Leary, 1995; Maslow, 1943). Maslow beskrev tilhørighetsbehov som noe mennesker etterstreber når behovene knyttet til trygghet og fysiologi er tilfredsstillt (Maslow, 1943). Tilhørighet anses gjerne som et fundamentalt menneskelig behov, og kan kanskje forklares ut fra menneskers evolusjonære behov for reproduksjon og overlevelse. Tilhørighet, eller mangel på dette, kan påvirke følelser, kognitive prosesser, atferd, helse og velvære. Mennesker har både behov for generell sosial kontakt med flere, og emosjonell nærhet med enkelte utvalgte. Dersom begge komponentene er tilfredsstillt vil man kunne kjenne på tilhørighet (Baumeister & Leary, 1995).

Mennesker tolker gjerne hendelser knyttet til hvilke konsekvenser de har for relasjonene deres. På denne måten kan tilhørighetsbehov påvirke kognitive prosesser. Videre kan tilhørighet

ha en innvirkning på følelser. En forskningsoversikt tyder på at å bli akseptert og inkludert gir glede, indre ro og tilfredshet. Avvisning og eksklusjon bidrar derimot til angst, depresjon, sorg, sjalusi og ensomhet (Baumeister & Leary, 1995). Brudd på sosiale relasjoner, som ved relasjonskonflikter, dødsfall, eller manglende kontakt grunnet migrasjon, skaper lidelse. Mange av de sterkeste følelsene mennesker kan kjenne på kan ha en sammenheng med tilhørighet. Videre kan tilhørighet påvirke atferd ved at følelsene som skapes av (manglende) tilhørighet regulerer menneskelig oppførsel. Atferd kan brukes aktivt for å utvikle og opprettholde relasjoner (Baumeister & Leary, 1995).

Viktigheten av tilhørighet kan belyses ved å se på konsekvensene av manglende opplevd tilhørighet. Sistnevnte kan bidra til ulike utfordringer, som psykisk og fysisk lidelse, atferdsproblemer, kriminalitet og suicidalitet. Videre vil ikke tilstedeværende relasjoner uten jevnlig *fysisk* kontakt tilstrekkelig dekke tilhørighetsbehov. Dette kan gjelde migranter som hovedsakelig har familie og venner i hjemlandet. Samtidig som langdistanserelasjoner kan oppleves verdifulle kan de være kilde til lidelse.

Tilhørighet som tema kan gjøre seg spesielt gjeldende for migranter som har opplevd krig eller folkemord. Opplevd ekstern trussel, som mennesker som har vært utsatt for traumer gjerne kan kjenne på, øker tilhørighetsbehov (Baumeister & Leary, 1995). Samtidig som det kanskje foreligger et sterkere tilhørighetsbehov grunnet dette, blir disse behovene kanskje ikke alltid møtt i et nytt land med manglende sosialt nettverk.

2.1.3. Selvbestemmelsesteorien

Deci og Ryans *selvbestemmelsesteori* (self-determination theory, SDT) er en sosialpsykologisk motivasjonsteori basert på empirisk forskning over flere tiår (1985, 2012a, 2012b). SDT beskriver bevisste og ubevisste psykologiske prosesser, og deres samvirkning med kontekstuelle faktorer knyttet til regulering av atferd på tvers av kulturer (Deci & Ryan, 2012b) og i ulike deler av livet, som for eksempel utdanning (Vasconcellos et al., 2020), arbeid (Gagné & Deci, 2005), nære relasjoner (La Guardia & Patrick, 2008), psykoterapi (Deci & Ryan, 2008) og andre helse relaterte kontekster (Ng et al., 2012). Teorien fokuserer i mindre grad på biologiske variabler og medfødte individuelle forskjeller som sammen med SDT faktorer, kan påvirke motivasjon, personlig fungering, vekst og velvære, og mestring av omgivelsene (Deci & Ryan, 2012a).

SDT argumenterer for tilstedeværelsen av minst tre universelle, psykologiske behov av betydning for motivasjon, velvære, optimal selvutvikling og funksjon: *Kompetanse*, *autonomi* og *tilhørighet* (Deci & Ryan, 1985). Autonomi og tilhørighet er behov som kan berøres av traumatiske opplevelser og migrasjon.

Kompetanse relateres til en persons behov i interaksjon med omgivelsene, som grad av opplevd mestring av utfordringer og opplevelsen av å ha en effekt på omgivelsene. SDT viser til et behov for å bli utfordret av omgivelsene og å mestre disse for optimal utvikling, motivasjon og velvære. *Autonomi* kan forstås som det å oppleve at man har et selvstendig valg. Det handler ikke om at alle valg skal være basert på bevisste prosesser, men opplevelsen av støtte i handlinger og å ikke føle seg kontrollert (Deci & Ryan, 1985). Dette kan også knyttes til indre locus of control; opplevelsen av at ens handlinger påvirker utfallet av hendelser (Deci & Ryan, 2012a). Enkelte har argumentert for at behovet for autonomi kun gjør seg gjeldene i kulturer som verdsetter individualisme. Opplevelse av selvbestemmelse viser seg derimot i forskning som et behov for optimal fungering på tvers av kulturer (Deci & Ryan, 2008).

Det tredje behovet er *tilhørighet* (Baumeister & Leary, 1995; Deci & Ryan, 2012b). Mennesker har behov for å kjenne seg forstått av andre. Det å gi og ta imot omsorg, dele emosjonelle erfaringer, og inkludere en annen person i ens eget liv kan være eksempler på måter å imøtekomme tilhørighetsbehovet. Nyere forskning støtter også opp om viktigheten SDT regner for tilhørighetsbehovet. Det viser seg blant annet som mer avgjørende for opplevelse av velvære enn kjønn, sosioøkonomisk og immigrant bakgrunn (Alivernini et al., 2019). Forskning viser at tilhørighetsopplevelse er viktig i møte med helsepersonell. Det å bli tatt på alvor og føle seg akseptert og forstått kan anses som en forutsetning for å få en felles retning og mål med en hjelpeperson (Berg, 1994; Miller & Rollnick, 2002).

SDT skiller mellom indre og ytre motivasjon. Ytre motivasjon er betinget av belønning og straff. Når mennesker motiveres slik, kan de oppleve et press på å tenke, føle eller handle på spesifikke måter (Deci & Ryan, 2008). Dersom de nevnte behovene er oppfylt vil en person oppleve indre motivasjon, kjennetegnet av interesse og glede, opplevelsen av å være kompetent og selvbestemmende, med en indre *locus of control* og en god selvfølelse. Dette kan bidra til fleksibilitet i håndtering av interaksjoner med miljøet rundt, og dermed til optimal utvikling og vekst (Deci & Ryan, 1985).

2.1.4. *Personal growth initiative (PGI)*

Initiativ til personlig vekst (personal growth initiative, PGI) beskriver den aktive og intensjonelle prosessen med å sette seg mål for å oppnå personlig vekst (Robitschek, 1998). PGI er et konsept som opprinnelig ble utviklet innenfor feltet for positiv psykologi (Shigemoto & Robitschek, 2020). Personlig vekst kan for eksempel benyttes som en mestrings- og tilpasningsstrategi i møte med utfordringer og overganger i livet (Robitschek, 1998). På denne måten kan PGI knyttes til selvaktualisering (Maslow, 1943) og kan også ses i sammenheng med teorien om *self-efficacy*, eller *mestringstro* (Bandura, 1977). Ifølge sistnevnte teori vil man kunne si at mennesker som har troen på at de kan mestre personlig vekst vil ha lettere for å håndtere endringer i livet (Bandura, 1977; Robitschek, 1998). Til forskjell fra *mestringstro* er PGI et bredere konsept som også innebærer atferdsendringer og aktiv planlegging med mål om å oppnå bedring (Robitschek, 1998). Knyttet til PGI som noe så aktivt og intensjonelt, kan begrepet belyse elementer av menneskelig agens, tro på egne ferdigheter og en persons følelse av kontroll over eget liv (Weigold et al., 2013).

PGI består av fire ulike ferdigheter som mennesker tar i bruk i varierende grad (Shigemoto & Robitschek, 2020). PGI anses altså ikke som et personlighetstrekk, men beskriver ferdigheter som kan utvikles og forbedres over tid (Blackie et al., 2015). Dette vil kunne forenkle utviklingen av intervensjoner basert på å anvende PGI i møte med psykisk stress. Den første komponenten av PGI er *endringsberedskap* (readiness for change), som handler om å forstå hvilke sider ved en selv en kan endre og vite når det kan være lurt å forsøke å skape disse endringene. Den andre komponenten er *planmessighet* (planfulness), som beskriver evnen til å utvikle en gjennomførbar plan som vil kunne bidra til personlig vekst. Den tredje ferdigheten kalles for *bruk av ressurser* (using resources), og omhandler å klare å ta i bruk menneskelige og materielle ressurser som anses som relevante i selvutviklingsprosjektet. Den fjerde ferdigheten er *intensjonell atferd* (intentional behaviour) og beskriver evnen til å vedta og utføre en plan om personlig vekst (Shigemoto & Robitschek, 2020).

Empirisk forskning tyder på at mennesker som skårer høyt på PGI oftere kjenner på positive emosjoner, velvære, bruker mindre undertrykkende mestringsstrategier, opplever oftere en intern *locus of control*, reflekterer for å mestre, samt at de har mindre av negative følelser, depresjon og angst (Shigemoto et al., 2016). Forskning har foreslått at PGI aktivt kan brukes som mestringsstrategi for å øke mestring og resiliens i møte med traumeopplevelser (Blackie et al.,

2015; Shigemoto & Robitschek, 2020). En studie undersøkte for eksempel sammenhengen mellom PGI og posttraumatiske symptomer blant rwandiske folkemordoverlevende. De fant at høyere grad av PGI var assosiert med lavere funksjonstap. Det ble kontrollert for PTSD, depresjon og andre demografiske faktorer (Blackie et al., 2015). Deltakerne opplevde at å sette mål for å oppnå personlig vekst var viktig for psykisk velvære (Blackie et al., 2015). Forskning tyder på at det er en positiv korrelasjon mellom PGI og optimal fungering i møte med motgang og generelt i hverdagen (Weigold et al., 2013).

PGI ble utviklet i et vestlig rammeverk, og det er dermed behov for at fremtidige studier undersøker validiteten av PGI i ulike kulturelle kontekster. Forskning tyder på at PGI kan være valid i kollektivistiske samfunn som Pakistan, Iran og Nigeria (Blackie et al., 2015). Studier i spesifikke kulturelle samfunn har likevel begrenset generaliserbarhet. Det er fortsatt behov for å forske på PGI i flere ulike kulturelle kontekster for å øke konstruktets validitet. Den nevnte studien kan indikere at PGI kan være relevant i rwandisk kultur, men mer forskning er nødvendig for å undersøke validiteten av begrepet i denne konteksten (Blackie et al., 2015).

Videre vil vi se på hva som kan påvirke mestring, tilpasning og helse i møte med fremmede kulturer og mennesker med et annerledes erfaringsgrunnlag.

2.2. Teorier om akkulturasjon og deling

2.2.1. Akkulturasjon

Akkulturasjon beskriver hvordan mennesker håndterer møtet mellom den opprinnelige kulturen de kommer fra og en ny kulturell kontekst (Sam, 2020, s. 51). Denne endringen kan oppstå dersom et menneske er nødt til å flykte fra hjemlandet til et vertsland. Forskning beskriver ofte fire ulike akkulturasjonsstrategier, og disse forbindes med ulike utfall: *assimilering*, *integrasjon*, *separasjon* og *marginalisering* (Sam, 2020, s. 56). Assimilering handler om en fullstendig tilpasning til det nye samfunnet, og en forsømmelse av den opprinnelige kulturelle identiteten. Separasjon innebærer en vedlikeholdelse av egen kultur, men et ønske om å unngå kontakt med medlemmer i den nye kulturen. Mennesker som inntar marginaliseringsstrategien, ønsker verken å holde fast ved egen kultur eller å komme i kontakt med den nye. Integrasjon handler om å bevare egen kultur samtidig som man oppsøker kontakt med den nye kulturen (Sam, 2020, s. 56). Variasjoner på gruppe- og individnivå kan forklare valg av akkulturasjonsstrategi. Individuelle faktorer som påvirker valg av strategi er *kulturelt vedlikehold*

og *kontakt og deltakelse*, som handler om i hvilken grad man ønsker å bevare den opprinnelige kulturen, og i hvilken grad man engasjerer seg i det nye samfunnet (Sam, 2020, s. 55).

En metaanalyse av Nguyen og Benet-Martínez (2013) fant en signifikant og positiv korrelasjon mellom integrasjonsstrategien og både psykisk tilpasning (livstilfredshet, selvtillit og positive emosjoner) og sosiokulturell tilpasning (akademisk og karriere-prestasjoner, sosiale ferdigheter).

Basert på Lazarus og Folkmann stressmodell (se 2.3.1.1) introduserte Berry (1987) en *akkulturasjonsstressmodell* (Sam, 2020, s. 51). Modellen beskriver at akkulturasjon vil kunne føre til en stressreaksjon blant noen, basert på faktorer som medierer sammenhengen mellom møte med ny kultur og akkulturasjonsstress (Sam, 2020, s. 52). Berrys metaanalyse fant at faktorer som øker sannsynligheten for akkulturasjonsstress er lavere utdanningsnivå, kognitiv tolkning av 'akkulturasjon' som noe stressende istedenfor som en utfordring/ mulighet, å ha en negativ holdning til integrasjonsstrategien og en positiv holdning til separasjonsstrategien, dårlige språkferdigheter, å føle at man ble tvunget til å forlate hjemlandet istedenfor at man ønsket det, dårligere relasjoner til mennesker med samme kulturell bakgrunn og til mennesker i det nye kulturelle samfunnet, og lavere sosial støtte (Berry & Kim, 1987). Sistnevnte faktor støttes av studier som tyder på at sterk sosial støtte reduserer stress blant mindreårige enslige flyktninger (Andersson et al., 2021). Akkulturasjonsstress vil kunne føre til disintegrasjon, samt fysiske, psykiske og sosiale helsekonsekvenser (Berry & Kim, 1987).

Et annet teoretisk rammeverk som kan brukes for å belyse akkulturasjon er *sosial identitetsteori* av Tajfel og Turner (1979). Denne teorien beskriver menneskers tanker om inn- og utgrupper, kategorisering og identifisering med de ulike kategoriene. Tajfel og Turner (1979) foreslo at mennesker tenker, føler og handler som medlemmer av «kollektive grupper», og at gruppetilhørighet er en forutsetning for trivsel og trygghet (Tajfel & Turner, 1979). Sosial identitetsteori er relevant i forhold til akkulturasjon fordi migrasjon kan føre til en rekonstruksjon av ens personlige og sosiale identitet. Noen kan for eksempel ha en formening om hvordan menneskene i vertskulturen oppfatter den som har migrert. Denne oppfatningen vil kunne påvirke akkulturasjonsstrategien og hvorvidt man forsøker å integrere seg i den nye kulturen (Padilla & Perez, 2003).

Tajfel og Turner (1979) foreslo at mennesker ønsker å ha et positivt selvbylde (*self concept*) og at dette skapes av gruppeidentitet. Videre mente de at mennesker utvikler en positiv

sosial identitet ved å sammenligne inn- og utgrupper. Mennesker har eksempelvis en tendens til å se flere positive egenskaper ved inngruppen og flere negative aspekter ved utgruppen (Padilla & Perez, 2003). Mennesker har både behov for å være unike og for å tilhøre. Dermed foreligger det ofte et ønske om å identifisere seg med grupper man opplever å tilhøre, og om å separere seg fra grupper man ikke føler seg en del av (Brewer, 1999; Padilla & Perez, 2003).

2.2.2. Teori om self - disclosure

Self-disclosure kan forstås som det å fortelle noe om seg selv, åpne seg, eller dele (Cozby, 1973). Det kan omhandle alt fra overfladisk deling til det å åpne seg om noe som oppleves sensitivt og privat (Masaviru, 2016). Joharis Vindu og *Dilemma of distress disclosure* (Coates & Winston, 1987) kan belyse self-disclosure, og hva som kan påvirke om en person åpner seg eller ikke, og hva man kan oppnå ved dette. Fremmende og hemmende faktorer kan påvirke grad av åpenhet i ulike situasjoner og kan knyttes til tidligere erfaringer (Cozby, 1973). John Bowlby og Mary Ainsworth sin utviklingspsykologisk tilknytningsteori, som er gjeldende på tvers av kulturer (Ainsworth & Bowlby, 1991), omhandler tilknytningspersonens evne til å oppfatte, forstå og respondere på barnets emosjonelle behov (Bretherton, 1992). Teorien viser til hvordan tidlige relasjonelle erfaringer kan påvirke senere relasjonsdanning og da også *self-disclosure*. Videre vil vi se nærmere på mål og situasjonelle faktorer som kan påvirke *self-disclosure*.

2.2.3. Joharis vindu

Joharis vindu (se figur 1), en sosialpsykologisk modell av Joseph Luft og Harry Ingram (1955), viser til ulik bevissthet vedrørende den totale mengden kunnskap om et individ. Dette symboliseres ved fire ulike ruter. Modellen beskriver hvordan tydelig og lyttende kommunikasjon er sentralt for en utvidet forståelse av seg selv og andre.

	Det jeg vet om meg selv	Det jeg ikke vet om meg selv
Det andre vet om meg	Åpent felt (Kjent for alle)	Blindt felt (Ukjent for meg, men kjent for andre)
Det andre ikke vet om meg	Skjult felt (Kjent for meg, men ukjent for andre)	Ukjent felt (Ukjent for meg og for andre)

Diagrammets funksjonelle elementer:

- En horisontal pil fra **Åpent felt** til **Blindt felt** er merket "Ved å lytte til andre".
- En vertikal pil fra **Åpent felt** ned til **Skjult felt** er merket "Ved å dele med andre".

Figur 1. Joharis vindu. Oversikt over ulike deler informasjon om selvet.

Det åpne feltet er den typen informasjon som man både kjenner til selv, og som andre kjenner til. *Det skjulte feltet* er derimot den informasjonen man unngår å gi andre om seg selv, eller som av andre grunner er skjult for andre. Dette feltet kan utvides ved at man forteller om seg selv til andre, eller på andre måter lar andre mennesker bli bedre kjent med egne tanker, følelser, handlinger, og erfaringer. *Det blinde feltet* er det man ikke vet om seg selv, men som andre kjenner til (Luft & Ingram, 1961). Dette kan man få større innsikt i ved tilbakemeldinger fra andre. På denne måten kan man også ha tilgjengelig et mer presist bilde av hvordan man fremstår eller skaper reaksjoner i andre. En person kan gjerne ha oppfatninger om hva som inngår i hans eller hennes blinde felt (for eksempel hva andre tenker om personen), men kan kun vite dette sikkert ved ærlige tilbakemeldinger fra andre. Til sist viser figuren *det ukjente feltet*, det som er ukjent for både en selv og andre. Dette kan man eksempelvis få mer tilgang til ved å gjøre noe man aldri har gjort før, utforske egne drømmer eller ved å utvide sitt blinde og åpne felt. Sistnevnte kan medføre at man sammen med andre får større kjennskap til de deler av selvet som har vært ukjent (Luft & Ingram, 1961).

På bakgrunn av dette ser man at det å dele kan medføre en større felles oppfatning av en person, og hva som er viktig og vanskelig for vedkommende. Samtidig ser man at det eksisterer en ambivalens i vurderingen rundt å skulle åpne seg for en annen person. Faktorer som kan hindre *self-disclosure* kan være behov som møtes best ved å beholde noe som privat. Faktorer som fremmer det å dele informasjon om seg selv kan være behov for interpersonlig nærhet, omsorg, kommunikasjon, ærlighet og åpenhet (Cozby, 1973). Denne ambivalensen, eller dilemmaet, kan se ulikt ut for ulike personer.

2.2.4. Dilemma of distress disclosure

Coates og Winston (1987) presenterer *the dilemma of distress disclosure*. Deres modell tar for seg hvordan det å dele personlig eller sensitiv informasjon om noe man synes er vanskelig kan fremme, men også svekke, kvaliteten på relasjoner og sosial støtte. I forbindelse med *self-disclosure* i form av *distress-disclosure*, vil en person stå ovenfor vurderinger knyttet til relasjonelle kostnader og positive konsekvenser av det å åpne seg (Coates & Winston, 1987). Et selvmonitoreringsmekanisme påvirker i hvilken grad man åpner seg for andre. En person med høy grad av selvmonitorering vil for eksempel kunne være mer sensitiv for andres aksept og reaksjoner, og vil kunne velge å ikke dele dersom det oppstår en oppfatning om at den andre ikke ønsker å høre (Coates & Winston, 1987).

På den ene siden kan det å avstå fra å dele knyttes til bevaring av sosial aksept, å fremstå som uavhengig/sterk og å unngå avvising. Modellen belyser at det *ikke* er noen garanti for at det å dele sine utfordringer med andre automatisk vil medføre omsorg og hjelp, for eksempel dersom man ikke føler seg forstått. Nevrologiske funn viser eksempelvis til aktivering i hjerneområder assosiert med negativ affekt i tilfeller der man ikke føler seg forstått (Morelli et al., 2014). Videre viser en rapport fra 2019 om menn og psykisk helse, at 41% av deltakerne på noe tidspunkt hadde delt om egne problemer, angret på dette, og at dette i senere tilfeller hadde hindret dem fra å åpne seg opp igjen (Movember, 2019). Coates og Winstons modell for dilemmaet, viser også til at man ved å unngå å dele kan kjenne på ensomhet og smerte i det å holde vanskelige ting for seg selv.

På den andre siden kan deling medføre positive konsekvenser for ens fysiske og psykiske helse. Det å føle seg forstått henger tett sammen med deling i relasjon til andre. Nevropsykologiske funn viser til aktivering i hjerneområder forbundet med mellommenneskelig tilknytning og belønning i tilfeller der man oppfatter at noen andre forstår en (Morelli et al., 2014). Videre viser forskning at det å føle seg forstått i terapi bidrar til trygghet, og en opplevelse av å ha subjektive oppfatninger som er valide og betydningsfulle. Når terapeuten ser verdenen fra pasientens synspunkt, vil pasienten kunne føle seg friere og dermed også lettere kunne utfordre sine syn på hendelser og relasjoner i livet (Fonagy & Allison, 2014).

2.3. Komponenter som påvirker mestringsstrategier

I lys av teori om planlagt atferd (*theory of planned behaviour*, TPB) og helseoppfatningsmodellen (*health belief model*, HBM) kan man forstå enhver mestringsatferd som en mer eller mindre hensiktsmessig måte å mestre en situasjon på kortere eller lengre sikt. TPB og HBM har blitt kritisert for å referere til atferd som noe rasjonelt og gjennomtenkt, og som noe som analytisk forklarer faktorer som påvirker tanker og handlinger, heller enn å beskrive faktiske observasjoner (Ogden, 2003). Dette har blitt beskrevet som problematisk da mye av det man gjør kan anses å være basert på ubevisste prosesser. Samtidig vurderes teoriene å kunne gi en god forståelsesramme for menneskelig atferd i denne studien, uten å gjøre krav på den fulle sannheten om årsaken til folks handlinger og mestringsatferd.

2.3.1. Teori om planlagt atferd (TPB)

Teori om planlagt atferd (Ajzen, 1991) er en av de mest anerkjente sosialpsykologiske teoriene for prediksjon av planlagt menneskelig atferd, med god støtte i empiriske funn (Ajzen,

1991, 2001; Sutton, 1998). TPB gir et rammeverk for hvordan man kan forstå og predikere menneskelig atferd, og er også anvendt i forbindelse med helserelatert atferd (Godin & Kok, 1996). Teorien er en videreutvikling av Icek Ajzen og Martin Fishbeins (1975) teori om overveid handling (Theory of Reasoned Action, TRA). Utvidelsen av teorien ble gjort med bakgrunn i TRAs manglende evne til å forklare situasjoner der en person mangler innsikt i egen kontroll over atferd. Dette resulterte i inkluderingen av *oppfattet atferdskontroll* som en sentral faktor i TPB. Oppfattet atferdskontroll kan knyttes tett til Banduras (1977) begrep om “self-efficacy”, som kan oversettes til mestringstro (Ajzen, 2002, s. 667).

TPB viser til intensjon og atferd som et resultat av tre gjensidig interagerende komponenter. Intensjon kan forstås som et individs motivasjon til en handling. Ved å påvirke en persons intensjon så vil følgende faktorer sammen påvirke en persons atferd: 1) holdning til atferden, 2) subjektive normer, og 3) oppfattet atferdskontroll (Ajzen, 1991).

Holdning til atferden handler om et individs oppfatning av hvorvidt en atferd er av positiv, negativ eller nøytral betydning for ønsket utfall. Dette vil påvirke en persons intensjon og dermed atferd. Videre ser modellen atferd i sammenheng med oppfatninger av om viktige andre vil at personen skal utføre en gitt handling eller ikke. Denne bevisstheten rundt hva andre ønsker utgjør komponenten om *subjektive normer*.

Sammen med personens egne oppfatninger av andres holdninger til en atferd, påvirker en persons *oppfattede atferdskontroll* handling indirekte via intensjonen, men også direkte. En persons oppfattede atferdskontroll kan sies å bestå av to komponenter; et individs faktiske kontroll og mestringstro (Ajzen, 2002). Faktisk kontroll er selvsagt medvirkende til om et individ har mulighet til å utføre en handling. Dersom en person ikke har det som skal til av ressurser (eksempelvis penger, rettigheter, ferdigheter) eller av andre grunner ikke kan utføre en ønsket handling, vil handlingsrommet også begrenses. En annen variabel som er av betydning er en persons oppfattede kontroll. Tro på egen evne til å kunne utføre en handling vil påvirke atferden. Denne mestringstroen kan variere på tvers av situasjoner.

TPB har blitt kritisert for å ikke inkludere flere komponenter, deriblant situasjonelle faktorer, og det har blitt gjort flere forsøk på utvidede modeller (Armitage & Conner, 1998, s 1452; Sutton, 1996; 1998).

2.3.1.1. Locus of control (LOC). Det er i senere tid laget en utvidet versjon av TPB som har tilføyd komponenten locus of control (LOC) til kontrollaspektet, samtidig som det kan

argumenteres for å være adskilt fra faktoren om oppfattet atferdskontroll (Ajzen, 2002, s.667). LOC kan anses som en noe mer statisk variabel enn oppfattet atferdskontroll, og omfatter en persons syn på hvorvidt ens egen atferd er av betydning for et utfall. Et skille mellom intern og ekstern LOC sier noe om hva man tilegner påvirkningskraft for hva som skjer: intern tilsvarer opplevelsen av at ens egen atferd er av betydning for utfall, i motsetning til ekstern som tillegger ytre faktorer årsak (Rotter, 1966). Heider presenterte sin attribusjonsteori i 1958 der han beskriver at vi som mennesker leter etter årsaks-sammenhenger for alt som skjer, selv når det ikke er noen tydelig definert grunn. Slik vil hvor vi plasserer årsak kunne påvirke ens syn på seg selv, på omverden og en persons motivasjon og atferd (Heider, 1958). Weiner presenterte LOC som en av tre kausale dimensjoner man attribuerer ut ifra i forbindelse med det å mestre noe eller ikke mestre noe: LOC, stabilitet og kontrollerbarhet (Weiner, 1974).

Faktorer som kjønn, alder, sosioøkonomisk status og kultur kan påvirke en persons orientering av LOC (Atilola et al., 2021; Chubb et al., 1997). Flere studier har vist en tendens til at individualistiske kulturer knyttes sterkere til intern LOC, og kollektivistiske kulturer tenderer mot ekstern LOC (Mueller & Thomas, 2001). Det er viktig å understreke at den psykologiske effekten av intern eller ekstern LOC ikke er ensartet positiv eller negativ (Rotter, 1966). Marks (1998) kritiserer blant annet mye vestlig forskning for å vise bias i holdning til å favorisere intern LOC. Det kan være viktig å være bevisst en tendens blant vestlige til å tenke ensartet positivt om intern LOC. Dette kan være sentralt i eksempelvis terapi der terapeut og klient er av ulik kulturell bakgrunn. Da er det viktig å få tak i styrkene ved individets oppfatning av LOC og videre utfordre der man tenker at det kan være uheldig for personen (Marks, 1998). En studie av Atilola og kollegaer (2021) viser til ekstern LOC som en medierende faktor på sammenhengen mellom traumatiske erfaringer og vansker knyttet til dette i etterkant.

Lazarus og Folkman sin stressmodell ser på sammenhengen mellom opplevde krav og opplevde ressurser (Lazarus & Opton, 1966; Lazarus & Folkman, 1984). Forskning viser til at jo mindre kontroll en person opplever å ha i en truende situasjon, jo mer stressende vil situasjonen oppleves (Houston, 1972). Forskning støtter at det å være av en oppfatning av at man har påvirkningsevne i sitt eget liv, intern LOC, til lavere grad av psykologisk stress og også bedre utbytte av terapeutisk intervensjon (Kyriacou & Sutcliffe, 1979; Roddenberry & Renk, 2010). Andre studier viser til ulik effekt av ulik terapi ved intern versus ekstern LOC. En studie av Kilman og kollegaer (1975) tyder på at personer med intern LOC profitterer bedre av

ustrukturerte tilnærminger, mens personer med ekstern LOC får større utbytte av strukturert oppfølging. Noen studier opererer også med Guds LOC (hvorvidt Gud har noen påvirkning i livet ens) i forbindelse med religion. Enkelte av våre deltakere oppgir religion som noe som er viktig for dem (kristendom). Noen studier har vist til at ved både tro på og bevissthet rundt at Gud har en sentral rolle i ens liv, og personlig intern LOC, viser det til en positiv sammenheng med bedre helse (Ryan & Francis, 2012).

En atferdsforståelse som inkluderer komponenten LOC vil med andre ord vise til at hvorvidt man opplever å ha en påvirkningskraft på utfall vil kunne påvirke ens atferd. Dette vil være sentralt i møte med spørsmål som gjelder mestring. I hvilken grad man oppfatter at det er opp til omgivelsene og ytre faktorer hvorvidt man mestrer (både knyttet til mestringstro og LOC), vil kunne påvirke grad av håp, eller motsatt, grad av hjelpeløshet og offerrolle i møte med utfordringer (Bandura, 1994; Munoz et al., 2017).

2.3.2. Mestring og helseoppfatningsmodellen (HBM)

HBM og TPB er begge forventningsverdi-modeller som forsøker å forklare og predikere atferd. HBM har god empirisk støtte (Janz & Becker, 1984). Den bygger på tidligere atferdsmodeller og fokuserer videre på helserelatert atferd: hvorvidt man aktivt går inn for å forebygge, identifisere og bekjempe sykdom eller lidelse. Modellen ble utviklet med bakgrunn i et voksende behov for å forklare folks mangel på forebyggende helseatferd på 1950/-60-tallet. Parallelt med utviklingen av teorien vokste det frem løsninger på disse samfunnsaktuelle utfordringene (Rosenstock, 1974).

Komponentene som inkluderes i modellen er en persons 1) oppfattet utsatthet for sykdom, 2) oppfattet alvorlighetsgrad av sykdom, 3) oppfattet fordel ved helseatferd, 4) oppfattet kostnad ved eller hindring til helseatferd, 5) handlingstrigger (cues to action), og 6) mestringstro (self-efficacy) (Champion & Skinner, 2008, s.47).

Ifølge modellen vil disse faktorene for eksempel påvirke valg om å trene, spise sunt, søke hjelp fra helsevesenet eller andre aktiviteter som har en innvirkning på fysisk, psykisk og sosial helse. Dersom man tenker at man har stor sannsynlighet for å utvikle en depresjon og at det er av merkelig negativ verdi å utvikle/forbli i en depresjon (oppfattet utsatthet og alvorlighetsgrad av sykdom) vil det øke sannsynligheten for helseatferd rettet mot fravær av depresjon. Videre kan tanker om nytten av terapi (oppfattet fordel ved helseatferd) og hvor mye som står i veien for å skulle begynne i terapi (oppfattet hindring) påvirke helseatferd rettet mot å oppsøke psykiske

helsetjenester. Vansker med å navigere seg i et nytt system og sosiokulturelle bekymringer som frykt for andres meninger, kan være eksempler på opplevde kostnader og hindringer for helseatferd som å gå i terapi (Nobiling & Maykrantz, 2017). Faktoren handlingstrigger knyttes til hva som skulle til for at man handler. Eksempler på dette kan være råd fra fastlegen, oppmuntring fra familien eller smerter man opplever at man *må* gjøre noe med.

Mestringstro i forbindelse med helseatferd omhandler tanker om at man kan klare å gjennomføre en spesifikk helseatferd, eller tilvende seg en helsefremmende vane. Dersom en person har lite tro på evnen til å gjennomføre helseatferden, kan det å styrke opp en persons mestringstro påvirke helseatferd (Strecher et al., 1986; Helsedirektoratet, 2017). I terapeutiske settinger kan mestringstro også påvirke utfallet av oppfølgingen (Cusack et al., 2019). Oppfattet sosial støtte fra familie, venner og helsepersonell kan også øke en persons mestringstro.

2.4. Oppsummering av teori

Teorier om mening, tilhørighet, SDT, PGI og akkulturasjon belyser aspekter i en persons liv som kan berøres av traumatiske hendelser, migrasjon, sorg og tap. Disse kan vise til hva som kan styrke eller svekke en persons evne til og behov for mestring. Teorier om deling, TPB, LOC og HBM beskriver mer eller mindre bevisste sosialkognitive faktorer som kan påvirke atferd, og da spesielt relevant for denne studien; mestringsatferd. Slik kan man argumentere for at tanker om hva som kan hemme og fremme mestring kan basere seg på komponentene i disse modellene. Disse sosialkognitive modellene ble valgt fremfor noen som i større grad inkluderer personlighet, kjønn, alder og kultur. Dette på bakgrunn av at de sosiale og kognitive komponentene kan være lettere å endre (Conner & Norman, 2015). Videre undersøker denne studien blant annet hvordan helsevesenet bedre kan støtte opp om helserelatert mestring, og at de sosialkognitive teoriene bedre kan belyse faktorer som kan arbeides med i samarbeid mellom pasienter og helsepersonell. De vil også kunne si noe om faktorer som kan påvirke hjelpøkeratferd og den opplevde tilgjengeligheten av helsetilbudene som finnes.

3. Metode

3.1. Problemstilling og tilnærming

Denne studien har til hensikt å belyse hva som har vært vanskelig i det nye livet i Norge for personer som levde i Rwanda under folkemordet mot tutsifolket, og hva som har vært viktig for å kunne mestre dette nye livet etter traumatiske opplevelser og migrasjon. Studien brukte

kvalitative semistrukturerte intervju som metode for innsamling av informasjon. Disse har blitt transkribert og analysert med tematisk analyse.

3.2. Etiske betraktninger

“Deltakernes velferd og integritet skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser” (Helseforskningsloven, 2008, § 5). I forkant av studien ble det sendt søknad til REK hvorpå vi fikk tilbakemelding om at studien med de aktuelle spørsmålene ikke krevde godkjenning fra dem. Studien og databehandlingen er godkjent av NSD (se vedlegg 3).

Studien inkluderer møter med mennesker, og legger dermed grunnlag for å ta i betraktning etiske aspekter. Vi ønsket å rekruttere informanter med opplevelser og minner fra en situasjon som delte befolkningen i grupper og endte i folkemord. Vi ble anbefalt å ikke skille mellom folkegrupper i rekrutteringen ettersom det er et politisk skille som forskningen vår ikke tar stilling til. Det ble derfor vurdert til å gå utenom studiens fokus, og det ble dermed ikke spurt om nasjonal eller folkegruppetilhørighet. Personene kan bære med seg ulike erfaringer både fra tiden i Rwanda, og fra opphold i andre land. Dette er ikke noe vi ba dem konkretisere innholdet i ettersom studiens fokus er på livet i Norge.

3.2.1. Informert samtykke og frivillig deltakelse

I rekrutteringsprosessen hadde vi fokus på at deltakerne skulle ha fått innsyn i prosjektets omfang og hva en eventuell deltakelse ville innebære, før de bestemte seg for å delta eller ikke. Utformingen av informasjonsskriv ble derfor vektlagt å være så presis som mulig. I enkelte tilfeller samtalte vi på telefon med deltakere som ønsket å vite mer om prosjektet. Samtalene ble avsluttet med å si at de ved å høre mer om prosjektet ikke hadde forpliktet seg til å delta, men at de kunne tenke på det og sende en epost dersom de ønsket å delta.

Rekrutteringen skjedde på to ulike måter. Den ene var at personer som var interessert selv kunne ta kontakt med oss per telefon/epost etter å ha lest informasjonsskrivet (se vedlegg 2). Dette ble publisert av kontaktpersoner i sosiale medier grupper for rwandere i Norge. Vi ønsket at potensielle deltakere skulle ta kontakt med oss, ikke vi direkte med dem. Dette for å understreke frivillig deltakelse og anonymitet. I rekrutteringsprosessen tok vi også kontakt med noen deltakere som vi hadde oppfattet at selv hadde meldt sin interesse til oss via kontaktpersoner. Disse hadde ikke selv meldt interesse, men kontaktpersonen hadde forhørt seg om det var i orden at vi tok kontakt for å fortelle mer om studien. Etter dette etterstrebet vi god dialog med kontaktperson for å hindre misforståelser i hvordan rekrutteringen var ønsket å skje.

For å sikre at deltakerne ikke skulle føle seg presset til å delta, ble det understreket at deltakelse var frivillig. Videre ble alle informert om at valg om å ikke delta eller trekke seg ikke ville medføre konsekvenser, og at ingen andre enn de involverte i prosjektet ville få informasjon om dette.

3.2.2. Anonymitet og konfidensialitet

I Norge bor det relativt få personer som var i Rwanda i 1994, og dermed gjelder inklusjonskriteriene en liten andel av Norges befolkning. Det kan heller ikke garanteres at de ulike deltakerne ikke har snakket med andre om sin deltakelse. Informasjon som gis om deltakerne er derfor vurdert grundig for å sikre anonymitet. Derfor kobles ikke ulike sitater fra samme person til hverandre. Sitatene gjengis heller ikke med dialekt, men siteres i en “bokmåloversettelse” av originale utsagn. Alle personidentifiserbare opplysninger, som navn, arbeidsplass og kjønn, ble anonymisert i sitatene før datamaterialet ble anvendt i analysen og i rapporten. Innholdet i det innsamlede datamaterialet mer essensielt for studiens formål, enn informasjon om hvem som har sagt hva (Parry & Mauthner, 2004). Vi har inkludert omtrent like mange sitater fra hver av deltakerne i gjengivelsen av datamaterialer for å sikre at det er helheten av det innsamlede datamaterialet som gjengis.

Informasjonsskrivet ble distribuert via flere grupper på sosiale medier for å sikre deltakernes anonymitet ved at kontaktpersonene skulle ha mindre oversikt over hvilke personer som potensielt kunne ha vært i kontakt med oss. Det innsamlede datamaterialet ble oppbevart og behandlet etter retningslinjer for anonymitet og konfidensialitet i databehandling, gitt av NSD. Plan for oppbevaring og behandling av datamaterialet ble godkjent av NSD.

3.2.3. Mulige emosjonelle belastninger

Et fokus på god ivaretagelse av deltakerne før, under og etter intervju ble spesielt viktig ettersom deltakerne var blitt rekruttert på bakgrunn av at de hadde vært i Rwanda i 1994. Deltakerne fikk stor frihet til å velge hvor generelt eller spesifikt de ønsket å besvare spørsmålene. De ble ikke spurt om å beskrive traumatiske eller vanskelige opplevelser i Rwanda eller på flukt. Dette fordi studien fokuserer på opplevelser etter ankomst til Norge, og for å ikke unødige belaste deltakerne. Det ble imidlertid understreket at de sto fritt til å fortelle om slike opplevelser dersom de ønsket det, fordi det kunne kjennes viktig for enkelte å dele, og fordi tidligere opplevelser kan ha påvirket livet i Norge. Det ble også understreket at de ikke trengte å besvare spørsmål de ikke ønsket og at de kunne ta pauser underveis. Dersom deltakerne ble

emosjonelt berørt av tematikken det ble snakket om, ble det gitt tid og rom til å hente seg inn igjen (Helseforskningsloven, 2008, § 5). Intervjueren kunne for eksempel si “jeg ser at det berører deg å snakke om dette” og gjenta deltakerens beskrivelse av det som opplevdes vanskelig. Det ble i enkelte tilfeller spurt om deltakeren ønsket å gå mot en avslutning. Ingen ba om sistnevnte. Samtlige deltakere sa at de opplevde det fint å delta. I forkant av intervjuoppstart ble det inngått en avtale med Flyktninghelseteamet (FHT) i Trondheim. De sa seg villige til å tilby en samtale dersom noen deltakere skulle ønske dette i etterkant av intervjuet. Dette ble tilbudt dersom personen gav uttrykk for, eksplisitt eller implisitt, at det kunne vært behov for å snakke med noen om denne tematikken i en mer terapeutisk samtale. Det var ingen av de som fikk informasjon om samtaletilbudet som benyttet seg av det.

3.3. Design og informanter

Studiens design omfattet rekruttering av åtte til tolv deltakere. Hovedkriteriene for deltakelse var å ha vært boende i Rwanda i 1994, i tillegg til å være bosatt i Norge i dag (2021). Samtlige av deltakerne bærer med seg traumatiske erfaringer. Vi ønsket å rekruttere både menn og kvinner, unge og eldre for å få frem et mangfold av tanker og erfaringer. Deltakerne ble spurt om de var født før eller etter 1978, for å kartlegge om de var voksne eller barn/ungdom i 1994. Dette skilte oss informasjon om det ble rekruttert deltakere som var både over og under 16 år i 1994. I Norge tilsvarer dette to cirka like store grupper. Rekrutteringsprosessen resulterte i ti deltakere i alderen ca. 30 til 70 år. Til sammen fikk vi fem kvinner og fem menn, hvorav fem personer var 16 år eller eldre i 1994 og fem var yngre enn 16 år i 1994 (Se tabell 1).

Tabell 1

Oversikt over studiens deltakere

	Født etter 1978	Født før 1978	Totalt
Kvinner	1	4	5
Menn	4	1	5
Totalt	5	5	10

I kvalitative studier er metning sentralt i valg av størrelsen på utvalget. Det vil si at jo mindre ny informasjon som tilføres ved å øke antallet informanter, jo mindre relevant er det å rekruttere flere (Morse, 1995). For å oppnå metning med 8-12 informanter ville det vært nødvendig å innsnevre utvalgets befolkningsgruppe til å eksempelvis kun romme dem som kom med flyktningstatus til Norge. Dette kunne påvirket mangfoldet av tanker og erfaringer i

datamaterialet. Vi ønsket heller å utforske bredt i gruppen av rwandere i Norge. Ettersom det finnes lite forskning for denne gruppen, ble initial utforsking sentralt. Da ble også metning et noe mindre mål (Malterud et al., 2015). Dette betyr at det fortsatt kan finnes sentrale synspunkter som ikke kommer frem i det aktuelle datamaterialet.

3.3.1. Rekruttering

Det ble innledningsvis etablert kontakt med personer som arbeider i møte med flyktninger og innvandrere. Derfra ble vi satt i kontakt med personer som hjalp oss å nå flere rwandere gjennom rwandiske fellesskap i Norge. Informasjonsskriv ble distribuert via disse personene til grupper av rwandere på sosiale medier (hovedsakelig Whatsapp). Målet var at det skulle føles trygt å delta dersom informasjonsskrivene (NSD-format) ble publisert av personer de kjente til fra før. I ettertid ga enkelte informanter tilbakemelding om at å få informasjon fra en slik “mellommann” senket terskelen for å delta.

Det ble rekruttert på bakgrunn av å kunne gjennomføre intervjuene på norsk, engelsk eller fransk. Informasjonsskrivet ble distribuert i disse tre versjonene for å sikre forståelig informasjon og presis formidling av en eventuell deltakelse. Den digitale gjennomføringen av intervjuene, grunnet Covid-19, muliggjorde deltakelse av personer bosatt i hele Norge.

3.4. Datainnsamling

Språk er en viktig kilde til informasjon om menneskers liv. Verbale data er mye brukt i forskning innen psykologi, fordi de egner seg godt ved innsamling av informasjon om erfarte liv (Polkinghorne, 2005). I denne studien ble data samlet inn via semistrukturerte, individuelle intervjuer. Disse bidrar til dybdeforskning av verdier, tanker og holdninger (Gill et al., 2008). Semistrukturerte intervjuer tillater at intervjueren kan være åpen og mottakelig dersom deltakeren presenterer uventet informasjon. Ved utforsking av relativt ukjente fenomener, kan det være hensiktsmessig å gi deltakerne en slik aktiv rolle. Åpne spørsmål kan for eksempel benyttes for å gi informanten mulighet til å svare med egne ord og utfyllende forklaringer. Slik kan man i større grad fange opp hva som er viktig for deltakerne også utover hva intervjuer selv har tenkt basert på sin forforståelse av tematikken (Kvale & Brinkmann, 2009, s.50).

Dersom deltakerne opplever enkelte temaer som vanskelige å snakke om, har semistrukturerte intervjuer også den fordel at de kan tilpasses den enkeltes behov. Individuelle intervjuer sikret også deltakernes anonymitet i større grad enn ved eksempelvis gruppeintervju (Sim & Waterfield, 2019).

3.4.1. Intervjuguide

Det ble utviklet en semistrukturert intervjuguide (se vedlegg 1). Denne ble pilottestet på en person med norsk som andrespråk som kom til Norge som asylsøker, for å kvalitetssjekke guiden før intervjuoppstart (Kallio et al., 2016).

Intervjuguiden ble strukturert i tre deler: 1) *den første tiden etter at deltakerne kom til Norge*, 2) *nå for tiden*, og 3) *erfaringer med det norske helsevesenet*. Den første tiden ble definert som de fem første årene i Norge. Dersom en person oppga å ha kommet til Norge i løpet av de fem siste årene, ble del 1 og del 2 flettet sammen.

Del 1 og 2 av intervjuguiden utforsket informantenes opplevelser av tiden etter ankomst til Norge. Dette ble utdypet med spørsmål om hva eller hvem som opplevdes viktig, og hva som kan ha vært vanskelig i den aktuelle tidsperioden. Etter sistnevnte ble det også spurt: “Hva var/er viktig for deg for å kunne ta vare på deg selv, i det som var/er vanskelig?”. Deltakerne ble også spurt om å utdype, ved å for eksempel spørre “På hvilken måte var dette spesielt viktig for deg?” og “Har du lyst til å si noe mer om dette?”. I overgangen mellom hver av delene ble det også stilt spørsmål om deltakeren hadde noe mer å tilføye før fortsettelse.

Siste del av intervjuet handlet om tanker rundt det norske helsevesenet. Det ble spurt om på hvilke måter informanten hadde vært i kontakt med helsevesenet, erfaringer, og om motivasjon for å søke hjelp. Det ble også spurt om eventuelle tanker om endringer som kunne blitt gjort for å gjøre det lettere å be om hjelp, og om tanker de hadde om hvordan rwandere i Norge synes det er å be om hjelp for ulike plager.

I analysedelen er del 1 og del 2 fra intervjuguiden slått sammen til *tiden etter ankomst til Norge*. Dette fordi skillet mellom den første tiden i Norge og nå, ble satt for å fasilitere at informantene gav informasjon om både tiden før og tiden nå. Del 3 av intervjuet, *Norsk helsevesen*, ble analysert for seg.

3.4.2. Planlegging og gjennomføring av intervju

Informanter som ønsket å delta sendte signert informasjonsskriv eller skriftlig bekreftelse på separat epost til organisasjonsknyttet epost, om at de hadde lest og forstått informasjonsskrivet og ønsket å delta. Dette ble gjort per epost, etter godkjenning fra NSD. Gjennomsnittlig intervjutid var 1 time (50 min – 90 min). Deltakerne oppga også hvilket språk de ønsket å gjennomføre intervjuet på. Flertallet av intervjuene ble gjennomført på norsk med muligheten for å si noe på fransk eller engelsk ved behov. Enkelte gjennomførte hele intervjuet

på engelsk eller fransk. Deltakerne fikk velge språk for å sikre at de fikk uttrykke seg på det språket de var mest komfortable med og som de selv kunne oppleve å gjøre seg forstått på. Begge studentene tilknyttet prosjektet snakker norsk og engelsk, og en snakker fransk. Intervjuene ble gjennomført i tråd med de gjeldende koronarestriksjonene våren 2021. NTNUs retningslinjer for sikring av Zoom kvalifiserer som sikkerhetsgodkjent etter NTNUs standard for personvern. Disse innstillingene ble benyttet for alle digitale videosamtaler (NTNU, 2020). Deltakerne fikk valget mellom å gjennomføre intervjuet ved telefon eller videosamtale. Samtlige deltakere takket ja til å gjøre intervjuet via Zoom.

Begge studentene var til stede til hvert intervju: én med hovedansvar for intervjuet og én med hovedansvar for tekniske aspekter og notattaking (spesielt relevant dersom deltakeren takket nei til båndopptakerbruk) (assistent). Studentene vekslet på ansvaret, slik at det ble ca. fem intervjuer hver med hovedansvar. Det å være to til stede bidro til muligheten for å diskutere inntrykk umiddelbart etter intervjuene. Deling av refleksjoner etter hvert intervju kan ha bidratt til en mer helhetlig og nyansert forståelse av hvert intervju. Innledningsvis ble assistentens rolle forklart før vedkommende satte seg utenfor skjermbildet for gjennomføringen av intervjuet, slik at deltakeren kun forholdt seg til én person.

Det ble informert om båndopptaker i informasjonsskrivet, og det ble innledningsvis i intervjuet spurt om det var greit at det ble benyttet lydopptak. Samtlige samtykket til dette.

Det ble satt av god tid og studentene hadde på forhånd en felles forståelse om at deltakernes opplevelse med intervjuet skulle prioriteres høyt foran det å eventuelt få svar på alle spørsmålene i intervjuguiden (Helseforskningsloven, 2008, § 5).

Avslutningsvis ble det spurt om informantene ønsket å tilføye noe som ikke hadde blitt spurt om. Det ble også spurt om hvordan de hadde opplevd deltakelsen. Dette for å kunne romme tilbakemeldinger som angikk selve opplevelsen av å delta, samt for å gi mulighet til å imøtekomme dersom noen behov var blitt berørt underveis. Deltakerne ble informert om at de kunne ta kontakt per epost dersom de i etterkant hadde spørsmål om studien.

3.4.3. Transkribering

Intervjuene ble tatt opp og transkribert ord for ord. En slik ortografisk transkribering er viktig for å kunne gjøre videre analyse tett opp mot det faktiske datamaterialet (Landridge, 2006). Videre ble ikke-verbal informasjon som pauser med lengre varighet notert med "..."/"-", latter notert med "latter", og dersom personen var emosjonelt preget i stemmen ble det notert

med “emosjonell”. Grammatisk sammensetning av ord ble skrevet ned slik det ble sagt. I resultatdelen gjengis sitater med bokmåls setningsoppbygging. Eventuelle omformuleringer er dobbeltsjekket av begge forfatterne for å sikre bevarelse av meningsinnholdet. De fleste deltakerne snakket ikke på sitt morsmål, derfor blir dette en måte å hindre at ulike formuleringer kan knyttes til hvem som har sagt det. I oversettelse av franske og engelske intervjuer ble originalspråk beholdt for å jevnlig kunne sjekke oversettelsen opp mot originaldata under koding og utforming av tema. Oversatte siteringer legges ved på originalspråk i vedlegg 4.

3.5. Dataanalyse

3.5.1. Tematisk analyse

Det innsamlede datamaterialet ble analysert ved bruk av tematisk analyse (TA). TA har som formål å identifisere, analysere og tolke mønstre av mening i et kvalitativt datamateriale (Braun et al., 2006). Metoden fokuserer på det som blir sagt heller enn måten det sies på. Ulike kulturer, språk og kommunikasjon på andre språk enn morsmål, gir grunnlag for å tro at innholdet i det som ble sagt gir mer informasjon enn måten det blir sagt på (Kachru, 1985).

Prosjektet belyser subjektive opplevelser, og det virker dermed naturlig med en kvalitativ tilnærming der deltakernes stemmer blir hovedkilden til kunnskap. Kvalitative metoder egner seg godt til å undersøke individuelle variasjoner, indre prosesser og forståelse av egen situasjon.

Kvalitative metoder er utforskende, og kan dermed være spesielt nyttige ved tematikk som i liten grad er forsket på tidligere slik som er tilfellet her. Analysemetoden er fleksibel med hensyn til teori og kan brukes på mange typer studier og tematikker. Denne fleksibiliteten har blitt kritisert for å kunne svekke reliabilitet og fremme subjektive bias. Braun og Clarke (2006) argumenterer derimot for at metoden er god når den blir riktig anvendt. For å sikre kvalitet ble det arbeidet tett opp mot Braun og Clarke sine seks faser for TA: 1) Bli kjent med datamaterialet, 2) generere initiale koder, 3) lete etter temaer, 4) se gjennom temaer, 5) definere og navngi temaer, og 6) produsere rapport. Vekslingen mellom fasene var dynamisk for å sikre at analysen var nær til det originale materialet (Braun & Clarke, 2006).

3.5.2. Gjennomføring av analyse.

Etter gjennomføringen av intervjuene ble datamaterialet transkribert. Her var målet å bli kjent med datamaterialet. Underveis i lytting, gjennomlesning og transkribering ble bemerkninger og sitater som fremsto som spesielt meningsfulle notert ned. Slike refleksjoner kunne også være til hjelp i senere faser av arbeidet. Videre ble initiale koder generert, ved å kode hver minste,

meningsgivende enhet i det som deltakerne fortalte (Se tabell 2). Kodningene var basert på semantisk fremfor latent/implisitt betydning, da dette anbefales i forbindelse med kulturelle eller språklige variasjoner (Braun & Clarke, 2016).

Tabell 2

Eksempel på generering av initiale koder. Kodene ble senere videreutviklet og fordelt i temaer.

Utdrag fra transkripsjon	Kodet til
“Det er også det med språk fordi her brukes et helt annet språk, det hadde kanskje vært enklere hvis man dro til et land med et språk man forstår, og da er det vanskeligere å for eksempel studere, eller å starte i jobb, så man må starte på nytt uansett, så det var det å starte et liv på nytt.”	Mangel på språk begrenser Starte på nytt

Videre lette vi etter temaer i det kodede datamaterialet. Temaene ble sjekket opp mot opprinnelige koder, definert og navngitt. Koder som kunne knyttes sterkt til innholdet i andre koder ble samlet sammen til subtemaer. Videre ble subtemaene kombinert sammen til hovedtemaer. Denne prosessen var omfattende og ble viet mye tid til, for å utforske ulike måter å samle temaene på. Fasene ble vekslet mellom med mål om å utvikle temaer som på best mulig måte kunne representere det originale datamaterialet. Ved å samarbeide om utformingen av subtemaer og temaer, ble analyseprosessens interrater-reliabilitet styrket og påvirkning av forskernes eventuelle biaser svekket.

Analysen var i stor grad datadrevet. Vi dannet oss en overordnet oversikt over eksisterende litteratur før gjennomføringen av analysen. Relevante artikler ble imidlertid ikke lest i dybden, og temaer funnet i andre lignende kvalitative studier ble ikke undersøkt, før identifiseringen av temaene for denne studien. Dette ble gjort for å kunne stille seg mest mulig åpen til temaene som trådte frem, uten forkunnskaper basert på tidligere studier.

3.5.3. Reliabilitets test

For å motvirke subjektive bias i den tematiske analysen, ble transkripsjonene innledningsvis kodet dobbelt. Dette for å sikre interrater reliabilitet ved å undersøke hvorvidt det fantes en felles forståelse for datamaterialet. Eventuelle ulikheter eller usikkerheter ved kodingen la grunnlag for diskusjoner av hvordan deltakernes svar kunne forstås ulikt. Det kan tenkes at

analysens kvalitet styrkes dersom to personer forstår utsagnene likt med tanke på at flere stilte opp på intervju på et språk som ikke er deres morsmål. En slik reliabilitets testing ble benyttet gjennom hele analyseprosessen.

Gjennom denne prosessen ble det avdekket at noen koder kunne bli mer generelle og dermed miste minste meningsenhet. Ved å kode minste meningsenhet kunne det imidlertid bli vanskeligere å se sammenhengen mellom ulike koder (se tabell 3). Kodene ble sjekket opp mot originalsitatene i utformingen av temaer og subtemaer hver for oss og i samarbeid, for å sikre datanære temaer. En slik veksling mellom de ulike fasene i tematisk analyse la grunnlaget for utviklingen av de endelige temaene.

Tabell 3

Eksempel på ulike måter å kode på (kodningsperson 1 og 2)

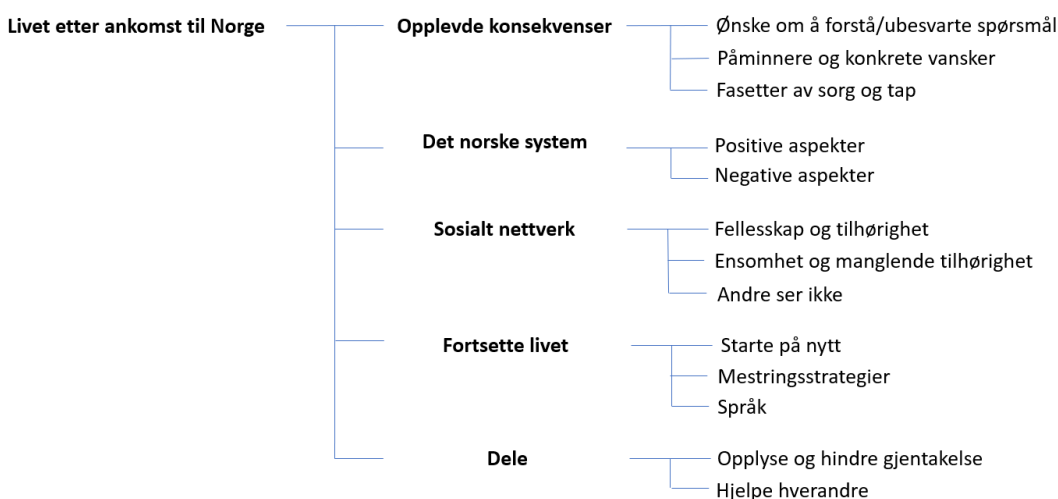
Utdrag fra intervju	Kodningsperson 1	Kodningsperson 2	Tema
“(…) så måtte vi starte på norskkurs, og det føltes så meningsløst å bare gå på skole og lære språk, når man har vært i arbeidslivet og hadde stiftet et liv. Så det ble ikke før jeg startet å jobbe at jeg følte at livet hadde en mening, og at alt ble bra igjen.”	Mangel på mening Lære språk Starte på nytt Arbeid ga livet mening Arbeid gjorde livet bra	Føltes meningsløst å begynne på nytt når hadde stiftet et liv fra før Begynne jobb igjen ga mening i livet	Hovedtema: Fortsette livet Undertema: Starte på nytt, mestringsstrategier og språk

5. Resultater

Gjennom den tematiske analysen ble det identifisert 9 hovedtemaer og 18 undertemaer. Temaene bidrar til å besvare oppgavens problemstillingen om “hva kan bidra til og hva kan hindre helse relatert mestring for mennesker som har erfaringer knyttet til traumatiske hendelser og migrasjon?”, hva som har vært viktig og vanskelig, og på hvilke måter helsevesenet har gitt eller kunne gitt støtte til helse relatert mestring. Temaene er knyttet til de opplevde konsekvensene av folkemordet mot tutsifolket og migrasjon, hva som ble viktig i møtet med livet videre, hjelpesøking og erfaringene deres med det norske helsevesenet. Fem temaer tilhører delen av intervjuet som omhandler *livet etter ankomst til Norge* og fire temaer tilhører delen *det norske helsevesenet*. Problemstillingen er bred, og det ble dermed funnet et bredt spekter med temaer. Alle relevante temaer beskrives for å inkludere datamaterialet som en helhet, men enkelte temaer gis ekstra plass da de i større grad er sentrale for problemstillingen. Sitater fra deltakere født før 1978 er markert med “(eldre)” og sitater fra deltakere født etter 1978 er markert med “(yngre)”.

5.1. Livet etter ankomst til Norge

Temaene som ble identifisert i delen som omhandlet livet etter ankomst til Norge var *opplevde konsekvenser, det norske systemet, sosialt nettverk, fortsette livet og dele*. De tre sistnevnte temaene belyser faktorer som var viktige for deltakerne i møte med vanskene de kunne oppleve etter folkemordet og i forbindelse med å bosette seg i Norge.



Figur 2: Hierarkisk modell som viser en skjematisk oversikt over temaer og undertemaer for del 1 og 2 av intervjuet, om livet etter ankomst til Norge. Første kolonne er del, andre kolonne er hovedtemaer og tredje kolonne er undertemaer. Vertikal rekkefølge er tilfeldig.

5.1.1. Tema 1: Opplevde konsekvenser

Flere av deltakerne forteller om konsekvenser knyttet til å ha opplevd folkemordet og flyttet til et helt nytt land. Opplevde konsekvenser innebærer blant annet ønske om å forstå, konkrete vansker, og sorg og tap.

5.1.1.1. Ønske om å forstå / ubesvarte spørsmål. Flere av deltakerne sitter igjen med ubesvarte spørsmål om livet, som for eksempel hvorfor de opplevde folkemordet, meningen i å ha overlevd, tanker knyttet til å ha overlevd når andre ikke gjorde det. Disse spørsmålene kan tolkes som et ønske om å forstå og finne mening etter å ha opplevd det uforståelige. En av deltakerne uttrykker det på følgende måte: *«folkene som kommer til deg og dreper hele familien. Nabo dreper nabo. De måtte finne alle barna (...) og så drepe dem. De måtte drepe mammaen din, de måtte drepe pappaen din. Hvorfor det? Til og med i dag så har du det inni deg: hvorfor, hvorfor, hvorfor, hvorfor? Og du får ikke svar»* (eldre). En annen deltaker forteller *«Det som er viktig for meg for tiden er å forstå hvorfor vi ikke bryr oss om menneskelivet hos oss? Hvorfor har vi ikke denne respekten for den andre, hvorfor har vi denne fiendtligheten? (...) jeg tror ikke dyr kan gjøre det jeg har sett, det er ting som du lurer på; hvorfor dette hatet?»* (yngre).

5.1.1.2. Påminnere og konkrete vansker. Deltakerne snakker også om konkrete vansker, som for eksempel mareritt, søvnproblemer, flashbacks, inntrengende tanker, opplevelsen av å miste kontroll når man husker vonde minner og manglende matlyst. En deltaker beskriver det slik *«når jeg husker på det i dag og brått så mister jeg nesten kontroll. Til og med i dag, vi husker (...). Når april kommer så blir vi brakt til 94 med en gang, tankene er der. Det som var, akkurat her og nå så kommer det tilbake med en gang»* (eldre). Noen deltakere snakker om mareritt: *«Jeg drømmer om det. Ligger på natta hele tiden. Jeg gjemmer meg under senga mi hele tiden. Jeg løper og flykter i drømmene mine hele tiden (...) Når jeg tenker på meg selv, da er jeg tilbake i krig.»* (eldre). En deltaker snakker om at sinte stemmer og skog kan frembringe vonde minner: *«Jeg våger ikke å gå på tur i skogen fordi jeg blir helt redd, jeg blir kjemperedd. Fordi når jeg husker da vi prøvde å gjemme oss i skogen. Så var det folk rundt oss som prøvde å finne oss og drepe folk (...) jeg våger ikke å bo i et område som har folk som er aggressive og som slår på hverandre og skriker hele tiden. Jeg tørr ikke fordi det minner meg om den perioden»* (eldre).

En deltaker opplevde en periode å slite med aggresjon, og gikk i terapi for dette: *«Jeg gikk inn i en krise og jeg var veldig voldelig. Det var fordi jeg tolket alt som aggresjon. Jeg*

kunne virkelig gå fra å være barnet som lo, som var glad, til det lille monsteret som kunne sette en passer i hånda di, eller slå med en murstein uten at menneskene rundt meg forsto denne forvandlingen. Men for meg, så var alle egentlig trusler - enten det var verbalt eller uintendert, så tolket jeg det som noe veldig alvorlig og jeg gikk virkelig inn i en modus hvor jeg tenkte at nå må jeg redde meg selv^[2]» (yngre).

5.1.1.3. Fasetter av sorg og tap. Fasetter av sorg og tap beskrives av de fleste deltakerne. Sorg knyttes til tap av familie og venner, vonde minner, tap av rettigheter i Norge og opplevd, eller faktisk, tap av kontroll eller påvirkningskraft. En deltaker beskriver sorg knyttet til å ha mistet familiemedlemmer i 1994: «(...) *tenker på mamma som jeg ikke har nå og pappa som jeg ikke har nå. Hvorfor, hvorfor har jeg ikke dem? De ble drept. Når barnebarna mine spør meg, hvor er bestefar, bestemor? Jeg har ikke dem. Da må jeg fortelle dem at de ble drept. De må spørre meg hvorfor, og jeg må si hvorfor, hva er grunn? Det er ikke noen grunn. Jeg spør "hvorfor" selv*» (eldre). En annen beskriver sorg knyttet til tunge minner: «*Øynene våre har sett kjempe tunge og dårlige ting, når folk dreper andre mennesker rundt en. Og ørene våre hørte kjempe, kjempe dårlige stemmer under folkemordet. Det går ikke an å glemme det. Det går ikke. Vi skal leve med det*» (eldre). Flere deltakere snakker også om at den årlige minnemarkeringsperioden frembringer sorg: «*Når det blir april, så kommer det tilbake. Jeg kan tenke, jeg kan bli lei meg, uten grunn. Og det bare fordi det er april*» (eldre). To deltakere snakker om å måtte lære seg å leve med sorgen som folkemordet har bragt med seg: «*Den sorgen, selvfølgelig skal vi leve med den, for det er ikke lett å glemme det*» (eldre).

Sorg og tap kommer også frem knyttet til livet i Norge. En deltaker beskriver en livssorg og forventningsbrist knyttet til at livet i Norge ikke ble som håpet, til tross for en opplevd trygghet: «*Det var vondt nok (...) det er det landet du flyktet til. Du tror at du skal få det bedre. Så, det hadde du forventet, og da blir du enda mer sliten enn du var. Men det som var bra var at jeg var trygg og at ingen kunne drepe meg*» (eldre). Noen beskriver en sorg knyttet til at ankomst til Norge kan føre til både ensomhet og til at livet blir satt på vent: «*Du er alene her. Du gjør ingenting, du er her og venter^[3]*» (eldre).

Videre omfatter *fasetter av sorg og tap* også en opplevelse av å miste eller mangle muligheten til å påvirke eller styre eget liv. En deltaker forteller for eksempel om barnets psykiske vansker i Norge, hvordan hen i påvente av oppholdstillatelse og medfølgende rettigheter ikke kunne gjøre så mye for å endre situasjonen, og dermed kunne føle seg maktesløs:

“Når barnet mitt begynte å tisse på seg igjen og ble deprimert. Selv om vi var flyktninger som ikke hadde papir, så var vi mennesker (...). Når de til og med lar et barn som har psykiske plager være og ikke hjelper, - det var forferdelig vondt (...) jeg fortalte det til fastlegen og hen kunne ikke gjøre noe med det. Eneste løsningen var å la hen gå i barnehagen og leke med andre barn, men vi hadde ikke rettigheter til det (...) jeg husker at jeg ikke fikk hjelp» (eldre) og «Etter at jeg fikk oppholdstillatelse så har rettighetene kommet på plass (...) etter at du har fått papirene, så begynner du å bli behandlet som et menneske” (eldre). Et annet sitat belyser en opplevelse av maktesløshet i møte med vansker og en manglende evne til å kunne påvirke egen situasjon: “jeg kunne ikke få lov til noen ting. Selv om jeg flyktet med tunge ting som jeg bar inni meg, så kunne ingen gjøre noe med det når jeg ikke hadde lov til å bli i Norge (...) vente med det psykiske du har, det fysiske du opplever, nye kulturer som du ikke kjenner (...) det var ikke lov fordi hen ikke har oppholdstillatelse” (eldre).

5.1.2. Tema 2: Det norske systemet

Deltakerne snakker om opplevelsene deres av det norske systemet, for eksempel tanker om asylmottaket, helsevesenet og NAV, og muligheter knyttet til jobb og utdanning.

5.1.2.1. Positive aspekter. Noen forteller at praktiske, fysiske og økonomiske behov blir godt ivaretatt, samt at systemet tilrettelegger for å bidra til trivsel i form av økonomisk-, sosial- og bo-støtte. En annen deltaker opplever en trygghetsfølelse fordi det norske systemet ivaretar og tilbyr muligheter for barna sin fremtid ved for eksempel utdanning. En annen uttrykker å føle seg respektert i arbeidet, og at man får en rettferdig lønn som tilsvarer gitt innsats. En deltaker opplever likeverd i Norge, og synes det er viktig at systemet ikke skiller mellom mennesker med ulike bakgrunner.

5.1.2.2. Negative aspekter. Deltakerne kommenterte også det de opplevde som utfordrende, for eksempel begrenset helsehjelp, utdanning og jobbmuligheter før oppholdstillatelse var på plass. På asylmottaket vil flere bli sett med tanke på hva de kan bidra med i samfunnet og bli sett som mennesket de var før de forlot Rwanda. Noen opplever at å komme til Norge uten flyktningstatus, ved familiegjennforening, gir mindre tilrettelegging og kontakt med helsesystemet. Dette fordi de har oppholdt seg et annet sted etter 1994, men likevel har de opplevd mange av de samme tingene før ankomst til Norge. Flere ønsker mer tilgjengelige arenaer for å snakke om følelser. Knyttet til dette opplever flere en manglende psykologisk oppfølging i helsesystemet av mennesker som flykter på grunn av krig og folkemord. Noen

snakker om informasjonsmangel i forhold til studiemuligheter, det norske systemet, språkkrav, støtteordningstilbud og rettigheter.

Flere snakker om kompetansemangel på ulike områder, for eksempel i integrasjonssystemet innenfor kommune og boområde, i forhold til mennesker som bærer med seg traumatiske opplevelser fra krig og folkemord. Flere savner mer kompetanse for å tilby spesialisert omsorg til mennesker med konstant sorg etter tap og traumatiske opplevelser. Mange ønsker et system som i større grad forstår innvandrere og mener Norge mangler kunnskap for å kunne hjelpe folkemordoverlevende.

5.1.3. Tema 3: Sosialt nettverk

Et gjennomgående tema er, spesielt tilknyttet spørsmålene i intervjuguiden som omhandler hva som har vært viktig og vanskelig i Norge, sosiale nettverk, familie og venner. Ved at deltakerne snakker om både tilstedeværende relasjoner og savnet etter dem, kommer det frem hvor viktig det er for dem. Noen kom til Norge med familie og noen kom alene. Flere utvikler nettverk via for eksempel rwandiske fellesskap, norskkurs, kirke og menighet, jobb, frelsesarmeen, aktiviteter for barn og ved å aktivt ta initiativ for å komme i kontakt med andre. Temaet beskriver verdien av fellesskap og tilhørighet, konsekvensene av ensomhet og manglende tilhørighet og opplevelsen av at andre ikke ser.

5.1.3.1. Fellesskap og tilhørighet. Deltakerne tilhører ulike fellesskap for rwandere som er bosatt i Norge, og disse beskrives som betydningsfulle av flere årsaker. Sammen minnes de folkemordet, deler opplevelser og gråter sammen, lytter til hverandre og snakker om hvordan de opplever livet i Norge. En forteller om identitetsutvikling ved å møte folk med samme bakgrunn. Deling med andre i fellesskapet beskrives som en trygg mestringsstrategi når de har det vondt: *«De føles som søsken for meg, og vi har et språk vi snakker, vi forstår hverandre»* (eldre). Deltakerne nevner også at det oppleves støttende å møte mennesker som har flyktet fra andre land, for å dele lignende erfaringer. Flere nevner også at å ha mennesker rundt seg, uavhengig av bakgrunn, hjelper. En deltaker beskriver det slik: *“Vi som kommer fra Afrika, for oss så er det som terapi å møte folk. Vi er jo vant til å snakke med folk (...) bare det å få kontakt med folk hjelper veldig mye”* (eldre).

Ordet «familie» gjentas flere ganger i alle intervjuene og beskrives av mange som en viktig kilde til trygghet og støtte. Både kjernefamilie og søskenbarn, onkler og tanter blir nevnt i forbindelse med dette. Det er derfor naturlig å anta at fleres begrep om familie går utover

kjernefamilien. Det er usikkert om gode venner også inkluderes under “familie”. En deltaker beskriver dette godt: «*Familien min hjelper meg, (...) gir meg håp og glede. De leder meg vekk fra smerten, kampen og alt det der*» (yngre)^[4]. Noen forteller at familie og venner bidrar til en følelse av å være viktig for noen og ha en verdi.

5.1.3.2. Ensomhet og manglende tilhørighet. Viktigheten av å ha mennesker rundt tydeliggjøres når de kommer til Norge og mange opplever ensomhet, å miste sosial støtte, eller å ikke tilhøre. Dette illustreres i følgende sitater: «*Når du er i et annet land, så føler du uansett ikke at du tilhører 100 %*» (eldre) og «*man har også kommet til et annet samfunn. Da vi bodde (i Rwanda) så forsto vi hverandre, vi hadde vårt lille samfunn der vi forsto hverandre, vi visste hva vi hadde vært gjennom, vi visste hvilket språk vi snakket med hverandre, og så plutselig føler man seg - alene på en måte*» (eldre). En annen sier «*det har vært vanskelig bare det med å føle seg litt ensom. At folk ikke er så åpne har vært veldig, veldig vanskelig for meg*» (yngre).

Ensomhet kan også forsterkes av at det for noen oppleves vanskelig å komme i kontakt med andre. En deltaker beskriver det slik: «*Hvis man treffer folk som bare er sure, som man ikke kan hilse på og som ikke vinker. Det er ekstra dårlig for personer som meg*» (eldre).

5.1.3.3. Andre ser ikke. Noen opplever at andre i Norge ikke vet om eller forstår historien deres, ikke stiller spørsmål og at dette kan skape en mellommenneskelig avstand. Dette illustreres i følgende sitater: «*Jeg hadde ikke det samfunnet rundt meg som visste at jeg gikk gjennom mye, som man kan gå til, som man kan snakke med. Jeg hadde det tøft, - det var bare meg og min lille familie som var der og som gikk gjennom ting som andre ikke så*» (eldre), «*Her i Norge, så synes jeg at det er mange som ikke forstår hva som skjedde i Rwanda*» (yngre) og «*Jeg har opplevd det som skjedde i Rwanda i genocide, men jeg har ikke møtt noen som har spurt meg om det*» (eldre). En deltaker opplever at andre i Norge tenker på folkemordet som langt unna deres virkelighet: «*Det gjør meg vondt (...) jeg tenkte at hele verden visste hva som hadde skjedd i Rwanda, men folk later som om de ikke vet (...) Jeg tenker at de tenker at det er langt. Det er et sted i verden hvor det er skjedd. Men de tenker ikke at jeg er her i Norge, jeg har opplevd det. Jeg er nær, jeg kan være syk. Det er du som det kan hende at henter meg med sykebil (...) de tenker ikke at selv om det var langt unna så kunne de ha kommet i nærheten av dem*» (eldre). Sitatene synes å belyse en opplevelse av å ikke bli sett for den man er, det man har vært gjennom, eller å bli forstått av andre.

5.1.4. Tema 4: Fortsette livet

Gjennomgående i intervjuene snakket deltakerne om hvordan de har fortsatt livet i møte med utfordringene knyttet til både folkemordet mot tutsifolket og flytting til Norge. Det var en proaktivitet i måten å forholde seg til vansker på og starte et nytt liv på. Disse beskrivelsene kommer hovedsakelig frem i del 1 av intervjuet som omhandler hva som var viktig og vanskelig den første tiden i Norge, men også i del 2 om “nå for tiden”.

5.1.4.1. Starte på nytt. Mange deltakere snakker om det å starte på nytt i Norge: «*Selvfølgelig, det var et helt nytt liv, en helt ny nasjon som jeg kom til. Selvfølgelig, det er ikke bare bare når man begynner et nytt liv i et nytt land, i en ny nasjon, i en ny kultur*» (eldre). Å starte på nytt synes for mange å handle om å lære seg å leve med en konstant sorg, tilpasse seg den nye kulturen, stifte familie, utvide det sosiale nettverket og få seg jobb. Det å starte på nytt syntes også å handle om søken etter å finne tilbake til meningen med livet. En deltaker (eldre) sier at hen opplever en annen mening med livet enn folk flest på grunn av hens erfaringer, og forteller at det å ha nære mennesker rundt bidrar til å skape mening. Hen beskriver det slik: «*Rett etter folkemordet (...), så hadde ikke livet mening lenger, men så skapte vi noe (...) vi laget et slags slagord, at ‘vi lever’. Vi må ha et godt liv. Altså måtte vi kjempe for livet, studere, jobbe og være lykkelige*» (eldre). Flere forteller at å få seg jobb, familie og venner var viktig for å føle at de kunne bidra med noe verdifullt, være en del av samfunnet og oppleve mening igjen. Dette illustreres her: «*Jeg fikk min første jobb på (x), da kjente jeg at jeg kunne bli her. Jeg kunne finne noe. Jeg kunne være nyttig for samfunnet, jeg følte meg bedre (...) jeg ville leve ut ifra mine midler⁵¹*» (eldre). En deltaker snakker om at å skape et nytt liv handlet om å ære de som ikke overlevde: «*De ser oss, de er stolte av oss, de er glade. Det å føle at man har gjort det man skal ha gjort og det de har forventet av oss, at de er stolte av oss*» (eldre).

I flere av intervjuene kommer det frem en proaktivitet i møte med vanskene, at deltakerne kjempet for å få det bedre fordi de ikke så noe annet valg. En deltaker forteller for eksempel om hvordan hun ikke hadde mulighet til å la sorgen overta fordi hun var mor: «*Jeg hadde ikke tid til å tenke på det fordi jeg hadde andre ansvar. Jeg måtte bare skyve den tanken bak meg, og tenke ‘nå er jeg mamma’. Da må jeg forsørge unger, da må jeg gjøre det og det*» (eldre). En annen beskriver det slik: «*Man ville reise bort (...) men jeg tenkte ‘nei jeg må bare våkne og gjøre noe med det’. Det var ikke lett, men da begynte jeg å lære norsk (...) når jeg kom fra asylmottaket til*

(sted) så sa jeg 'hallelujah'. Jeg ble litt glad. Det var virkelig en kamp (...) men man kan ikke flykte fra sin egen kamp^[6]» (eldre).

En annen del av å starte livet på nytt var å finne tilbake til et fellesskap. En deltaker forteller at hen savnet sosial kontakt i starten, men fant raskt løsninger for å komme i kontakt med andre: «Jeg begynte å gå og spørre folk. Du vet at når det er sommer, så er det mange som går på tur og jeg var ikke vant til å gå på tur. Vi går ikke på tur i hjemlandet mitt, også ja, "kan jeg bli med?". Og så begynte jeg å spørre "kan du komme til meg, kan du komme på kaffe?" (...) Jeg visste at ingen skulle komme til meg uten at jeg tok initiativ, så jeg tok initiativ med en gang (...) jeg bare "ok, vet du hva, jeg skal ikke sitte hjemme hver dag" (...) jeg hadde mine ting som gjorde meg vondt, men jeg ville bare smile og være - ja, som andre» (yngre). En annen beskriver å starte livet på nytt slik: «Jeg visste at jeg måtte finne på noe. Jeg måtte jobbe. Jeg måtte være med barna mine. Jeg måtte leve» (eldre).

En deltaker forteller at det nye livet i starten handlet om å føle seg trygg. Hen følte etter hvert at livet ikke gikk som ønsket til tross for trygghetsfølelsen og at dette økte behovet for å finne mening i hverdagen: «Jeg er på et trygt sted (...) jeg kan sove, og lukke døren (...) at man ikke fryktet for fremtiden. Bare det at livet ikke gikk som man hadde ønsket deg (...) Vi bodde på asylmottak. Jeg var ikke i jobb lenger, alt man hadde jobbet for, (...) plutselig hadde ikke livet mening (...). Det føltes også meningsløst å bare gå på skole og lære språk, når man hadde vært i arbeidslivet, og hadde stiftet et liv (...). Det som var viktig for meg i begynnelsen var at jeg var på et trygt sted (...), men etter en tid innså jeg at det ikke bare er det som gir mening i livet. Det var bare det å ha folk rundt seg og ha en jobb, å ha en verdi i samfunnet, å være verdig» (eldre)

En deltaker knytter rwandisk kultur opp imot holdninger til å stifte et nytt liv. Deltakeren beskriver det slik: «Folk i Rwanda (...) for oss, så er det å jobbe og skaffe seg et eget liv, det er noe som ligger i våre verdier, og for noen så er det en skam. Det kan føles som en skam å for eksempel gå på NAV (...) det er det med kultur, at vi vet vi må jobbe, vi må leve godt, vi må kjøpe hus, at det har kommet fra ditt eget arbeid, fordi du har jobbet for det. Jeg tror det er noe som ligger i våre verdier» (eldre).

5.1.4.2. Mestringsstrategier. Deltakerne forteller om forskjellige mestringsstrategier som de har brukt for å håndtere det nye livet i Norge. Mestringsstrategiene som nevnes er varierte og kan handle om å finne fellesskap for å føle seg mindre alene (Røde Kors, norskkurs, menigheter, rwandiske organisasjoner, familie, venner), finne nye mål og meningen ved livet,

snakke om folkemordet og dele opplevelser, engasjere seg i politikken, opplyse om folkemordet og verdenskonflikter, distraksjoner for å «gå i en annen verden» (høre på musikk, idrettsaktiviteter) og tre inn i arbeidslivet for å øke tilhørighetsfølelse og stabilitet.

Flere snakker om aktivitet eller bevegelse som mestringsstrategi. En deltaker beskriver dette godt: «Når jeg føler at det er skikkelig tungt, så går jeg for å trene (puster inn). Jeg går også på jobb. Jeg kan jobbe ganske mye (...) jo mer du jobber, jo mindre føler du. Fordi du er i bevegelse. Så det hjelper for å håndtere det, og det hjelper også å tilpasse seg følelsene, og vite at det skjedde og du må vite hvordan, ah, leve med det spesielt. Ah, akseptere det, du kan ikke akseptere det som skjedde (...) men du prøver å komme deg videre så godt som mulig» (yngre)^[7].

Sitatet belyser videre en følelse av å måtte komme seg videre i livet for å få det bedre, og dette nevnes også av andre deltakere. Et annet sitat illustrerer også aktivitet som mestringsstrategi: «Med den smerten som jeg har i hjertet og i hodet, så trenger man å komme litt ut. Jeg tenker forskjellige idrettsaktiviteter og å treffe andre folk, eller folk som man kan gå på tur sammen med (...) hvis man får et tilbud om å kanskje gå på konsert og teater, og på kino for eksempel. Det er slike ting som kan hjelpe folk som oss å komme seg ut og kanskje forandre litt på de tankene som sitter i hjertet hele tiden» (eldre).

Videre forteller noen om religion som mestringsstrategi: «Terapi som vi har, er jo å be eller å tro på Gud, eller sånne ting har hjulpet meg. Fordi jeg tenkte: hvis jeg ber, da får jeg svar på det jeg trenger, og jeg snakker til den som hører på meg og som kan trøste meg når jeg trenger det. Det var det jeg brukte» (eldre).

Noen sier at det hjelper å tenke at det er en grunn til at man lever og at man må tenke fremover istedenfor å fokusere på fortiden: «Det er ikke bra å la fortiden få gå etter meg hele tiden. Man ville prøve å ha det gøy som de andre» (yngre).

Flere snakker om fokus på relasjoner som mestringsstrategi. En forteller: «Jeg var så heldig, for meg så er det ikke så vanskelig å kommunisere med andre, nye folk rundt meg. Så det hjelper meg veldig mye med å bli integrert og å lære språk. (...) jeg er så heldig at jeg har god kommunikasjon og bra kontakt med andre mennesker rundt meg» (eldre).

Flere forteller at det har hjulpet å finne noe å distrahere seg med på egenhånd. En snakker om distraksjoner i form av ansvar. Hen hadde ansvar for små barn den første tiden etter 1994 og hadde da ikke tid til å tenke på det som hadde skjedd fordi «Jeg hadde andre ansvar» (eldre). To

deltakere, denne inkludert, sier at opplevelsene har kommet tilbake til dem i senere tid når barna ble større og de ble mer etablert i Norge.

5.1.4.3. Språk. Flere deltakere snakket om at språklige utfordringer hindret samfunnsintegrering, knyttet til å kommunisere med andre, få informasjon, terapeutiske sammenhenger, studier, jobb og aktivitet i samfunnet. For mange var norskkurs en arena der de fikk venner og som bidro til både språklig og sosial integrering. En snakker om at språkutfordringer også kan gjøre det vanskelig å kommunisere følelser til andre: «*Når jeg fikk papirer, ja også når jeg fikk lov til å bo i Norge, så var det ikke lett å snakke om det jeg hadde opplevd i krig. Det er så tungt for meg å snakke om det når jeg ikke kan snakke på mitt eget språk. Da kan jeg ikke få det ut. Det som er tungt inni meg*» (eldre). Språk kan også skape utfordringer i kommunikasjon med helsepersonell. Dette er illustrert i følgende eksempel der deltakerens lege hadde oversett alvorlige symptomer og deltakeren ønsket å si ifra om dette: «*I tillegg er det en språklig barriere. Jeg klarte ikke å uttrykke meg ordentlig, fordi jeg hadde bare hatt tre år med språket, og det er ikke mye om du skal kunne ha en diskusjon hvor du kan klage (...) jeg klarte ikke kommunisere som jeg trengte*^[8]» (yngre).

5.1.5. Tema 5: Dele

Et gjennomgående tema som deltakerne snakker om er å dele opplevelser fra folkemordet med andre mennesker, med rwandere i Norge, mennesker som har flyktet fra andre land i krig og med mennesker som har bodd i Norge hele livet. Det virket som deltakerne beskrev ulike mål med å dele. Undertemaene som ble konstruert ble dermed: dele for å opplyse andre og hindre gjentakelse av et folkemord, og deling for å hjelpe en selv og andre. Dette trekkes frem i alle tre delene av intervjuet.

5.1.5.1. Opplyse og hindre gjentakelse. Flere av deltakerne forteller at de deler for å opplyse andre om hva som skjedde under folkemordet. En forteller at deling er «*en mulighet til å få personen foran meg til å forstå alvorligheten av hva jeg har overlevd*^[9]» (yngre). Flere synes å oppleve at mange i Norge ikke vet så mye om folkemordet, er feilinformerte, eller ikke forstår alvorligheten. Videre mener mange at uvitenheten om historien kan føre til at noe lignende skjer igjen, og at å snakke om folkemordet vil kunne bidra til å hindre gjentakelse. En deltaker forteller: «*Jeg ville snakke om folkemordet, fordi her i Norge så synes jeg at det er mange som ikke forstår hva som skjedde i Rwanda. Og for meg så betyr det veldig mye å fortelle det slik at*

det som skjedde ikke skal skje igjen» (yngre). Eksemplet illustrerer at det oppleves meningsfullt for deltakeren å dele, og dette synes å gå igjen i de andre intervjuene også.

For en deltaker handler deling og opplysning også om å forstå hvordan folkemordet kunne finne sted: *«Snakke om det for å opplyse, men også for å forstå. For å forstå hva som fører oss til noe sånt. Fordi opplysning er bra, men hvis du ikke har forstått hvorfor det skjedde, hvem som er bak alt det, så har det ingen nytte^[10]»* (yngre).

En deltaker sier at hen deler for å ikke videreføre hat til den neste generasjonen, fordi hat vil kunne føre til hevn: *«Hvis barnet mitt kommer og spør meg: “hvorfor har ikke du noen (familiemedlem) (...)?” Og så sier jeg: “(familiemedlemmer) ble drept av hutuene.” Hva er det da jeg holder på å gjøre? Å få hat til å vokse inne i barnet mitt. Så for meg så handler det ikke bare om å si at vi har overlevd folkemordet, men også å si at vi overlevde folkemordet, og vi vil ha fred. Samhold regjerer over all konflikt, over alle problemene våre^[11]»* (yngre).

Deling synes også å handle om å bekjempe folkemordbenektelse. En forteller: *«Før så jeg ikke en gang nytten av å skulle snakke om det. Jeg tenkte at det ikke hadde noe for seg, - de kommer ikke til å forstå. Mens når du ser økningen i negasjonisme og folk som er i benektelse, så tenker du, vent, men jeg må begynne å vitne, fordi hvis jeg ikke sier hva som har skjedd, hvis vi ikke er mange egentlig, så er stillheten også, stillheten er medskyldig på en måte. Du blir medskyldig i dette tullet^[12]»* (yngre).

5.1.5.2. Hjelp hverandre. Flere forteller at deling hjelper dem, fordi de finner trøst i å vite at andre har lignende erfaringer. Mange sier at deling er til hjelp når de snakker med andre rwandere som overlevde 1994. En forteller: *«Å høre på det andre har opplevd, det hjelper også. For å vite at det ikke bare er meg, det er mange her, også de har opplevd mye - dårlige ting, mye, mye dårlig som meg, eller enda mer»* (yngre). En annen beskriver deling som en frigjøringsprosess: *«vi må åpne oss for å frigjøre oss»* (yngre), og *«den bagasjen er veldig tung å bære hvis du ikke har noen å dele den med^[13]»* (yngre). En annen sier: *«Hvis man snakker og prater litt om det. Det hjelper. Det hjelper fordi det er som å vaske hjernen»* (yngre).

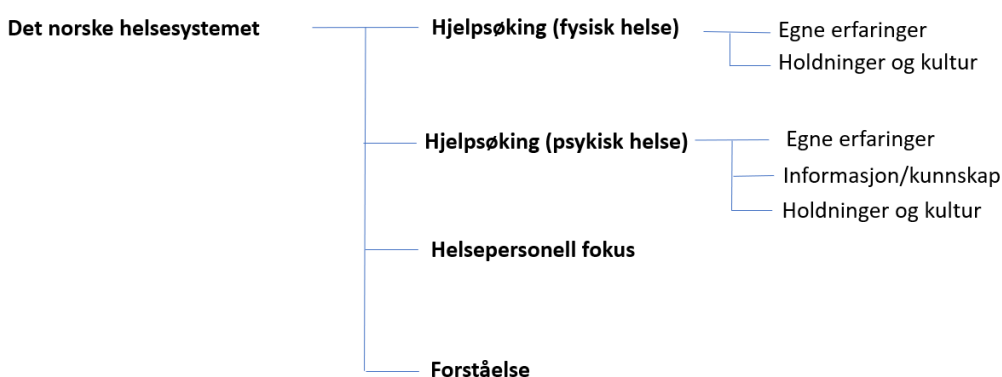
Flere deltakere snakker også om at det hjelper å dele opplevelser med mennesker som har flyktet fra andre land i krig. Dette illustreres i følgende sitat: *«Han kunne sitte og fortelle om hvordan han opplevde krigen, og så kunne jeg sitte og fortelle hva som skjedde under folkemordet og hvordan vi overlevde. Det hjelper på en måte å få snakket om det. Og samtidig*

får du høre det fra andre folk som har opplevd, ikke akkurat det samme, men nesten det samme» (yngre).

En deltaker forteller at det hjelper å snakke med andre når hen opplever at de tåler å høre. Dette illustreres i følgende sitat: *«Den som gidder å lytte, det er kanskje den som har opplevd nesten det samme. Jeg tror det har noe med det at du har vært med på nesten samme ting. At du vil høre hva han andre har opplevd, og så fortelle det du har opplevd (...) Noen som ikke har opplevd noe, - det er mange som ikke gidder å høre på sånne ting. De synes kanskje det er skummelt. Det er trist, ikke sant. Men for meg, for eksempel, hvis en fra Irak kommer og forteller om hvordan bomben kom der han var. Det er ikke det at jeg synes det er gøy, men jeg tåler å høre på det. Det er det som jeg ser at når noen tørr å høre og du tørr å fortelle, så hjelper man hverandre på en måte» (yngre).*

5.2. Det norske helsesystemet

Sentrale temaer i delen om det norske helsevesenet var hjelpsøking i forbindelse med fysisk og psykisk helse, helsepersonells fokus og forståelse.



Figur 3: Hierarkisk modell som viser en skjematisk oversikt over temaer og undertemaer fra del 3 av intervjuet, om det norske helsesystemet. Første kolonne er del, andre kolonne er hovedtemaer og tredje kolonne er undertemaer. Vertikal rekkefølge er tilfeldig.

5.2.1. Tema 6: Hjelpesøking blant rwandere i Norge (fysisk helse)

Alle deltakerne har erfaringer fra det norske helsevesenet i forbindelse med fysisk sykdom. Disse erfaringene inkluderer ulike typer kontakt, deriblant generelle helsesjekker, vaksinasjon, oppsøking av fastlege i forbindelse med kartlegging av symptombilde, oppfølging

ved langvarig sykdom, operasjon og kontakt i forbindelse med egne barns fysiske helse. Temaet deles videre inn i to ulike undertema: *Egne erfaringer og holdninger og kultur*.

5.2.1.1. Egne erfaringer. Informantene har vært i kontakt med ulike yrkesgrupper, deriblant helsepersonell som tannlege, fysioterapeut, jordmor, ergoterapeut, sykepleiere og alle med fastlege. Flere synes å tenke at det norske helsesystemet er *“blant de beste i verden”*, og at helsehjelp tilbys likt basert på likeverd. Det er mange som uttrykker at fastlegene i Norge er kunnskapsrike, og at de opplever at helsepersonell ønsker å hjelpe. En deltaker sier det slik: *“Jeg har en veldig flink fastlege”* (eldre) og en annen forteller at: *“Jeg tror norske fastleger er kloke og snille”* (eldre). En person beskriver fastlegens kjennskap til hens tidligere kontakt med helsevesenet som noe særs positivt. To deltakere sier at de har fått informasjon fra fastlegen om tilgjengelige støtteordninger som de ikke kjente til selv.

Noen beskriver ubehagelige erfaringer. En deltaker forteller om opplevelsen av manglende kontroll og mulighet til å ta egne avgjørelser i møte med helsepersonell: *“når vi prater med andre, innser vi at de også har opplevd sånne ting (...). Vi bestemmer ikke. De (helsepersonell) bare venter eller leser for eksempel dokumentasjonen som er der, også sier de nei, det er bare sånn”* (eldre).

Tre deltakere forteller at de har sittet med opplevelsen av å ikke bli tatt på alvor. Eksempelvis ved å ytre ønske om å sjekke opp i noe som ikke har blitt undersøkt. En opplevde å ikke få være med å bestemme, og at helsepersonellet som møtte personen fulgte legens avgjørelser *“blindt”*: *“De (helsepersonell) bestemmer ikke ut fra en situasjon som de ser at skjer. De vil bare se på dokumentasjonen, bare ser at nei, legen sa sånn, så det er bare sånn og sånn”* (yngre). En person forteller at hen oppsøkte lege fordi hen ikke kjente seg bra, men følte seg *“hjelpeløs”* fordi hen fikk beskjed om å *“slappe av”* uten videre forklaring eller informasjon. En annen forteller om opplevelsen av å bli møtt med forakt av fastlegen: *“Du kommer for eksempel for magesmerter, og du sier: Ja jeg har hodepine og blabla. Og så spør han deg: Når er sist du sjekket at du ikke har HIV? Og da tenker du hva har hodepiner eller magesmerter å gjøre med – eventuelt så kan jeg forstå hvis jeg kommer for å sjekke om jeg har en seksuelt overførbart sykdom, da kan jeg eventuelt forstå, men magesmerter!^[14]”* (yngre). En annen deltaker forteller at da hen ble testet for smittsomme sykdommer ved ankomst til Norge, opplevdes det sårende å ikke også bli spurt om hvordan det gikk psykisk.

5.2.1.2. Holdninger og kultur. Dette undertemaet har hovedsakelig tatt form ut fra svar på spørsmålet «Hvordan tror du rwandere i Norge synes det er å be om hjelp fra det norske helsevesenet for kroppslige eller fysiske plager, eller vansker?». Alle deltakerne gir uttrykk for at rwandere i Norge kontakter legen dersom de føler seg syke. En deltaker sier det slik: «*Hvis de kjenner at det kommer noe type informasjon fra kroppen, som sansene, at noe er galt, så oppsøker de automatisk en lege*^[15]» (yngre). En deltaker sier at det er lett å snakke med andre om erfaringer med helsevesenet knyttet til kontakt i forbindelse med fysisk sykdom.

Noen deltakere nevner faktorer som kan hindre hjelpsøking. Eksempler på dette kan være språklige barrierer eller at man venter til man er veldig syk før man tar kontakt. Dette kan illustreres ved: «(...) *det kan være litt vanskelig fordi det er sånne sykdommer som man kanskje ikke vet hva heter og det tar tid før du vet hvordan du skal si det*» (eldre).

5.2.2. Tema 7: Hjelpsøking blant rwandere i Norge (psykisk helse)

Omtrent halvparten av deltakerne har erfaringer med psykisk helsehjelp. Hjelpsøking blant rwandere i Norge for psykisk helse deles inn i følgende undertemaer: *egne erfaringer, informasjon og holdninger/kultur*.

5.2.2.1. Egne erfaringer. Noen deltakere forteller om flere erfaringer, mens andre nevner få eller ingen erfaringer med det norske helsevesenet i forbindelse med psykisk helse.

Inntrykket fra alle intervjuene er at det fra helsesystemets side raskere og oftere har blitt tematisert fysisk helse, sammenlignet med psykisk helse. Det virker også som om det er lettere fra deltakernes side å tematisere fysisk helse, enn psykisk helse, i møte med helsevesenet. To deltakere sier eksplisitt at de ikke har blitt spurt om psykisk helse, og en tredje sier at hen har blitt spurt om hvordan det går men at hen ikke har *“kommet så langt til å snakke om hva som har skjedd med meg”* (eldre). En sier at fastlegen foreslo psykisk helsehjelp, men at personen takket nei, selv om det var en vanskelig periode. En annen sier at hen ønsker å søke hjelp for psykiske vansker, men ikke har *«kommet så langt til å faktisk gjøre det enda»* (eldre).

Deltakerne som har oppsøkt psykisk helsehjelp eller takket ja til det etter anbefaling fra fastlege, sier at de fikk tilbud. Dette illustreres ved: *“Når jeg søkte hjelp så fikk jeg det.”* (eldre).

Noen av deltakerne opplevde at tilbudet ikke var hjelpsomt eller at det tok lang tid før de fikk hjelp som hjalp. En beskriver at *“For det var masse ting i hodet så plutselig snakket jeg om hva jeg hadde opplevd, og så var det bare krig. Og hvis man snakker om det hele tiden, så blir det bare om det hele tiden”* (eldre). En forteller at det var lite hjelpsomt at psykologen sa at hen

selv skulle bestemme hva de skulle prate om. Dette fordi hen ikke visste hvordan hen skulle hjelpe seg selv.

En sier at hen opplevde å få god hjelp da en terapeut lærte hen strategier og teknikker som kunne brukes når hen følte seg overveldet: *“Det er den psykologen som jeg har i dag, hun hjelper. Og hun er norsk. Hun sier sånn, (navn), når det kommer sånn så må du telle til tre, eller telle til ti. Sitt i ro, og så hente deg tilbake. Det var den hjelpen jeg trengte”* (eldre).

5.2.2.2. Informasjon/kunnskap. Over halvparten av deltakerne nevnte informasjon som en viktig faktor som påvirker hjelpsøking, og at de synes informeringen har forbedringspotensial: *«Mange trenger den selvfølgelig (psykisk helsehjelp), vi trenger den. Men som jeg sa, så mangler vi sånn informasjon»* (yngre). Behov for informasjon kom blant annet frem i svar på spørsmål om *«Hva tror du kunne vært annerledes for å gjøre det lettere å be om hjelp fra det norske helsevesenet?»*. Det kom også frem informasjon om tilbud om psykisk helsehjelp som forklaringer på årsak til at de søkte hjelp.

Informasjon oppleves som viktig av ulike grunner. Informasjon om tilbudet oppleves for noen som nødvendig for at tilbudet reelt skal være tilgjengelig. Det bør ikke være nødvendig å søke informasjon om tilbudet, for det vil i praksis si at tilbudet er fraværende, sier en av deltakerne. Det blir også sagt at: *«Når det er en ny løsning, selv for deg, du aksepterer den ikke med en gang. Først så blir du litt defensiv, fordi du ikke helt vet hva det er. Så du frykter det. Og også, som jeg sa, så er det ikke mye informasjon der ute så de (eldre innvandrere) kan lære om hva det (psykisk helsehjelp/terapi) er^[16]»* (yngre). Det sies av en annen deltaker at det behøves informasjon fordi *«folk tror at det (psykisk helsehjelp) er unyttig»* (yngre).

Deltakerne sier også litt om hva de mener at det burde gis informasjon om, deriblant vedrørende *«(...) hva terapi er, hva det bringer med seg. Hva det kan endre i noens liv»* (yngre), *«(...) hvis man lever med en tung sorg, at man kan få hjelp fra en psykolog»* (eldre), informasjon om taushetsplikt og viktigheten av psykisk helse. Sistnevnte punkt illustreres med: *«hvis man klarer å opplyse dem fra starten av, og at man sier at det mentale er viktigere enn det fysiske^[17]»* (yngre).

Flere, både eldre og yngre, sier at det er viktig med tilgjengelige og pålitelige informasjonskilder. Informasjonskilder som foreslås som hensiktsmessige er kurs om psykisk helse på asylmottak, informasjon fra fastlege og helsepersonell (også dersom vansker ikke synes *«på overflaten»*), informasjon via fellesskap som flyktningene/migrantene er en del av, og bruk

av «*mellommenn*» som de stoler på og identifiserer seg med. Sistnevnte for at informasjonen lettere skal oppleves relevant. En av de yngre deltakerne forteller hvordan studiestedet informerte om hjelpemuligheter: «*Den første tingen de sa til deg når du var der (universitetet) den første uken, da sa de til oss at det er tre ting som er åpne. Det er sykehuset, det er kirken og det er psykologtjenesten*^[18]» (yngre).

5.2.2.3. Holdninger og kultur. Ut fra deltakernes uttalelser kan holdninger og kultur påvirke syn på psykisk helse, terapi og det å prate åpent med andre. De beskriver også måter å håndtere vansker på som gjøres som følge av kulturbetingede holdninger. Temaet trådte i stor grad frem ut fra spørsmål om hvordan deltakerne trodde rwandere i Norge synes det er å be om hjelp for psykiske plager, og spørsmålet «har du på noe tidspunkt hatt noen plager som du ikke søkte hjelp for, men som du i senere tid har tenkt at du kanskje burde søkt hjelp for?»

Flere forteller at de opplever at det ikke snakkes så åpent om psykiske plager. En viser til et rwandisk ordtak som sier at: «*En manns tårer renner ikke utenfor, men renner på innsiden*^[19]». Videre forklarer denne personen dette ved: «*Det vil si at hvis du viser svakhetene dine, så blir du sett på som svak. Og jeg tror ikke det bare er afrikansk, det er virkelig noe som ofte er observert i konfliktsoner egentlig, hvor folk er sånn 'nei, jeg vil bli sett på som en kriger, jeg vil ikke bli sett på som noen som er, nei'*^[20]» (yngre). En beskriver rwandisk kultur som en «*stillhetskultur*» i møte med ting som ikke oppleves greit: «*man må ødelegge denne stillhetskulturen. For at vi skal kunne åpne oss mer. Og for å frigjøre oss. Fordi hvis du ikke egentlig klarer å åpne deg, hvordan kan du frigjøre deg?*^[21]» (yngre). En annen person sier at «*det er bare dårlige minner, (...) så man tenker at det er bedre å glemme*» (yngre). En annen, fra den eldre gruppen, sier at hen tenker at det som er vondt vil gå over og bli bedre, og at alternativet blir å akseptere at smerten vedvarer. Ytterst få av deltakerne har hørt om andre rwandere som har fått hjelp av psykolog eller psykiater. Samtidig har over halvparten av deltakerne selv vært i kontakt med helsevesenet for psykiske plager. Dette kan indikere at flertallet ikke snakker åpent om psykiske vansker.

Datamaterialet viser også til nyanserte holdninger til nytteverdien ved å dele. Det å snakke sammen i fellesskapet oppleves som noe kjent: «*I Rwanda var det ikke vanlig at vi brukte psykolog. Vi pleide bare å snakke med hverandre.*» (eldre). Det er også flere som snakker med andre som har opplevd det samme, og spesielt da i april rundt minnesperioden. Det uttrykkes på

denne måten både en holdning om at styrke er å ikke vise at du har det tøft. Samtidig virker det til å være en aksept og oppfordring, dem imellom, til å dele opplevelser.

Tre av deltakerne sier at det ikke hjelper å dele med mennesker som har opplevd det samme: *“Vi kan gråte sammen, vi kan fortelle det som har skjedd til hverandre. Men jeg synes ikke det hjelper (...) det er jo det samme som å ha en sirkel. Vi går rundt og rundt, og så kommer vi tilbake til der hvor vi startet.”* (eldre) og *“(...) det er bedre å ikke snakke om det, ellers sitter du bare der og gråter, gråter”* (yngre).

Holdninger til terapi og psykisk helse ser ut til å variere avhengig av alder, kulturell tilknytning og hvorvidt psykisk helse og terapi oppleves ukjent. En deltaker sier at: *“Folk tror du er gal når du skal til psykolog. Da sier de at du er gal”* (eldre). En annen deltaker sier at *“Sånn for oss da, som ikke er vant til å ha psykologer. Fordi det er jo sånn moderne ting, hvis jeg kan si det”* (eldre). En yngre deltakerne beskriver en oppfattet skepsis til nyintroduserte løsninger, og at terapi ikke nødvendigvis er en kjent løsning som de tror at kommer til å hjelpe. To deltakere sier at holdningene til psykisk helsehjelp i Rwanda trolig har endret seg etter folkemordet. En sier det slik: *“I vårt samfunn, blant rwandiske folk, så er psykisk helse noe de prøver å lære folk nå, fordi det er ikke noe de var vant til. Det kom etter folkemordet, og de hadde det sikkert før, men det var ikke synlig. (...) og da (etter 94) ble det mer synlig, og hvis du hadde problemer, så kunne du kontakte en som kunne hjelpe deg”*.

Videre er det en deltaker som belyser at mange av de yngre har vokst opp med størstedelen av livet sitt i Norge, eller andre land der psykisk helse i større grad er tematisert. Derfor tenker hen at de i større grad anbefaler, og snakker frem, det å søke hjelp for psykiske plager eller vansker. En person beskriver det å snakke med psykolog slik: *“Det hjelper. Veldig. Jeg sier det fordi det hjelper meg også”* (yngre).

En tror at man vil motta hjelp dersom man ber om dette, men vet imidlertid ikke om tilbudet hadde hjulpet. Videre sier deltakeren at denne skepsisen til om hjelpen som tilbys er hjelpsom kan påvirke hjelpsøkeratferd: *“Grunnen til det kan være at vi tror at nordmenn ikke har kjennskap til det som har skjedd i Rwanda, og at de ikke har kjennskap til hvordan de skal hjelpe folk som har opplevd de tingene”* (yngre). En beskriver det å få psykologisk helsehjelp slik: *“(...) som om du har vært i en ulykke, og får en gjenopplæring. Du lærer å gå på nytt^[22] (...)”* (yngre).

Videre uttrykker to deltakere at man ikke oppsøker psykisk helsevern dersom man ikke tenker at psykisk helse er viktig. En sier det slik: *“Og fra og med man egentlig ikke klarer å forstå at det er veldig viktig å være mentalt stabil og i god mental helse, så er det (om man skal søke hjelp hos psykolog eller ikke) en lang debatt^[23]”* (yngre).

Noen beskriver at andres holdninger til psykisk helse og hjelp kan påvirke hvordan man selv forholder seg til det. En sier at dersom andre ikke synes det er viktig kan det hindre hjelpsøking. En annen beskriver det slik: *“Ungene som er fra andre land, de ser det at det er ikke bare de som går der (helsesykepleier-ordning), nordmenn gjør det samme. Og da blir det lettere for dem (...)”* (eldre).

5.2.3. Tema 8: Helsepersonell fokus

Helsepersonell fokus omfatter informantenes svar knyttet til hva helsepersonell bør tenke på i møte med dem som var i Rwanda i 1994, hva som kunne vært annerledes for å gjøre det lettere å be om hjelp, og hva mennesker som har flyktet til Norge trenger fra det norske helsevesenet.

Flere av deltakerne sier at det er viktig å kjenne til historien om hva som har skjedd i området de har flyktet fra for å kunne vite hva de trenger. Helsepersonell og andre som møter flyktninger bør huske på alvorligheten i erfaringene de bærer med seg. Dette beskrives som en forutsetning for å kunne møte dem med omsorg og tålmodighet. Deltakerne sier: *«Vi er skikkelig sensitive, ikke sant, fordi vi har levd med sorg hele tiden og skal fortsette å gjøre det.»* (eldre) og *«Når noen vet generelt hva som har skjedd og kommer til deg og snakker med deg, er det lettere enn han som ikke har vært der eller ikke har peiling på hvor Rwanda ligger en gang»* (yngre).

To deltakere beskriver viktigheten av at yrkesgrupper vet om et folkemords intensjonelle karakter og hvordan erfaringene dermed kan sitte sterkt i flere år senere. De setter et folkemord der et samfunn dreper hverandre, i kontrast til en krig mellom to samfunn som kriger mot hverandre, der tilfeldige offer drepes: *«Folkemord ligger i hodet, og kan kanskje være enda vanskeligere etter 20 år, eller 30 år, ikke sant»* (yngre).

Over halvparten av informantene sier at de savner mer støtte og fasilitering til psykisk helsehjelp, også for dem som migrerer uten flyktningstatus. Flere ønsker at yrkesgruppene spør om erfaringene de bærer med seg. En sier: *«Noen skulle ha spurt meg (...), noen kunne ha spurt meg: Har du noe, du kommer fra et krigsland, du har vært mye, trenger du noen å snakke med?»* (eldre), *«Jeg tror for eksempel fastlegen min skulle spurt meg litt om folkemordet for eksempel.»*

Hen er selvfølgelig ikke psykolog men hen skulle henvist meg til en» (yngre). I tillegg sier fire deltakere at dersom helsepersonell spør, da spesifikt nevnt fastlege, vil det kunne senke terskelen for å søke psykisk helsehjelp. De kommer med forslag til måter å spørre på: «Har du opplevd det? Hvordan har det vært for deg? (...) Hvordan er Rwanda nå? Er det trist nå?».

En sier at man ikke søker psykisk helsehjelp dersom man ikke har tro på at det vil kunne bidra til bedring. Deltakeren sier videre at det kan hjelpe at noen man stoler på foreslår det: «Ja, ikke noe vilje om det (å søke hjelp). Men hvis for eksempel fastlegen spør, og vi tror på fastlegen, hvis de stiller noen spørsmål om det og så snakker vi litt om det som skjedde, tror du at du kan snakke litt med en spesialist, eller du kan snakke litt med meg, det kan komme, man kan begynne litt» (yngre).

Noen sier også at det kan ta tid å åpne seg om det som er vanskelig, knyttet til tillitsbygging, redsel for å bli såret ved at noen ikke forstår, varierende grad av motivasjon til å gå inn i ting, eller at man “ikke finner ordene”, blant annet når man ikke kan snakke morsmålet sitt. Et sitat som kan illustrere deler av dette er: “Det må være en person som du stoler på. Det er vanskelig å finne noen som du kan stole på med en gang. Og så tenker du at de folkene opplevde ikke det samme. Du tror at de ikke forstår deg helt. Og så blir du kanskje ignorert på det tyngste du har. Da blir du såret etter to ganger. (...) Man er forsiktig med å si det med en gang” (eldre).

5.2.4. Tema 9: Forståelse

Alle deltakerne sier noe om forståelse, da i form av forståelse fra helsepersonell, ulike yrkesgrupper og mennesker generelt, for helsepersonells handlinger, og forståelse for seg selv. Forståelse er ikke kun tematisert i intervjudelen om det norske helsevesenet, men blir diskutert her ettersom det i størst grad blir nevnt i forbindelse med møter med helsepersonell.

Viktigheten av forståelse blir trukket frem. Det blir beskrevet som viktig for omsorg: «Vi trenger ekstra omsorg fra gode mennesker som kan forstå oss. Det er kjempe, veldig viktig» (eldre). Flere beskriver også at det kan bli lettere å åpne seg om vonde erfaringer dersom de opplever at de kan bli forstått: “hvordan kan jeg våge å si det til en som ikke forstår?” (eldre), og «det å ha noen som kan forstå litt. Da blir du trygg og kan åpne deg» (eldre).

To personer forteller også hvordan det oppleves tungt å ikke bli forstått. En person beskriver det slik: «Hva er vitsen med å fortelle det til noen hvis de ikke forstår? Da blir du såret mer enn en gang, to ganger» (eldre).

Fire deltakere sier litt om hva de mener at må til for at helsepersonell eller andre skal kunne forstå dem bedre. Kjennskap til hva som har skjedd i hjemlandet, forståelse av alvorlighetsgraden av historien, og det å ha besøkt Rwanda, kommer frem som viktige elementer. To informanter mener at man også kan lese om det som har skjedd og se filmer for å kunne forstå, mens en annen sier at det ikke er nok å ha lest og hørt om det, men at man må dra dit, «*se gravene*», og høre det folk forteller for å forstå alvoret. En beskriver at for å kunne dele det personlige må man først fortelle det generelle, altså gi dem som man forteller det til kjennskap til historien: «*(...) etter at de ser det (det generelle som skjedde i Rwanda), så kan jeg fortelle det som jeg har opplevd personlig*» (yngre).

To deltakere sier at de tror at det å ikke ha blitt spurt om folkemordet av fastlegen betyr at vedkommende ikke forstår alvoret i det som skjedde. En mener at det går fint om folk flest ikke forstår det, men at «*for eksempel spesielt din fastlege bør kanskje ta det*» (yngre). En annen person (yngre) forteller at spørsmålene som andre stiller, som kan hjelpe dem til å forstå seg selv eller som kan gjøre at andre bedre forstår, kan være vanskelige å bli stilt fordi det gjør at man må tenke tilbake på opplevelsene.

Noen forteller om sammenhengen mellom forståelse og mottakelse av god hjelp. «*Når psykologen sa: Jeg forstår ikke helt fordi jeg ikke har vært i det (...). Det var sånn at du med en gang følte at du ikke kunne få hjelp der, fordi hen ikke forsto*» (eldre). Tre deltakere uttrykker at det de ønsker seg eller det de tidligere har opplevd som hjelpsomt er støtte til å bedre forstå seg selv: «*Jeg håper å treffe noen som kan hjelpe meg å forstå ting*» (eldre), og «*det er viktig at vi har de som hjelper oss med å forstå hvordan vi kan leve med det og samarbeide med det (smerten)*» (eldre).

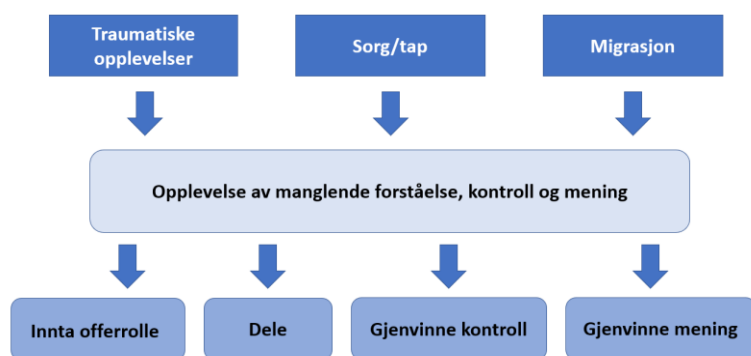
5.3. Oppsummering av resultatene

Deltakerne beskriver hva som har vært viktig og vanskelig for dem, både umiddelbart etter ankomst til Norge og i dag. Noen av dem som var under 16 år i 1994 forteller at de “eldre” kan oppleve det som vanskeligere å skulle akseptere løsninger som for dem er nye, som for eksempel det å kontakte helsevesenet for å snakke om egen psykisk helse. Enkelte som var under 16 år i 1994 forteller også at de innså, da de selv ble voksne og fikk egne barn, hvor vanskelig det må ha vært for foreldrene deres å ha vært så redde samtidig som de også hadde ansvar for egne barn. På bakgrunn av dette hadde en “yngre” deltaker en rørende samtale med sin forelder om nettopp dette da hen fikk egne barn. Hen opplevde å bedre forstå hvor smertefullt det må ha

vært for forelderen å ha ansvar for andres liv når hen selv var så redd. Det foreligger ikke nok grunnlag til å konkludere om hvordan alder kan ha påvirket deltakernes opplevelser, men disse er likevel viktige og verdifulle synspunkt. Et annet poeng er at det forelå en skjev kjønnsfordeling relatert til alder. “Eldre” kategorien ble representert av en majoritet av kvinner, mens de “yngre” hovedsakelig var menn. Kjønn kan altså også ha påvirket deltakernes opplevelser.

Resultatene tyder på at det var en liten endring i hva som var vanskelig for deltakerne den første tiden i Norge, der blant annet språk og mangel på nettverk skilte seg ut i starten, sammenlignet med i dag. Det virker som at deltakerne opplever mindre stress og en større grad av kontroll, mening og tilhørighet i hverdagen, i dag, sammenlignet med de første årene i Norge. Samtidig forteller flere av deltakerne at de fremdeles kan oppleve utfordringer relatert til tidligere erfaringer, sorg og tap, og det å ha flyttet til et nytt land.

Noen utvalgte hovedfunn er summert opp i *figur 4*. Figuren skisserer tenkte sammenhenger mellom erfaringer i deltakernes liv (traumatiske opplevelser, sorg/tap og migrasjon), indre opplevelser i samspill med omgivelsene (opplevelse av manglende forståelse, kontroll og mening) og videre ulike måter å reagere på disse (innta offerrolle, dele, gjenvinne kontroll, gjenvinne mening). Reaksjonene kan anses som ulike måter å mestre de indre opplevelsene i livet i Norge, og disse kan ses som en konsekvens av de situasjonelle erfaringene. En mestringsstrategi kan også være å oppsøke hjelp fra helsevesenet. Faktorene som nevnes i *figur 4* vil også kunne tenkes å påvirke hjelpsøkeratferd og møter med helsepersonell. Sammenhengene mellom disse ulike delene av datamaterialet vil videre diskuteres.



Figur 4: Modellen er laget på bakgrunn av studiens resultater: Faktorer som det å oppleve mangel på forståelse, kontroll og mening kan resultere i ulike mestringsstrategier. Her vist med eksempler i det å innta offerrolle, dele, gjenvinne kontroll og/eller gjenvinne mening. Disse antas å gjensidig kunne påvirke hverandre utover hva illustrasjonen formidler.

6. Diskusjon

For å forebygge psykiske helseplager blant flyktninger, er det viktig at vi beveger oss utover et ensidig fokus på traumer og psykopatologi, og fremhever ressursene deres i møte med livets utfordringer (Opaas, 2020, s. 92). Deltakerne i denne studien viser en evne til å tilpasse seg gjennom å ha etablert et nytt liv og sosialt nettverk, i møte med sterk motgang knyttet til opplevelser i hjemlandet og migrasjon. Noen uttrykker at det var viktig å ikke bare overleve de traumatiske erfaringene, men å kjempe for et godt liv i ettertid: “*når vi hadde overlevd (...) vi måtte ha et godt liv. Vi måtte kjempe for livet*” (sitat).

På tross av utfordringer og ekstreme erfaringer ga deltakerne inntrykk av god helse, mestring og resiliens. For å kunne besvare oppgavens hovedproblemstilling; “Hva kan bidra til, og hva kan hindre, helserelatert mestring for mennesker som har erfaringer knyttet til traumatiske hendelser og migrasjon?”, vil det innledningsvis ses nærmere på hva deltakerne forteller at har vært vanskelig i Norge. Tre faktorer beskrives av samtlige av deltakerne som spesielt belastende for dem: traumatiske erfaringer, sorg og tap, og migrasjon. Diskusjonen vil først ta for seg hvordan disse tre faktorene hver for seg kan medføre fysisk og psykisk stress. Det fremkommer også at deltakerne sitter med opplevelser av å ikke bli forstått, av manglende kontroll og mening i hverdagen. Grunnet dette vil diskusjonen videre se på hvordan traumatiske opplevelser, sorg/tap og migrasjon enkeltvis kan ha bidratt til opplevelser av å ikke bli forstått, samt opplevelser av manglende kontroll og mening. Vi vil slik belyse den første underproblemstillingen: “Hva har vært viktig og vanskelig for dem i livet i Norge?”. Deretter vil det diskuteres hva deltakerne har gjort i møte med disse opplevelsene. Gjennom dette ønsker vi å besvare den andre og tredje underproblemstillingen; “hva har bidratt til mestring av livet i Norge?”, og videre “på hvilken måte har, eller kunne, helsevesenet gitt støtte til helserelatert mestring?”. Diskusjonen vil ta for seg deltakernes egne mestringsstrategier, mestring i møte med andre og med hjelp av helsevesenet.

6.1. Metodiske betraktninger – hvilke rammer må resultatene ses i lys av?

Resultatene må ses i lys av noen metodiske betraktninger for å få en bedre forståelse for det innsamlede datamaterialet. Semistrukturerte intervjuer tillater en mer naturlig gjennomgang av tematikkene, og deltakeren kan påvirke hvordan spørsmålene blir besvart og rekkefølgen på disse. Dette kan imidlertid skape større forskjeller i svarene, ved at deltakerne kan ha utelatt eller valgt å fokusere på ulike hovedtema. For å få et mer nyansert perspektiv, ble det under åpne

spørsmål notert oppfølgingsspørsmål som ved behov kunne brukes for å tydeliggjøre hva som ble etterspurt. Et eksempel på dette kan være: “er det noe annet du vil trekke frem som har vært viktig?”. Dette vurderes ikke å svekke svarenes pålitelighet, men kan ha påvirket resultatene samlet sett. For eksempel vil det som ikke nevnes ikke nødvendigvis være ubetydelig, og det som snakkes mer om, behøver ikke være viktigere enn det som snakkes mindre om. Videre er studien basert på egenrapportering, og ikke systematiske målinger.

Både karakteristikker ved informantene og forskerne kan ha påvirket resultatene. Deltakeres svar kan påvirkes av faktorer knyttet til sosial ønskelighet, selvinnsikt eller hukommelse. Spørsmålene ble utformet med tanke på å ikke skulle peke mot noen riktige eller gale svar, og dette ble deltakerne informert om. Informantene trakk frem både positive og negative aspekter ved ulike opplevelser, noe som kan styrke svarene.

Ved en bottom-up-tilnærming i analyseprosessen vil det være urealistisk å tenke at identifisering og utforming av temaer ikke påvirkes av forskernes forforståelse. For å minimere en slik påvirkning satte forskerne seg i liten grad inn i tidligere funn fra forskning knyttet til lignende tematikk for utvalgsgruppen. I tillegg ble det i analyseprosessen kodet dobbelt, som nevnt i metodedelene. Dette for å minimere bias og øke kodenenes interaterabilitet.

Siden dette er en kvalitativ studie med hensikt om å få en dybdeforståelse for deltakernes erfaringer og synspunkter, vil resultatene ikke kunne gi et grunnlag for generalisering av funnene. Vi kan danne et bilde av våre informanternes opplevelser og erfaringer. Vi vil dog påpeke at vi basert på dette ikke kan uttrykke oss på vegne av alle menneskene som henholdsvis befant seg i Rwanda i 1994 og bor i Norge i dag, og da verken rwandere i Norge eller andre som har migrert til Norge som følge av krise i deres hjemland. Vår gjennomgang av litteraturen på forskningsfeltet gir inntrykk av at deltakernes erfaringer stemmer overens med erfaringer som beskrives i andre lignende studier, både kvalitative og kvantitative. Det kan derfor argumenteres for naturlig generalisering (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 266), ved at studiens tematikker også gjengis i forskningslitteraturen, og på denne måten får støtte. Det vil være naturlig å anta at fremtidig forskning vil kunne vise til en overføringsverdi av disse funnene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 266). Samtidig har det norske mottakssystemet og helsevesenet utviklet seg de siste tiårene. Personer som ankommer Norge i dag kan derfor forholde seg til andre situasjonelle faktorer enn informantene i vår studie gjorde da de selv kom til Norge, noe som kan påvirke resultatenes overføringsverdi.

Det er viktig å presisere at deltakerne i denne studien har vært i Norge en god stund. Svarene belyser henholdsvis beskrivelser fra de første årene og de påfølgende årene. Det er vår vurdering at egen psykisk og fysisk helse anses som mindre viktig ved ankomst til Norge. Informantene beskriver at hovedfokuset var stabilisering av livssituasjon. Dette innebar blant annet å få barna i barnehage eller skole, å komme seg inn i arbeidslivet, lære andrespråket, samt å kombinere foreldrerollen med hverdagslige gjøremål. Mestring rettet mot helse blir derfor mer tematisert i spørsmålene om “i senere tid/nå” og om helsevesenet (se vedlegg 1). Ved spørsmål om den første tiden i Norge, blir helse kun nevnt i tilfeller med høy grad av svekket hverdagsfunksjon. Dette kan indikere at tiden etter ankomst kan vise til ulike faser der faktorene er variable avhengig av den aktuelle fase. Hvor viktig helse blir, utover hva som betraktelig svekker hverdagsfunksjonen, kan videre knyttes tilbake til Maslows behovspyramide (Maslow, 1943). I lys av dette perspektivet, kan man si at de mer perifere behovene gjør seg mer gjeldende når de primære behovene er dekket. Funnene kan også ha sammenheng med at psykisk helse med tiden har blitt mer aktualisert i samfunnet og verden generelt.

Det er også viktig å understreke at det kan være kjennetegn ved mennesker som velger å delta i en studie som dette, noe som kan påvirke typer av personer som inkluderes i utvalget. Personlighetstrekk som utadvendthet eller holdninger om at helse er viktig, kan for eksempel ha senket terskelen for å delta og påvirket svarene. Slike personlighetstrekk og holdninger kan også ha påvirket hvordan personen, i livet sitt, har forholdt seg til det som tematiseres i denne studien. Med mål om å få en bredde i utvalget, ble det i rekrutteringen lagt fokus på å nå ut til menn, kvinner, eldre og yngre. Utvalgsgruppens beskrivelser av seg selv indikerer variasjon i personlighetstyper, familiesituasjon, alder og kjønn. Det kan likevel antas at personene som lot seg intervjuet kan ha fellestrekk som skiller dem fra dem som ikke deltok.

Ved små kvalitative utvalg vil spørsmålet alltid kunne være om et annet utvalg ville ha ført til andre resultater og problemstillinger. Sammenhengene som trekkes frem, forventes å være av en mer kompleks, og mindre absolutt art, enn det som kommer frem i diskusjonen.

6.2. Vanskelig og viktig i den nye tilværelsen

Datamaterialet belyser underproblemstillingen “Hva har vært viktig og vanskelig for dem i livet i Norge?”, og besvarer del 1 og 2 av intervjuguiden. Deltakerne forteller at det nye livet i Norge innebar utfordringer knyttet til det å ha vært utsatt for *traumatiske erfaringer* i hjemlandet og på flukt (og, for noen, også i Norge), *sorg/tap* og *migrasjon*. Disse faktorene vil hver for seg

kunne være stressende hendelser i en persons liv (Ottesen Berg & Holt, 2020). Kombinert vil de betydelig kunne øke sannsynligheten for opplevde vansker (Fazel et al., 2011). For å understreke den sammenlagte belastningen som kan være til stede hos dem som har opplevd alle tre, vil vi først diskutere hvordan faktorene kan påvirke psykisk og fysisk stress hver for seg. I datamaterialet, kan dette stresset mer konkret handle om for eksempel traumepåvirkere, kompliserte følelser og det å føle seg annerledes. Deltakerne bruker blant annet ord som *psykisk smerte*, *smerte i hodet* og *vondt i hjertet*.

6.2.1. Traumatiske erfaringer

Samtlige av informantene i studien forteller om traumatiske opplevelser. I tilstand av krig og nød ser man at mennesker mobiliserer for å overleve, komme seg i trygghet eller kjempe. Psykisk smerte og vansker relatert til det som oppleves kan først gjøre seg gjeldende når de situasjonelle faktorene gir rom for å senke skuldrene (Opaas, 2016, s. 95). En av deltakerne forteller for eksempel at det å være i fare fremkalte en overlevelsesmodus. Det viktigste for hen ble at familien skulle være trygg. Da hen kom til Norge og situasjonen roet seg, resulterte dette i en forsterket psykisk smerte. Andre deltakere forteller at psykologiske reaksjoner kunne komme mange år senere. Sorgen og minnene fikk mer plass da deres barn ble eldre og livet ble roligere.

Flere av deltakerne snakker også om opplevelsen av manglende kontroll over minner og om erfaringer som de *“ikke kan glemme (...) til og med i dag”*. Selv om studien ikke danner grunnlag for å kunne generalisere om rwanderes psykiske helse i dag, er det en betydelig andel av deltakerne som fremdeles opplever symptomer på psykisk stress, symptomer de opplever har en negativ innvirkning på deres hverdag - 27 år etter folkemordet mot tutsifolket. Blant annet mareritt, søvnproblemer og nedstemthet er eksempler på dette. Det kan være interessant å se våre resultater i lys av den longitudinelle studien av Vaage og kolleger (2018). Forskerne kartla den psykiske helsen til rundt 100 flyktninger fra Vietnam, 3 og 23 år etter ankomst til Norge. Studien var den første som undersøkte flyktningers mentale helse over lang tid. Forskerne fant en signifikant reduksjon av psykisk stress 23 år etter ankomst til Norge. Det var imidlertid fortsatt like mange 23 år senere som tilfredsstilte kriteriene for en psykisk lidelse, og gruppen opplevde mer psykisk smerte enn den øvrige befolkningen. Psykisk helse kunne predikeres av utviklingen av deltakernes symptomer de første årene i Norge og graden av deres posttraumatiske stress ved ankomst (Vaage et al., 2018). Er det slik at rwandere i Norge i dag også opplever signifikant mer psykisk stress enn den øvrige befolkningen, med en utvikling som påvirkes av hvordan de

håndterer vansker de første årene i Norge? Dersom dette er tilfelle, kan det indikere et behov for å adressere psykiske plager i den tidlige fasen i det aktuelle vertslandet for å fremme langsiktig tilpasning og psykisk velvære. Dette vil vi komme tilbake til når vi diskuterer mestring i møte med helsevesenet.

6.2.2. Sorg og tap

Sorg og tap omhandler sorg over å ha mistet familie og venner under folkemordet, i tillegg til å miste viktige sosiale nettverk ved ankomst til Norge. Noen har opplevd å ha mistet oppfattelsen av verden som et trygt og forutsigbart sted. Deltakerne har også opplevd å miste det livet de hadde jobbet for å skape, landet og samfunnet de var en del av, å aldri få tilbake landet sitt slik det var, tap av identiteten de hadde i hjemlandet, samt den fremtiden de hadde sett for seg. Ved ankomst til et nytt land og i påvente av oppholdstillatelse mister de også enkelte rettigheter. Sorg er en naturlig respons på tap av noe eller noen som har vært av personlig betydning (Stroebe et al., 2011). En sorgprosess, som ofte ledsager personlige tap, kan kjennetegnes av intens emosjonell smerte. Denne prosessen kan variere i lengde, fra måneder til flere år, og medfører en økt sårbarhet for å utvikle både fysiske og psykiske helseproblemer (Stroebe et al., 2011). Tap er ikke noe som nødvendigvis skal fikses, men noe man kan lære seg å leve med: *“Den sorgen, selvfølgelig skal vi leve med den, for det er ikke lett å glemme det”* (sitat, eldre).

Videre forteller deltakerne om utfordrende postmigrasjonsfaktorer, spesielt de første årene i Norge, som kunne bidra til å opprettholde sorg, som for eksempel manglende sosial støtte og rettigheter, og lite fremtidshåp. Påkjenninger både før og etter migrasjon kan knyttes til psykisk helse, og noen studier tyder på at postmigrasjonsfaktorer påvirker denne i større grad enn premigrasjonsfaktorer (Opaas, 2020, s. 95). Flyktninger i Hellas rapporterte at postflukt faktorer hadde en sterk innvirkning på deres fysiske og psykiske helse (Stathopoulou et al., 2019). Videre sa ungdom i flyktningleir i Libanon at en av de faktorene de opplevde at påvirket psyken deres mest, var manglende fremtidshåp (Ghebriel & Telnes, 2020). Samtidig ser vi av resultatene i denne studien at ved å ankomme et trygt land som de fikk mulighet til å bosette seg i, rapporterte informantene at sorgen over det tapte livet i Rwanda ble lettere å håndtere når de fikk etablert et nettverk og fremtidshåp i Norge med blant annet familie, venner og arbeid. På bakgrunn av dette ser man at i møte med sorg og tap så blir enkelte av de grunnleggende menneskelige behovene berørt. Dette støtter opp om tidligere forskning og teori som peker på at blant annet

menneskelige relasjoner og å bidra gjennom arbeid er sentralt for å tilfredsstille grunnleggende behov og fremme personlig fungering, velvære og vekst (Deci & Ryan, 1985; Maslow, 1943), og kan være en medvirkende faktor til heling av en sorgprosess.

6.2.3. Migrasjon

Flere av deltakerne forteller at de fant trygghet i Norge. Det nye livet involverte muligheter for deres barn med tanke på utdanning, og de forteller at de ble en del av et system som ønsket å ta vare på ens egen, og de man var glad i, sin fysiske og psykiske helse. Samtidig forteller de at de hadde mistet deler av livet de hadde bygget seg opp i hjemlandet, og at de på mange måter måtte begynne på nytt. I tråd med beretningene til deltakerne i denne studien, kan det å flytte til Norge, på den ene siden medføre trygghet for seg selv og kjære, samt muligheter knyttet til utdanning, jobb og fremtidshåp. På den andre siden kan migrasjon bli en risikofaktor for utvikling av psykiske utfordringer. Forekomsten av psykiske plager og lidelser er større blant migranter i Norge enn hos den øvrige befolkningen. Dette gjelder mennesker som har flyktet fra hjemlandet sitt, men også dem som frivillig har flyttet (Hjelde, 2020, s. 83). Hvordan kan dette forklares?

På den ene siden foreligger det funn som sier at innvandrere (ikke flyktninger) på generell basis har bedre helse enn normalbefolkningen, både i forhold til populasjonen i hjemlandet og i landet de ankommer (Folkehelseinstituttet, 2018). Dessverre forverres tilflytters helse mer over tid, sammenlignet med øvrige populasjon (Aambø, 2020). Dette kan peke mot at det å komme til et nytt land kan medføre helserelevante belastninger uavhengig av om man har god eller mindre god helse før man ankommer. Migrasjonsprosessen og møtet med en annerledes kultur og sosialt system kan skape vedvarende stressaktivering, og medfølgende psykiske og fysiske konsekvenser (Aambø, 2020). Prosessen er ikke kun en reise knyttet til geografisk avstand, men noe som i mange tilfeller kan innebære å tilvenne seg andre normer, regler og språk. Knyttet til dette kan akkulturasjon medføre stressreaksjoner, grunnet ulike forventninger fra samfunnet og den etniske gruppen, og vansker med balansegangen mellom vedlikehold av egen kultur og deltakelse i vertslandet. Personlige og demografiske faktorer, samt manglende ressurser og sosial støtte, kan påvirke opplevd stress knyttet til akkulturasjon (Sam, 2020, s. 52 – 56).

Migrasjon fører som regel til at man blir tilhørende en minoritetsgruppe i landet, noe som er vist å kunne føre til diskriminering, og som videre kan bidra til økt stress og negative

emosjoner knyttet til disse erfaringene (Hjelde, 2020, s. 76). Flyktninger kan også oppleve det som vanskelig at kompetansen og utdannelsen som de har opparbeidet seg ikke verdsettes som i hjemlandet. Videre kan postmigrasjonsperioden være preget av usikkerhet, forvirring og bekymring over å ikke vite hvor enkelte familiemedlemmer befinner seg. I påvente av rettigheter i det nye landet kan forventningene om et bedre liv utvikle seg til skuffelse, hjelpeløshet og manglende evne til å endre eller påvirke egen livssituasjon (Papadopoulos et al., 2001). Til tross for at migrasjon kan ha en negativ innvirkning på den psykosomatiske helsen, er det viktig å understreke at utfordringene man ser ofte kan være menneskelige og naturlige responser på stress (Al-Baldawi, 2002). Resultatene støtter opp om at påkjenninger i møte med omgivelsenes krav, eksempelvis i en migrasjonssituasjon, kan medføre stressrelaterte konsekvenser (Helsedirektoratet, 2017).

6.3. Forståelse, manglende kontroll, mangel på mening

Det vil nå videre diskuteres hvordan traumatiske erfaringer, sorg/tap og migrasjon kan påvirke opplevelser av å ikke bli forstått, av manglende kontroll og mening i hverdagen. Dette på bakgrunn av at de tre sistnevnte temaene også var gjennomgående temaer deltakerne snakket om (sammenhengene illustrert i *figur 4*). Deretter vil diskusjonen fokusere på hva deltakerne har gjort i møte med disse opplevelsene for å forsøke å mestre hverdagen på best mulig måte.

6.3.1. Forståelse

Alle deltakerne i denne studien snakket om forståelse på ulike måter. Flere snakket om at de hadde valgt å ikke dele opplevelser fra folkemordet med for eksempel andre nordmenn eller helsepersonell. Dette fordi de tenkte at de ikke kunne bli forstått. Andre beskrev at de hadde delt historier om sårbare erfaringer, men ikke følt seg forstått av andre: *“du tror at de ikke forstår deg helt. Også blir du kanskje ignorert på det tyngste du har”*.

Forståelse er viktig for alle mennesker. Studier har funnet at det å føle seg forstått kan knyttes til hjerneområder assosiert med velvære, belønning, sosial tilknytning, relasjonstilfredshet og relasjonskvalitet (Morelli et al., 2014). Det å føle seg forstått kan skape nærhet, mens det å ikke gjøre det kan skape en opplevelse av mellommenneskelig avstand og følelser som sinne, tristhet og bitterhet (Gordon, 1988). I følge Bowlby og Ainsworths tilknytningsteori så vil tilknytningspersons evne til å forstå og respondere på barnets uttrykk og behov, være en sentral faktor i utviklingen av evne til å regulere atferd og følelser på en hensiktsmessig måte (Ainsworth et al., 1974). Det å oppleve at andre forstår ens behov er med

andre ord sentralt i å utvikle evnen til å selv kunne forstå. Det å ikke føle seg forstått, kan derimot bidra til opplevelser av ensomhet og manglende tilhørighet. Erfaring av at man ikke blir forstått kan fremkalle tanker om at det er noe galt med en selv, eller med andre, noe som kan forsterke følelser av ulikhet, mellommenneskelig avstand, og inn gruppe/utgruppe klassifikasjoner (Morelli et al., 2014; Reis et al., 2017). Forståelse kan minne om empati, om evnen til å se andres perspektiv og anerkjenne andres behov. Resultatene i denne studien impliserer at hovedparten av deltakerne kunne kjenne på en tendens til å ikke føle seg forstått av andre nordmenn. Hva kan i så fall være med på å forklare dette?

Deltakerne i denne studien har opplevd traumatiske erfaringer, sorg og tap, og migrasjon, tre faktorer som hver for seg kan bidra til følelser av at andre ikke forstår en. Det å ikke føle seg forstått kan derfor tenkes å være en smertefull, men normal, reaksjon på de belastningene deltakerne har vært utsatt for. Forskning tyder på at mennesker som opplever noe traumatisk kan føle at ingen kan forstå hva de har vært gjennom (Blindheim et al., 2020). I en studie av rwandiske barn som opplevde folkemordet mot tutsifolket, hadde 20 % oppgitt at andre ofte, eller noen ganger, ikke forsto følelsene deres knyttet til de traumatiske erfaringene (Dyregrov et al., 2000, s. 10). I tillegg til at andre kanskje ikke vet, kan man oppleve andres og egne vansker med å forstå sine egne kroppslige reaksjoner (Glad, 2017). Den traumatiserte trenger å bli sett og forstått. Blindheim beskriver at det å ikke bli forstått kan “føles som en avvisning av det sårbare og vonde i personen” (Blindheim, 2017). Dette kan knyttes til en deltaker som beskriver hvor sårende det er å fortelle om de traumatiske erfaringene til noen som ikke forstår.

Sorg og tap kan også skape følelser av å ikke bli forstått (Dyregrov, u.å.). Videre kan hvordan man forstår sorgen være preget av kultur. På denne måten kan migrasjon til et helt nytt land forsterke opplevelsen av en ensom sorg som ingen forstår. Deltakerne kommer til en ny kultur, der majoriteten av befolkningen har livserfaringer som kan skille seg vesentlig fra dem som vokste opp i Rwanda og opplevde folkemordet mot Tutsifolket. Det å migrere til et nytt land, kan føre til at man blir kategorisert som en minoritet eller som skiller seg fra majoriteten i vesentlige trekk (Harnischfeger, 2020, s. 18). Ved å komme til en kultur som kanskje har en annerledes oppfatning av verden, andre verdier, prioriteringer og erfaringer, kan det være lett å ikke føle seg forstått. En deltaker beskriver dette på en sterk måte: “(I Rwanda) så hadde vi en enighet om at vi måtte ha et godt liv. Vi måtte kjempe for livet, studere, jobbe og være lykkelig. Men så plutselig (i Norge) var det ikke der lenger. Jeg hadde ikke det samfunnet rundt meg som

vet at du går gjennom masse, som du kan gå til, og snakke til (...) så det var bare meg og min lille familie som var der og som går gjennom ting som andre ikke ser”. I møte med mennesker som ikke kjenner til de tingene som man sørger over, kan man se en tendens til at også dette kan medføre opplevelsen av at andre ikke forstår (Brekke, 2019).

6.3.2. Manglende kontroll

Den andre faktoren i *figur 4* er manglende kontroll. Det kan være mer presist å bruke *opplevd* kontroll for å inkludere både det å være av den oppfatning at man på et generelt plan har kontroll i eget liv, og at man på det mer spesifikke plan opplever kontroll og mestringstro (Bandura, 1977; Champion & Skinner, 2008, s.47). Opplevelse av kontroll kan her knyttes til attribusjonsstil (Heider, 1958), *locus of control*, (Rotter, 1966) og autonomi (Deci & Ryan, 1985; 2008). I forbindelse med helse så kan kontroll handle om hvorvidt man opplever å kunne påvirke ens fysiske, psykiske og sosiale helse. Kontroll i eget liv kan knyttes til om man opplever å kunne påvirke enkeltsituasjoner og på et mer generelt nivå retningen livet tar. Opplevd kontroll i eget liv ses ofte som faktor for å fremme motivasjon, livskvalitet og helse, samt optimalisere personlig fungering (Deci & Ryan, 1985).

Traumatiske opplevelser, sorg og migrasjon kan alle lede til følelser av manglende kontroll. Traumatiske hendelser kan kjennetegnes av å være plutselige, av negativ karakter og av å gi en gjennomgripende hjelpeløshetsfølelse (Carlson & Dalenberg, 2000). Det er av mindre betydning hvorvidt situasjonen bærer preg av subjektiv opplevelse av manglende kontroll eller faktisk fravær av mulighet for å kunne gjøre noe. Det sentrale blir om personen opplever manglende kontroll. Flere av deltakerne forteller om slike traumatiske opplevelser, og beskriver hendelser før ankomst til Norge, og frykt for å oppleve å miste kontroll dersom de tenker på eller snakker om disse hendelsene. I etterkant av de traumatiske situasjonene, kan tanker om verdens tilfeldigheter og urettferdigheter komme frem i lyset. Flere av studiens deltakere beskriver at dette er tanker de også sitter igjen med. Smertefulle opplevelser kan medføre spørsmål knyttet til om verden er et trygt og forutsigbart sted der man i stor grad har kontroll over livets gang (Gergen, 1998).

I møte med døden eller dødelig sykdom kan mennesker kjenne på kontrolltap (Kissane, 2000). Dette kan gjelde både personen som selv møter døden, og de pårørende (Aho et al., 2006). Uavhengig av hvor mye man ønsker personer eller tapte relasjoner tilbake, er døden noe man til sist står maktesløs ovenfor. I forskning som omhandler døden brukes mye ordet “powerlessness”

(oversatt til norsk: maktesløshet). Dette er et begrep som kan argumenteres å ha mange fellestrekk med manglende kontroll (Sand et al., 2008). På bakgrunn av dette kan man se sammenhenger mellom sorg og tap av relasjoner, og det å oppleve manglende kontroll.

I forbindelse med migrasjon kan man oppleve manglende oversikt knyttet til et nytt system. Den første tiden i Norge kan være preget av usikkerhet og kontrolltap i påvente av myndighetens beslutning om oppholdstillatelse. Det kan være en tid preget av usikkerhet rundt asyl, avslag og noen ganger tilbakekalling av oppholdstillatelse, faktorer de selv har liten kontroll over (RVTS, u.å.). Flere av våre deltakere fortalte om slike opplevelser. Manglende språklig kompetanse og kjennskap til kulturelle koder kan også påvirke evnen til å stå på krav, ta initiativ og skape kontakt, og kan medføre følelser av maktesløshet. Videre kan migranter oppleve fordommer og diskriminering, der noen gjør seg opp en mening om hvem de er basert på faktorer de selv ikke har kontroll over (Støren et al., 2020, s.61). Mennesker i krigsrammede land kan også kjenne på at de ikke har noe annet valg enn å forlate hjemlandet, et land der de opplever å ha mistet kontroll over nåtid og fremtid (RVTS, u.å.).

På bakgrunn av dette kan man si at manglende kontroll kan ledsages av plutselighet, følelser av maktesløshet, tristhet og utrygghet. Samlet sett kan man se at det å føle seg lammet, uten handlingsrom, vil kunne være en menneskelig respons i møte med traumatiske opplevelser, sorg og tap, og vansker i forbindelse med migrasjon. Det er viktig å understreke at det i mange av disse tilfellene handler om faktisk mangel på kontroll.

6.3.3. Manglende mening

Den tredje faktoren i *figur 4* er manglende mening, som her beskriver både opplevelsen av det man ble utsatt for er meningsløst, men også opplevelsen av manglende mening i livet generelt i etterkant av vanskelige erfaringer.

I forskning ser man at mennesker som blir utsatt for traumatiske hendelser og sorg/tap, ofte forsøker å forstå erfaringen(e) i en meningsdannelsesprosess (Frankl, 1984; Park, 2008). Dette kan anses som en konsekvens av manglende opplevd mening i etterkant av vanskelige opplevelser, da meningstap henger tett sammen med forsøk på å finne tilbake mening. Samtidig kan meningsdannelse bli en mestringsstrategi i seg selv, og dette vil gås nærmere inn på senere i diskusjonen. Deltakerne i vår studie stiller seg spørsmål om hvorfor folkemordet måtte finne sted eller “hvorfor meg”, reflekterer over at oppfatninger av hva som gir mening i livet har endret seg i ettertid, og forsøker å finne en mening med hendelsene. Forskning på traumereaksjoner finner

også en tendens til slike tanker og spørsmål blant overlevende (Bulman & Wortman, 1977; Collins et al., 1990; McIntosh et al., 1993; Taylor, 1983). Videre viser forskning at traumeutsatte kan ha en tendens til revurdering av eget liv, prioriteringer og relasjoner (Hefferon et al., 2009). Det kan også være vanlig med identitetsforvirring, eller tap av en sikkerhet rundt hvem man er i forhold til andre og verden (Crossley, 2000). Revurderinger av eget liv rundt hva som betyr noe, og vansker knyttet til identitet kan argumenteres for å ha tett sammenheng med manglende opplevd mening.

Videre kan migrasjon bidra til eller forsterke opplevelser av manglende mening. Dette på bakgrunn av at kultur kan påvirke hva en person oppfatter som meningsfullt, som for eksempel religion, hverdagsaktiviteter, grunnleggende verdier, og at man ved migrasjon gjerne må tilpasse seg en ny kultur. Ved å flytte land, enten frivillig eller på flukt, kan man også oppleve å miste viktige relasjoner i ens liv. Tilhørighet kan bidra til mening (Baumeister & Landau, 2018), men tap av sosiale bånd kan svekke denne tilhørighetsfølelsen. På denne måten kan man anta at migrasjon, ved å endre på en persons relasjonstilfredshet, kan bidra til manglende mening. Tap av det livet man hadde opparbeidet seg og sorg over nære menneskers bortgang kan medføre et dobbelt tap. For det første har man konkrete tap knyttet til det eller dem man ikke har i livet lenger. Videre kan det eller dem man har mistet ha vært det som tidligere ga livet mening og livet kan dermed fremstå meningsløst (Austad, 2020, s.118).

6.3.4. Oppsummering av 6.2. og 6.3.

En sentral del av mestringsaspektet er å belyse underproblemstillingen; "Hva inneholder det nye livet som skal mestres?". Deltakerne forteller om erfaringer knyttet til traumatiske opplevelser, sorg og tap, og migrasjon. Samtlige beskriver disse som utfordrende, både tidligere og fremdeles i dag. Resultatene støttes av tidligere studier som knytter slike opplevelser til økt forekomst av psykisk og fysisk smerte. Disse erfaringene kan ses i sammenheng med det informantene forteller om manglende opplevd forståelse, kontroll og mening, som igjen kan bidra til økte mengder stress. Datamaterialet tyder på, støttet av studier på lignende opplevelser, at livet i Norge kan inneholde stressbelastninger. Hvordan har deltakerne gått frem for å forsøke å mestre disse utfordringene?

6.4. Mestring av det nye livet i Norge

Datamaterialet presenterer mange ulike mestringsstrategier: deltakerne lærte seg norsk, oppsøkte andre mennesker, fant seg arbeid, trente, engasjerte seg i politikk, søkte etter mening,

oppsøke helsevesenet, og bestemte seg for å leve videre. På den ene siden kan disse ha vært bevisste mestringsstrategier med mål om å skape seg et nytt liv. På den andre siden kan de ha beskrevet disse som mestringsstrategier i retrospekt, og fortalt om dette som viktig i møte med det vanskelige, etter å ha sett at det bedret hverdagen.

For å besvare problemstillingen om hvordan deltakerne har forsøkt å mestre helserelaterte plager, vil det nå diskuteres ulike responser på manglende opplevd forståelse, kontroll og mening. Den første er å velge å strekke seg mot andre i håp om å bli forstått og selv bedre kunne forstå gjennom å dele. Dernest det å velge å søke etter å gjenvinne kontroll og mening. Disse er valgt ut som fokusområder på bakgrunn av studiens resultater. Det er viktig å presisere at andre konsekvenser kunne gjort seg gjeldende i andre datasett. Offerrolle kan anses som et utfall som kan stå i veien for mestringstro og agens, og dermed hindre initiativ til aktiv mestringsatferd. Vi vil i lys av dette diskutere dette først.

6.4.1. Innta offerrolle versus mestringstro og resiliens

Ut fra datamaterialet kom det ikke frem at noen av deltakerne hadde inntatt en offerrolle som mestringsstrategi i møte med det som var vanskelig. Inntakelse av offerrollen diskuteres imidlertid opp mot mestringstro for å understreke at det finnes ulike strategier i møte med det som er vanskelig. Videre er det håpet at ved å sammenligne offerrollen med mer proaktive og intensjonelle strategier, vil det kunne tydeliggjøre hvor mye menneskene i denne studien har jobbet for å fortsette livet, forsøke å leve godt, og ikke gitt opp, på tross av ekstreme livsopplevelser. Det er verdt å merke at mennesker ofte inntar forskjellige mestringsstrategier i ulike situasjoner. Mestringsstrategier burde videre ikke betraktes som utelukkende kategorier, men snarere som skalaer med mer flytende overganger.

Et offer defineres i Oxford-leksikonet som en som “er skadet eller drept som følge av en forbrytelse, ulykke eller annen hendelse // en person som føler seg hjelpeløs og passiv i møte med en ulykke eller mishandling” (Oxford Dictionary, u.å.). Det kan være viktig å skille mellom det å være et offer i en bestemt situasjon, og det å innta en offerrolle som mestringsstrategi i møte med stressende opplevelser. Førstnevnte kan gjøre seg gjeldende for mennesker med flyktningbakgrunn, da de ofte kan ha vært utsatt for hendelser der de er faktiske ofre. De kan ha vært ofre for gjerningspersoner i hjemlandet, voldsofre, eller ofre for systemet både i hjem- og vertslandet (Ottesen Berg & Holt, 2020). Postmigrasjonsperioden kan være en traumatisk fase i seg selv for mange, og den kan føre til intens psykisk smerte selv om den objektive faren ikke

lenger er gjeldende. Fasen kan være preget av uforutsigbarhet, maktesløshet og hjelpeløshet når livet blir satt på vent i påvente av rettigheter i det nye landet (Papadopoulos, 2001). Psykiske reaksjoner på disse belastningene behøver ikke være patologiske - med mindre de utvikler seg til en diagnose. Reaksjonene er gjerne heller et bevis på at man har vært utsatt for sterke emosjonelle erfaringer som har etterlatt spor. På bakgrunn av dette er det mange faktorer som vil kunne tilsi at en person som har vært utsatt for traumatiske erfaringer, sorg og tap og migrasjon, vil kunne innta en offerrolle. Videre tyder forskning på at mennesker som har vært utsatt for alvorlige traumer, har en større sannsynlighet for å utvikle en redusert mestringstro (Chung et al., 2017). Lavere mestringstro kan antas å ha sammenheng med det å innta en offerrolle fordi det kan bidra til dårligere tro på egne evner til å gjennomføre vanskelige oppgaver, høyere stress og lettere for å gi opp i møte med utfordringer (Bandura, 1994). Lavere mestringstro kan altså bidra til opplevelser av passivitet og handlingslammelse i møte med problemer, noe som også kan motivere en person til å innta offerrollen istedenfor å forsøke å løse problemet. Dette kan støttes av forskning som indikerer at alvorlige traumeopplevelser kan endre selvets struktur og redusere evnen til målrettet atferd. Dette kan bidra til følelser av maktesløshet, tilpasningsvansker i forbindelse med stressende hendelser, og høyere PTSD alvorlighetsgrad (Chung et al., 2017).

Det å innta offerrollen kan ha implikasjoner for en persons livskvalitet. Det første er at denne rollen i mindre grad vil romme personens kompleksitet og reduserer, og begrenser, i det å ta tak i eget liv (Papadopoulos, 2001). Selv om offerstemplet kan vekke medfølelse for de utsatte, vil det videre kunne tildele dem en rolle som passive, noe som over tid kan virke begrensende for selvutvikling og eventuell posttraumatisk vekst (Van Dijk, 2009). Inntakelse av offerrollen kan også hindre en person i å være handlende aktør i eget liv. Det er også paradoksalt at offerrollen kan undergrave evnen til handling, samtidig med at et ensidig fokus på menneskers evne til å handle med mestringstro og agens, kan virke bagatelliserende overfor de erfarte traumene (Minow, 1993).

Det kan imidlertid bli problematisk å vie for mye oppmerksomhet til mennesker som ofre for noe, da dette kan gå på bekostning av vektlegging av menneskers resiliens og handlingskraft. Deltakerne i vår studie synes på mange måter å utvise mestringstro og proaktivitet i møte med opplevde vansker. Dette er noe man kanskje ikke ville forventet ut fra deltakernes livserfaringer og forskningslitteraturens bilde av traumeopplevelser. Når livet gang på gang går imot en, kan terskelen senkes for å definere seg selv som offer i eget liv. Dette ville vært en svært forståelig,

men på lang sikt uhensiktsmessig, mestringsstrategi. Deltakerne i denne studien inntok tilsynelatende ikke en offerrolle som mestringsstrategi. De trosset ensomheten og meningsløsheten de forteller å ha opplevd i Norge, spesielt de første årene, ved å aktivt oppsøke kontakt med andre og å gå inn i arbeidslivet. Dette er en proaktiv, i motsetning til en passiv løsningsstrategi. Flere av deltakerne sier at de måtte jobbe for å mestre livet igjen, og én sier at hen ikke kunne rømme fra sin egen kamp, hen måtte kjempe den. De forteller om at de måtte velge å leve videre, og at de måtte ha troen på at det var noe de kunne gjøre for å påvirke hverdagen. Videre virket det for noen som at de ønsket å leve videre for dem de hadde mistet, og at de som hadde gått bort ville ha ønsket at de skulle skape seg et liv videre. Det er mulig at de ikke så noen annen vei enn å prøve.

Mestringstroen som deltakerne utviser kan anses som en forutsetning for å mestre helseplager (Champion & Skinner, 2008; Strecher et al., 1986), og kan komme av å oppfatte at man har evnen og ressursene til å håndtere stressende hendelser (Benight & Cieslak, 2011, s. 45). Inntakelse av offerrollen kan derimot tenkes å komme av opplevelsen av å mangle disse ressursene. Dette på bakgrunn av at redsel og angst kan utvikle seg når en situasjon krever mer enn de ressursene man opplever å ha (Nair et al., 2020, s. 255). Denne redselen kan føre til manglende tro på egen mestringsevne og en selvforståelse av seg i en offerrolle. Dette kan videre hindre innsats for å overkomme utfordringene.

Hva gjør at mennesker klarer å mobilisere kreftene sine og aktivt endre på egen livssituasjon for å oppleve mening og verdi? Det er mulig at gruppen i denne studien har hatt en sterk kollektiv mestringstro, og at dette har vært en beskyttende faktor som har forsterket proaktivitet og handlingskraft blant de enkelte. Kollektiv mestringstro handler om at en gruppe har troen på at de klarer å løse problemer som påvirker dem for å forbedre livene sine. Studiens gruppe berøres av at mennesker har blitt forfulgt, skadet og drept på bakgrunn av tilhørende folkegruppe. Kollektiv mestringstro stammer fra tro på at man kan lykkes i å skape endring i systemer, og stammer ikke fra håpløshet (Bandura, 1982). Kollektiv mestringstro brukes ofte i politisk sammenheng i forbindelse med endring av systemer, men vi vil argumentere for at det gjøres gjeldende her óg. Til tross for at de beskriver et samfunn som bærer preg av de traumene de har vært utsatt for, er de som gruppe opptatt av å utvikle et aktivt mål om at noe slikt aldri skal skje igjen. De forteller om folkemordet mot tutsifolket til uvitende og til dem som benekter, og er generelt opptatt av å opplyse og bekjempe negasjonisme. Det er mulig at det å ha et felles

mål som gruppe, og fokuset på at det kan komme noe godt ut av smerten, kan være en beskyttende faktor mot det å innta en offerrolle. Dette kan støttes av forskning som viser at det kan være støttende å finne noe positivt med opplevde tap, selv om man ikke kan finne mening i selve hendelsen(e) (Davis, 2000).

Er det mulig at mestringstro, proaktivitet og agens for noen mennesker også kan bli forsterket av å ha vært utsatt for traumer, istedenfor at det blir redusert? Til forskjell fra tidligere studier som har funnet at traumeopplevelser kan redusere mestringstro, fant en studie av Chung og kolleger motsigende resultater. Disse ser ut til å være mer i tråd med denne studiens resultater. Studien fant at traumesentralitet, altså traumer som er så sentrale at de påvirker selvfølelse og identitet, bidro til økning i mestringstro (2017). Disse funnene er interessante sett i lys av at traumatiske opplevelser kan kjennetegnes av håpløshet, maktesløshet og manglende agens i møte med situasjonen (Carlson & Dalenberg, 2000). Det er mulig at slike opplevelser hos noen bidrar til vedvarende og generaliserte opplevelser av håpløshet og manglende kontroll i livet, mens det for andre vekker et forsterket behov for kontroll og agens i eget liv, som en slags motvekt til situasjonen(e) man hadde så lite kontroll på. Kan det tenkes at en persons tendens til *initiativ til personlig vekst* kan være med og forklare hvorfor noen får et forsterket behov for kontroll og agens etter traumatiske opplevelser? Funn fra en studie på rwandere etter folkemordet mot tutsifolket tydet på at dem med høyere PGI skårer kanskje hadde mer agens og tro på evner til å endre utfordrende omstendigheter (Blackie et al., 2015).

6.4.2. Gjenvinne mening og kontroll

Datamaterialet viser at to viktige mestringsstrategier i møte med det vanskelige, var å forsøke å gjenvinne mening og kontroll. For mange som erfarer tap av signifikante andre eller brutale opplevelser, kan det være vanskelig å se hendelsen(e) som noe annet enn meningsløst (Neimeyer, 2000). Samtidig så kan noen føle at livet får en annen og dypere mening i etterkant, en form for posttraumatisk vekst. Noen kan oppleve at livet tilføres nye dimensjoner og perspektiver, gjerne først knyttet til elendighet. Deretter knyttet til dypere og bedre relasjoner til andre, økt personlig styrke eller at de blir stilt ovenfor en revurdering av hvordan de ønsker å leve livet sitt (Austad, 2020; Hafstad & Siqveland, 2008). Slike opplevelser av mening kan forfremme egen psykisk helse, tilpasning og mestring i møte med motgang og stressende belastninger (Austad, 2020, s. 118; Steger & Park, 2012, s. 171). Opplevd mening kan også være en viktig faktor i det å skulle rette blikket fremover (Austad, 2020, s.118). Forskning viser også

til at det å ha noe “å leve for”, noe som bidrar til mening i hverdagen, kan påvirke intensiteten av det som er vanskelig etter eksempelvis tap av signifikante andre (Ulmer et al., 1991). Dette beskriver også deltakerne i vår studie: blant annet gjennom jobb, familie, neste generasjon, politisk engasjement, hindre at noe lignende skal skje igjen.

Det er videre mulig at meningsdannelse kan oppstå som en prosess man *kan* kontrollere, etter opplevelser kjennetegnet av frihetsfrarøving, grenseoverskridelse og kontrolltap. På denne måten kan man argumentere for at det å gjenvinne kontroll og mening kan henge tett sammen. Meningsdannelsesprosessen handler *ikke* om å undergrave at en hendelse *var* grusom og forferdelig, men om å undersøke om det finnes muligheter i smerten. Selv om smerten og lidelsen kanskje alltid vil være der, kan den muligens lindres gjennom meningsdannelse. Knyttet til dette skrev Victor Frankl: “de som har et ‘hvorfor’ til å leve, kan tåle nesten alle ‘hvordan’” og “alt kan tas fra en person bortsett fra én ting: den siste av de menneskelige frihetene - å velge sin holdning under alle gitte omstendigheter” (Frankl, 1984, egen oversettelse). Søken etter mening bekreftes i datamaterialet av hvordan informantene beskriver å lete etter noe som kunne gi livet mening, og spørsmål om hvorfor det måtte skje, etter opplevelser av meningsløshet knyttet til det nye livet i Norge.

Det å velge å rette blikket fremover og se etter noe som kan gi livet mening kan også ses på som en måte å ta kontroll over situasjonen slik den er blitt. Forskning med fundament i selvbestemmelsesteori viser til sammenhengen mellom det å oppleve kontroll i eget liv og grad av fleksibilitet i håndtering av interaksjoner med miljøet personen omgis av (Deci & Ryan, 1985). Dersom man kan trekke en slik sammenheng så vil det å støtte opp om en persons opplevelse av autonomi og kontroll være sentralt i å støtte personen i å kunne oppleve mestring av det nye livet i Norge. Deltakerne i vår studie beskriver at de måtte velge å lære språk, velge å oppsøke kontakt med andre for å etablere et sosialt nettverk og å engasjere seg. Dette kan ses på som måter å ta kontroll i egen situasjon og liv.

Gjenvinning av kontroll i eget liv kan styres av for eksempel *locus of control*, der tro på eller kunnskap om en sammenheng mellom egne handlinger og utfall er avgjørende for aktive valg om atferdsendring (Ajzen, 2002; Rotter, 1966). Eksempelvis forteller enkelte deltakere at de først var passive i møte med utfordringer i Norge, men at de senere følte at de kunne eller måtte ta et aktivt valg om å ta kontroll i livet sitt for å kunne se en endring. I tillegg beskriver noen deltakere mareritt, vonde minner og trigger som noe de ikke kan gjøre noe med, mens andre har

erfart at de aktivt kan gjøre noe for å bedre disse vanskene. Knyttet til locus of control, foreligger det i datamaterialet videre indikasjoner på at skam eller tro på at andre kan ha vansker med å forstå, har kunnet bidra til en mer passiv tilnærming til egen psykisk helse blant noen av deltakerne. Dette vises for eksempel i at noen forteller at de har valgt å ikke fortelle om å ha det psykisk vondt til helsepersonell eller nordmenn generelt. Det å bli forstått er ikke noe som er fullstendig under ens egen kontroll. Selv om man har et valg knyttet til hvorvidt man forsøker å gjøre seg forstått, er mottakerens respons noe en i mindre grad kan styre, og som gjør en sårbar i det å velge å fortelle om noe vondt. Altså kan man se for seg at redsel for ikke å bli forstått vil kunne passivisere et menneske, grunnet manglende opplevelse av intern locus of control. Det kan imidlertid argumenteres for at flere av deltakerne valgte å fortelle til andre rwandere eller migranter som hadde opplevd folkemord eller krig, altså dem de tenkte kunne forstå, for å føle på større grad av kontroll og mindre sårbarhet knyttet til det å dele om vonde opplevelser.

Noen deltakere rapporterer at de har opplevd det som god hjelp å vite hva de skal gjøre i møte med overveldende følelser og triggere. Det kan være en sterk påkjønning å plutselig oppleve å ikke kjenne igjen sine egne måter å reagere på. Det ville ikke være rart om kroppens fysiske responser på minnetriggere kunne medføre at personer som opplever slike reaksjoner, sitter med følelsen av å ikke forstå seg selv, og sine egne kroppslige og emosjonelle responser. Dette kan også argumenteres for at handler om et behov for kontroll, eller kunnskap og forståelse av hva som skjer i kroppen. Innenfor det vi kaller traumebevisst omsorg (TBO), kan man gjerne forklare dette ved bruk av illustrasjoner av toleransevinduet og den tredelte hjernen (RVTS, u.å.). Det vil ikke gås nærmere inn på disse her, men sentralt i dette er å gi personen en bedre forståelse for hva som skjer i tilfeller der man kan kjenne på at man mister kontrollen grunnet traumepåminnere. TBO fokuserer også på å lære strategier for hvordan man da kan gjenvinne kontroll og ro, og hvordan man kan passe på å hjelpe seg selv til å holde seg innenfor toleransevinduet (for eksempel sove, spise, etc.). En deltaker fortalte om lignende opplegg som var til hjelp og en annen deltaker fortalte at hen hadde fått hjelp til å bedre forstå seg selv.

Deltakerne forteller også om at aktiviteter og pauser fra det vonde, samt fellesskap med andre, kan være til hjelp. Disse to faktorene kan tenkes å påvirke opplevelser av kontroll og mening. Noen beskriver at aktiviteter kan fungere som en distraksjon fra det vonde og at det å unngå smerten kan gi en midlertidig lindring. Samtidig er dette ansett å være energikrevende og ikke nødvendigvis endre så mye på sikt (Alberts et al., 2012). Det som derimot nevnes av en

deltaker, og som også kan gjelde dem som snakker om distraksjon, er at atferdsaktivering kan bidra til mening og kontroll (Dimidjian et al., 2011). Involvering i betydningsfulle og positive aktiviteter anses som viktig i møte med mennesker med manglende opplevd framtidshåp, mening og glede i hverdagen (Myhre, 2017). Det å møte andre og fylle livet med annet enn det som gjør vondt, kan anses som viktige måter å ta kontroll over livet sitt på, ved å bevisst gi plass til andre mennesker, aktiviteter, følelser og tanker, i tillegg til det vonde og vanskelige (Berge & Repål, 2015). Det handler ikke om at man ikke skal forholde seg til det som er vanskelig, men å akseptere at livet har rom for både vondt og fint samtidig, og prøve å velge å gi rom til mer fint. I datamaterialet her trekkes det frem blant annet idrett, arbeid, familie, tro og andre fellesskap der de kunne kjenne tilhørighet og mening.

Ved et nærmere blikk på kjennetegn ved identitetsfølelse på tvers av kulturer, ser man gjerne en tendens til at gruppetilhørighet er enda mer sentral del av en persons identitet i kollektivistiske kulturer enn i individualistiske. Dette kan tenkes å ha sammenheng med hvordan man i individualistiske kulturer i større grad forholder seg til en selv som et separat individ fra andre (Jetten et al., 2002) I lys av sosial identitetsteori er det naturlig å tenke at det har flere funksjoner å oppsøke fellesskap med andre. For det første kan det være viktig for å oppleve støtte og tilhørighet (Deci & Ryan, 2012b). For det andre kan det være en viktig del av identitetsformingen i en ny livssituasjon å oppsøke kontakt med andre rwandere i Norge, samt finne andre fellesskap som kirker eller nabolag. Det at flere av deltakerne oppgir at det har vært viktig for dem å etablere kontakt med andre kan dermed knyttes til å både ta kontroll for å få imøtekomme behov for tilhørighet og sosial støtte, samt forme identitet knyttet til betydningsfulle andre.

6.4.3. Fasilitere forståelse ved deling

6.4.3.1. Å føle seg forstått av gruppen. Når man ikke føler seg forstått av enkelte mennesker kan det føre til at man kun deler om sårbare erfaringer med dem som man tenker at kan forstå. Det er mulig at dette også kan forsterke tilhørighetsfølelsen og dens gevinster knyttet til gruppen som man opplever at forstår.

Siden det å ikke føle seg forstått kan bidra til mellommenneskelig avstand, ensomhet og manglende tilhørighet (Gordon, 1988; Morelli et al., 2014; Reis et al., 2017), kan man tenke seg at det også kan forsterke behovet for en inngruppe der man faktisk kan føle på tilhørighet. Dette med bakgrunn i at man vet at når en person føler seg isolert eller fremmedgjort fra andre, vil

behovet for inkludering oppstå. Manglende opplevd forståelse vil også kunne bidra til tanker om at man er ulik den man kommuniserer med, samt en bevisstgjøring rundt hvordan man skiller seg fra den andre. Dette kan refereres til som en sosial differensieringsprosess (Brewer, 1999).

På denne måten kan man ubevisst begynne å danne grenser mellom inngruppen som er lik og forstår, og utgruppen som man opplever at ikke forstår. For eksempel fortalte flere av studiens deltakere at de ofte heller ville dele om vonde erfaringer med rwandere i Norge enn med norsk helsepersonell fordi de da ville kunne føle seg bedre forstått. Videre kommer deltakerne fra et land som har vært vitne til et kollektivt traume. Dette kan tenkes å forsterke gruppeidentitet og bidra til opplevde komplikasjoner i det å skulle gjøre seg forstått. På den ene siden kan sterkere gruppetilhørighet fremme eksklusjon eller manglende kontakt med dem som ikke anses som en del av gruppen. Dette kan for eksempel her innebære at flere rwandere i Norge ikke oppsøker helsehjelp for psykiske plager grunnet en oppfatning av at en psykolog med et vestlig forståelsesrammeverk ikke kan forstå. Manglende kontakt med en gruppe gir ikke muligheten til å eventuelt få avkreftet tanken, hvis mulig, om at det er enkelte grupper man ikke kan forstås av. Dette kan igjen forsterke fremmedgjøringsfølelsen man føler overfor dem. Samtidig så kan en økt gruppetilhørighet med enkelte, fremme psykisk helse (Brewer, 1999). Dette kan gjøre seg gjeldende for deltakerne i vår studie, som oppgir en sterk fellesskapsfølelse med rwandere eller andre migrantgrupper som befinner seg i Norge. Deltakerne beskriver videre at denne fellesskapsfølelsen oppleves meningsfull og at den gir dem en grunnleggende trygghet, og validering av erfaringene deres.

Tilhørighet kan forbedre psykisk helse ved å styrke samhold og tilknytning til dem man faktisk føler seg forstått av. Dette kan knyttes til at mennesker som i større grad føler at inngruppen er inkludert i selvet, kan føle seg bedre forstått og oftere oppleve at de deler verdier og har mer til felles med inngruppedlemmer (Tropp & Wright, 2001). På denne måten kan det bli en viktig mestringsstrategi å oppsøke grupper der man kan føle på tilhørighet, slik som deltakerne beskriver at de har gjort. Støtte og forståelse fra gruppen kan redusere de negative psykologiske virkningene av stressende livshendelser, mens mangel på sosial støtte kan skape psykisk stress (Thoits, 1985). En av deltakerne setter ord på hvordan det opplevde fellesskapet kan hjelpe: *"de føles som søsken for meg, og vi har et språk vi snakker, vi forstår hverandre"*.

Selvet i kollektivistiske kulturer er i større grad tilknyttet gruppen (Jetten et al., 2002). Tilhørighet i et kollektivistisk samfunn, slik som er tilfellet for Rwanda (Ngamaba, 2016), kan

dermed tenkes å fremme psykisk helse i enda større grad enn i en individualistisk kultur. Forskning tyder for eksempel på at personer som flytter fra et kollektivistisk til et individualistisk samfunn, vil kunne føle seg mer fremmedgjort enn ved migrasjon til en kollektivistisk kultur (Bhugra, 2004).

Mennesker har behov for å føle seg som en del av et fellesskap (Alivermini et al., 2019; Deci & Ryan, 1985; Maslow, 1943). Den manglende tilhørighetsfølelsen som ofte kan gjøre seg gjeldende blant migranter kan knyttes til et fåtall positive psykososiale erfaringer med å være blant mennesker som man opplever å høre sammen med (Al-Baldawi, 2002). Ut fra resultatene i denne studien kan man argumentere for at smerten i å ikke føle seg forstått av mennesker med en annen kulturell bakgrunn og livshistorie motiverte deltakerne til å oppsøke miljøer der de kunne styrke gruppetilhørigheten og føle seg forstått. Det er mulig å etter hvert kjenne på tilhørighet til vertslandet og dens befolkning. Fellesskap basert på andre forutsetninger enn nasjonalitet kan for eksempel fremme tilhørighetsfølelse i et nytt land (Gaertner et al., 1996), slik studiens deltakere også beskriver. De trekker blant annet frem jobb, norskkurs med mennesker av ulike nasjonaliteter, opptreningsgruppe etter fysisk sykdom og religion som eksempler på fellesskap som har bidratt til tilhørighet, og som har lettet på ensomheten de spesielt kunne kjenne på de første årene i Norge.

6.4.3.2. Deling som mestringsstrategi. Deling kan være en viktig mestringsstrategi for mennesker som har vært utsatt for traumatiske hendelser. Dette på bakgrunn av at posttraumatiske reaksjoner kan kjennetegnes av vansker med å regulere egne tanker, følelser og kroppslige reaksjoner. Forskning tyder på at å snakke om opplevelsene kan bidra til at man selv forstår hendelsen(e) bedre og får samlet eventuelle fragmenterte minner til en sammenhengende narrativ, og at det dermed blir lettere å regulere seg (Jensen et al., 2012). Deling kan bli en viktig del av emosjonell prosessering og det å bearbeide psykiske plager, og kan dermed redusere PTSD symptomer etter krigserfaringer eller seksuelle overgrep (Bedard-Gilligan et al., 2011). Det å gjøre det meningsløse til noe forståelig kan videre påvirke traumatisering (Jonsson & Segesten, 2003), og deling kan bli et viktig ledd i å gjøre det meningsløse til noe forståelig. Ved å sette ord på det man har opplevd kan man i større grad få perspektiv på det man forteller, og bedre forstå implikasjonene av hendelsene. På disse måtene kan deling redusere stress og psykisk smerte blant traumeutsatte (Jonsson & Segesten, 2003). Videre kan deling av sorg og opplevelsen av at andre er lydhøre og forstår, redusere sorgens negative innvirkning på velvære

og psykisk helse. Dette kan illustreres av følgende svenske ordtak: “delt glede er en dobbel glede, delt sorg er en halv sorg” (Lun et al., 2008). Dersom man opplever at andre forstår kan dette også øke relasjonskvalitet, og sannsynligheten for fremtidig åpenhet med andre (Van Kaam, 1959). Det å bli møtt på en god måte ved deling kan altså i seg selv øke sannsynligheten for å opprettholde dette som mestringsstrategi.

Deling innad fellesskap, om temaer som oppleves felles for medlemmene, kan forsterke båndene og tilliten mellom enkeltindivider i en gruppe (Joinson & Paine, 2006). Det er dette deltakerne i denne studien gjør. De forteller at det er viktig for dem å dele om erfaringer fra 1994 og livet i Norge med andre rwandere, eller med andre mennesker fra minoritetsbakgrunner som har fluktet på grunn av krig eller uroligheter i hjemlandet. De beskriver at det spesielt hjelper å fortelle til noen som bærer meg seg lignende opplevelser, og som tåler å høre på. Dette kan knyttes til forskning som viser at traumatiske erfaringer kan øke dødsangst, men at å dele med andre som deler slike opplevelser kan bidra til en reduksjon av denne angsten, økt gruppetilknytning og støtte, og opplevelser av en mening med å overleve (Ochsmann & Mathy, 1994; Wilson & Agaibi, 2005).

Faktorer som motiverer til deling kan for eksempel være behov for interpersonlig nærhet, omsorg, kommunikasjon, åpenhet og ærlighet (Cozby, 1973). Som nevnt, virket det blant deltakerne som at opplevelsen av å kunne bli forstått i det de hadde opplevd spilte en sentral rolle i om de valgte å dele eller ikke. Opplevelsen av å bli forstått er en viktig og ofte undervurdert del av sosial tilknytning. På den ene siden finnes det per i dag lite forskning som tyder på at «å føle seg forstått» kan være en medierende faktor i deling. På den andre siden kan det å føle seg forstått ses som en essensiell del av å opprettholde nære relasjoner (Reis & Shaver, 1988; Shelton et al., 2014). For at en samtale skal bli nær, må den som deler føle seg forstått, validert og føle omsorg (Reis & Shaver, 2018). Slik kan man se utviklingen av menneskelige relasjoner i sammenheng med deling (self-disclosure) (Masaviru, 2016). Menneskelige relasjoner er, som vi har sett i forbindelse med tilhørighetsteorien (Baumeister & Leary, 1995), av avgjørende betydning for en persons sosiale og emosjonelle behov, og videre psykiske helse (Derlaga & Berg, 1987).

En faktor som kan hindre deling er skam og tanker om hva som er godtatte samtaleevner i kulturen. Deltakerne forteller at de deler om erfaringer fra folkemordet mot tutsifolket. Dette beskriver de ikke som et skambelagt tema, men som noe som tvert imot er viktig å snakke om for

å hindre gjentakelse og for å være der for hverandre. Enkelte deltakere forteller imidlertid at de kjenner få eller ingen personer som har oppsøkt psykolog for å snakke om egen psykisk helse. Det kan tenkes at det for noen oppleves mer skambelagt å skulle snakke om psykiske lidelser og behov for profesjonell behandling. Knyttet til spørsmål i intervjuguiden om hva deltakerne tenkte var holdninger til psykisk helse blant rwandere generelt, sa noen at de selv tenkte det var viktig å snakke om psykisk helse, men at det kanskje ikke var sånn for alle rwandere i Norge. En deltaker beskriver det han mener kan være andres holdninger, slik: *“hvis du viser svakhetene dine, så blir du sett på som svak (...) det er virkelig noe som ofte er observert i konfliktsoner egentlig, hvor folk er sånn ‘nei, jeg vil bli sett på som en kriger”*. Det kan være tett sammenheng mellom taushet og skam (Anstorp, 2014, s. 197). Det å velge å ikke dele grunnet skam kan forsterke ensomheten, ved at “skammen legger et lokk over hva det som skjedde gjorde med den som ble utsatt”. (Anstorp, 2014, s 198).

En annen faktor som kan hindre deling er redselen for å føle seg avvist når andre ikke synes å forstå det som er sårt (Dyregrov, u.å.). Alle mennesker frykter avvisning i større eller mindre grad. Det kan imidlertid argumenteres for at rwandere som har opplevd folkemordet mot tutsifolket som gruppe kan være enda mer sensitive for avvisning enn gjennomsnittet. Dette på bakgrunn av at en gruppe har blitt forfulgt, skadet, torturert og drept på bakgrunn av folkegruppeidentitet, og at dette kan anses som en ekstrem form for avvisning. Ut fra vårt søk foreligger det lite forskning på redsel for avvisning i etterkant av traumatiske opplevelser under krig eller folkemord. Noen studier har imidlertid funnet at barn som har vært utsatt for mishandling har en økt følsomhet for avvisning (Downey et al., 1997) Det som er paradoksalt er at ved å ikke dele av redsel for å misforstås eller bli avvist, gir man heller ikke seg selv muligheten til å føle seg forstått. Dette kan da forsterke ensomhet og antakelsen om at andre ikke kan forstå.

Den foregående diskusjonen har vist hvordan traumatiske opplevelser, sorg og tap, og migrasjon kan bidra til en opplevelse av å ikke bli forstått av andre, og av manglende kontroll og mening. På den ene siden kan slike opplevelser møtes med inntakelse av en offerrolle, noe som kan hindre mestring, ettersom det kan gjenkjennes av følelser av håpløshet og maktesløshet. På den andre siden kan mestring fremmes ved forsøk på å gjenvinne kontroll og mening. Deling kan også anses som en viktig mestringsstrategi for å håndtere stress knyttet til tidligere opplevelser, tilpasse og integrere seg i Norge, forebygge ensomhet og for å føle seg forstått av andre..

Hvorvidt det vil fremme eller hemme mestringsopplevelsen vil kunne knyttes til i hvilken grad personen føler seg forstått. Til tross for at deling med det rwandiske fellesskapet ble beskrevet som noe viktig for dem, satte noen ord på at det enkelte ganger kunne føles som “kollektiv grubling” eller at “vi går bare i sirkler”. Når forsøk på mestring på egenhånd eller med andre ikke strekker til, skaper det kanskje et behov for å få hjelp av helsevesenet. Helsevesenets rolle i forbindelse med helserelatert mestring vil videre diskuteres.

6.5. Helsevesenets rolle i mestring av det nye livet i Norge

Datamaterialet kan belyse helsevesenets rolle i mestring av det nye livet i Norge ved å besvare underproblemstillingen: “På hvilken måte har, eller kunne, helsevesenet gitt støtte til helserelatert mestring?”. For å besvare denne problemstillingen vil vi først diskutere hjelpsøkeratferd. Det å velge å søke hjelp kan ses som en forutsetning for å få hjelp, dermed også potensielt et hinder, for at helsevesenet skal kunne gi støtte til helserelatert mestring. Videre har deltakerne flere innspill til “på hvilken måte *kunne* helsevesenet gitt støtte til helserelatert mestring?”. Informasjonen her knyttes i stor grad til spørsmålene hvor deltakerne bes om å gi “tips”. Dette vil diskuteres under 6.4.3. *Implikasjoner for helsevesenet*, som både kan relateres til hjelpsøkeratferd og til møtet med helsepersonell. Implikasjonene baserer seg på deltakernes beskrivelser av måter helsevesenet *har* og *kunne* gitt støtte til helserelatert mestring. Det vil legges spesielt vekt på faktorene forståelse, kunnskap om helse og informasjon om psykisk helsehjelp, oppfatning av roller og helsepersonells kompetanse.

Opplevelser av å ikke kunne bli forstått, og manglende kontroll og mening, kan tenkes å også kunne påvirke hjelpsøking, møter med helsepersonell, og hvorvidt man velger å dele om egen psykisk og fysisk helse med helsepersonell eller ikke.

Som tidligere nevnt skriver Hjelde (2020) at det er et betydelig gap mellom eksisterende psykiske helseplager og graden av kontakt med det norske helsevesenet blant mennesker som kommer fra kriserammede land. Dette stemmer godt overens med resultater både fra vår studie og helseoppfatningsmodellen (Champion & Skinner, 2008, s.47). Det kan derfor være spesielt interessant å se på hvilke faktorer de beskriver som fremmede og hemmende i en eventuell hjelpsøkningsprosess. Tidligere hjelpsøking, samt tidlig oppdagelse av helseproblemer, er forbundet med bedre forebygging og mulighet for å begrense negativ utvikling av vansker (Kornør et al., 2007; Sijbrandij et al., 2007).

Datamaterialet gir inntrykk av at samtlige deltakere har oppsøkt helsevesenet på bakgrunn av fysiske og/eller psykiske plager. Det å søke hjelp for fysiske plager virker lite problematisk for dem. Noen beskriver at de tror de kan ha en tendens til å vente for lenge før de kontakter legen. Det virker imidlertid som at det er en aksept ovenfor seg selv, fra og ovenfor andre, om at legehjelp er nyttig og nødvendig i sykdomstilfeller. På den andre siden hadde et fåtall av informantene mottatt psykisk helsehjelp, og få av dem som hadde oppsøkt slike tjenester hadde opplevd å få den hjelpen de trengte. Enkelte deltakere hadde opplevd å få det de vurderte som god helsehjelp i andre land enn Norge. På bakgrunn av dette vil diskusjonen fremover primært omhandle kontakt med psykolog eller terapeut.

6.5.1. Faktorer som påvirker hjelpsøking og møtet med helsepersonell

6.5.1.1. Behov og kunnskap. Helpesøking kan innebære en tro på at å komme i kontakt med helsepersonell vil kunne bidra til bedring (Champion & Skinner, 2008). En faktor som bidrar til hjelpesøking, er å oppleve en utfordring i hverdagen som er av en slik art at det oppfattes verdifullt å skulle få gjort noe med det. Noen informanter beskriver det som at å søke hjelp var en nødvendighet for å kunne fungere i hverdagen.

Deltakerne uttrykker videre at manglende kunnskap om psykisk helse og hjelpetilbud kan hemme hjelpesøking. En forteller at kunnskap om sammenhengen mellom traumatiske erfaringer og vansker kan være en fremmede faktor. Flere sier også at hjelpesøking påvirkes av hvor viktig de tenker at psykisk helse er. Noen forteller at man ikke ber om hjelp dersom man ikke tenker at dette vil bringe med seg noen fordeler. Slik en deltaker sa det, er det ikke rart om man ikke søker hjelp dersom man tenker at helsepersonell ikke kan eller har kjennskap til hvordan hjelpe, og dersom man ikke selv anser ens mentale helse som viktig. Andre elementer som fremheves som hindringer er språk, oppfatningen av at signifikante andre ville synes det var rart eller bekymringsverdig, økonomiske utgifter, at det ikke er riktig tid i livet, og det å ikke ha lyst til å snakke om det man har opplevd.

6.5.1.2. Forståelse av psykisk helse. Kunnskap om psykisk helse blir altså nevnt som en fremmede faktor for hjelpesøking, samt som hemmende når den mangler. Det er imidlertid viktig å understreke at dersom kunnskapen som blir presentert ikke blir kommunisert på en slik måte at den virker relevant for den enkelte, er helsetilbudet i praksis utilgjengelig. Kunnskap om psykisk helse kan bli presentert på en slik måte at den enkelte ikke føler seg forstått av norsk helsepersonell, og dette vil da kunne hindre hjelpesøking. En av deltakerne i studien beskriver

nettopp dette. Dette kan knyttes til at kulturforskjeller kan medføre ulike oppfatninger av hva som vil kunne hjelpe en pasient. Ut fra et vestlig perspektiv har man en oppfatning av psykisk helse og hvordan man møter ulike utfordringer. Kun fordi dette er majoritetens perspektiv i et vestlig land, trenger imidlertid ikke bety at pasienten har samme forståelsesramme. For eksempel styres forskning av høyinntektsland og kunnskapen vi har om traumatisering er derfor i stor grad forankret i en vestlig forståelse av helse (Van Der Weele, 2014, s. 164). Dersom helseapparatet og den enkelte har ulike oppfatninger av hva som skal til for å motta god hjelp, kan dette påvirke hjelpsøkeratferd og møtet med helsepersonell. Dette kommer vi tilbake til.

6.5.1.3 Skam og opplevde gevinster ved å dele. Videre må ikke kostnadene med å oppsøke hjelp oppfattes for store, og det må foreligge en tro på at det å oppsøke helsevesenet vil kunne hjelpe (Champion & Skinner, 2008). Dette kan tenkes å knyttes til *the dilemma of distress disclosure*, som beskriver at det å åpne seg om noe som er vanskelig både kan innebære kostnader og gevinster. Det tenkes at følelser av skam og stigma påvirker hjelpsøkeratferd blant studiens deltakere. Taushet og skam kan ofte henge sammen, og påvirke hva man ønsker å dele (Anstorp, 2014, s. 197), og dermed også hjelpsøking. Skammen kan handle om en redsel for å bli stemplet, eller utstøtt fra gruppen. Manglende deling kan komme av tanker om at ‘dette må jeg leve alene med’, og kan forsterke ensomheten (Anstorp, 2014, s. 197-198). Skam kan være knyttet til et behov for kontroll over hvem som vet hva. Følelser av skam og stigma blir ikke eksplisitt kommunisert av de fleste deltakerne, bortsett fra en som sier: *“hvis du viser svakhetene dine, så blir du sett på som svak (...) folk sier sånn ‘jeg vil bli sett på som en kriger’ (...) man må ødelegge denne stillhetskulturen. For at vi skal kunne åpne oss mer. Og for å frigjøre oss”*. Det er imidlertid flere av deltakerne som har oppsøkt hjelp for psykiske plager, men som samtidig forteller at de ikke vet om noen andre eller få andre i det rwandiske miljøet i Norge som har gjort det samme. Én mulig forklaring på dette er at det foreligger holdninger om at psykiske plager til en viss grad er tabu, slik som det også kan være for mange nordmenn. Knyttet til dette kan holdninger fra gruppen ha en negativ innvirkning på selvfølelsen dersom man opplever å slite psykisk.

Ut fra at rwandere kommer fra en kollektivistisk kultur, er det også mulig at familien føler på et større ansvar for å hjelpe andre familiemedlemmer i nød, og at terskelen for å søke hjelp gjennom det offentlige helseapparatet dermed er høyere (Ingebretsen, 2020, s. 326). Dersom det er slik at hjelpsøkeratferden påvirkes av skam, trenger ikke dette bety at disse

menneskene ikke er åpne om hvordan de har det med andre. Som de beskriver, deler de om opplevelser fra 1994 og livet i Norge, innad det rwandiske fellesskapet i Norge. Kan det tenkes at det for mange oppleves akseptabelt å diskutere opplevde vansker, men mindre akseptabelt å ha det så vanskelig at man ser seg nødt til å motta hjelp fra helsevesenet? Eller kan det tenkes at fellesskapet oppleves å erstatte behovet for offentlig hjelp fra helsevesenet?

6.5.1.4. Oppfattet kunnskap, forståelse og kontroll. Opplevelser av manglende kontroll og forståelse for hvordan de kunne påvirke egen helsesituasjon, ble av flere deltakere beskrevet som en forutsetning for å oppsøke psykisk helsehjelp. To deltakere beskrev at å få spørsmål om hva de ønsket å bruke timene på fremover gjorde dem kritiske til helsetjenesten. De søkte hjelp nettopp fordi de trengte andres kompetanse. Kan dette forklares av at mange fra kollektivistiske kulturer ikke er like vant til å et individuelt fokus i samtalene? En undersøkelse finner gjennomgående at et individuelt fokus i samtalene fører til at enkelte fra andre kulturelle bakgrunner ikke føler seg forstått. Dette kan skyldes opplevelser av at betydningen av familien eller andre viktige personer ikke blir vektlagt i tilstrekkelig grad (Allum et al., 2020, s. 260). Kan en annen faktor være holdninger om at psykisk helsevern gir hjelp på samme måte som for fysisk helsehjelp? Eksempelvis er det mulig at det kan ligge en forventning om at det er behandleren (psykolog/terapeut) som i større grad tar avgjørelser om hva som skal til for at pasienten skal få det bedre, istedenfor at dette blir et felles prosjekt. Dette vil vi komme nærmere tilbake til.

Forståelse for og kunnskap om egen helse kan tenkes å påvirke møtet med helsepersonell. Til tross for en generell uttrykt forventning om at legen (eller annen behandler tilknyttet fysisk helsehjelp) i stor grad foretar behandlingsavgjørelser, ønsket noen deltakere å ta større del i medisinske beslutninger. Dette hadde de opplevd som vanskelig, for eksempel i vurderinger om konkrete behandlingstilbud (MR, avgjørelser ved komplikasjoner under operasjoner etc.). En informant sa at legenes utdanning og kompetanse ikke kompenserte for hens ønske om å bli lyttet mer til i avgjørelser. Resultatene viser det motsatte i møte med psykisk helsevern. En informant ønsket at psykologene skulle tatt mer ledelse. Hen stilte seg kritisk til det å inkludere pasienten i utformingen av behandlingstilbudet. Kan disse beskrivelsene av møter med de ulike helsetjenestene si noe om hvor stor grad av kontroll, kunnskap eller forståelse deltakerne opplever å ha knyttet til egen fysisk og psykisk helse? Forskning viser at mer kunnskap om psykisk helse og helsehjelp påvirker holdninger til behandlingssituasjonen (Pryer & Distefano, 1977).

6.5.1.5. Forventninger til psykologens rolle. Et annet aspekt som kan påvirke deltakernes møte med psykolog, kan være at de har en annen forståelse for hva psykologen sin rolle er ment til å være enn det behandleren selv har. Erfaringer knyttet til en slik forventningsbrist kan, hvis det ikke adresseres, gjøre at psykisk helsehjelp oppfattes mindre relevant, og kan påvirke senere hjelpsøking og mestring med helsevesenet. Knyttet til forventninger om psykologens rolle, beskriver en deltaker smerten det var å komme til en terapeut som sa: *“jeg kan ikke forstå hva du har vært gjennom”*. Samtidig som det er viktig å ikke devaluere at dette opplevdes vondt for pasienten, kan en slik setning ha reflektert en norsk (eller vestlig) tilnærming til terapi. Setningen kan ha vært terapeutens forsøk på å vise forståelse ved å validere alvoret i pasientens opplevelser, og anerkjenne at hens historie, kultur og kontekst er ulik ens egen. Det kan også ha vært uttrykk for en usikkerhet som kan oppstå når klientens kultur og historie skiller seg markant ut fra psykologens. En slik usikkerhet kan skape tvil på om egen praksis, kunnskap og kompetanse er tilstrekkelig (Holt, 2020, s. 160). Uheldigvis beskriver deltakeren at utsagnet ble tolket som at terapeuten ikke en gang ville forsøke å forstå hen. Denne pasient-terapeut interaksjonen kan være interessant å se i lys av en vestlig forståelse av terapiforløp.

Et vestlig rammeverk vil ofte beskrive terapi som et gjensidig samarbeid mellom pasienten og terapeuten, der begge parter ansvarliggjøres for at behandlingen skal bli så vellykket som mulig. Psykologen kan, for å ansvarliggjøre pasienten, for eksempel si: *“jeg kan ikke forstå, men du kan hjelpe meg til å forstå”*. Dette kan bidra til at de sammen finner en felles platform og forståelse, noe som kan bli et viktig utgangspunkt for terapi (Anstorp, 2014; Holt, 2020). Det er imidlertid mulig at kulturelle holdninger påvirker forventninger om psykologens rolle i terapi. Som nevnt tidligere, kan det foreligge en forventning om at psykologens og legens rolle er relativt like. Dette kan eksempelvis innebære en forventning om at psykologen, slik som legen, jobber for å minimere pasientens symptomer. Behandlerens innsats, blir da i stor grad det eneste som påvirker symptomforløpet. I kontrast til dette, er vestlig perspektiv på psykologisk terapi at det er et fellesprosjekt. Dersom dette er tilfellet, stemmer ikke terapeuten forståelse av hva som kan være hjelpende overens med pasientens forhåpning til helsehjelpen. Et slikt grunnlag basert på ulike oppfatninger vil kunne påvirke det psykologiske behandlingsforløpet.

6.5.1.6. Opplevelser av å bli forstått. Samtidig sier en informant at hen tror mange opplever psykisk helsehjelp som en ny og fremmed løsning som kan være vanskelig å akseptere. Kan det hende at dersom man ikke forstår løsningen, tror man ikke at *“løsningen kan forstå”* en selv?

Dersom løsningen presenteres av personer som oppfattes som utgruppemedlemmer (Tajfel & Turner, 1979), kan det tenkes at man identifiserer løsningen med utgruppen, og i mindre grad med seg selv. Deltakerne uttrykte at opplevelser av å kunne bli forstått var en forutsetning både for å oppsøke hjelp og for at det terapeutiske forløpet skulle kunne være vellykket. Van der Weele (2014) foreslår at et terapeutisk løp i det norske helsevesenet som foregår innenfor klientens kulturelle kontekst kan bidra til mestring og håndtering av vansker (Van Der Weele, 2014, s. 180). Dette kan det argumenteres for at støttes av resultatene i denne studien. Noen deltakere hadde opplevd å få god hjelp i hjemlandet, noen før og noen etter at de flyttet til Norge. Enkelte av de samme personene fortalte at de avbrøt kontakten med helsevesenet i Norge etter å ikke ha følt seg forstått. Deltakerne våre snakker om at opplevelsen av at andre hadde manglende kunnskap om Rwanda som land og landets historie og folkemord bidro til at de ikke følte seg forstått og dermed ikke hadde tro på at de kunne hjelpes der.

Å ikke føle seg forstått kan også påvirke møtet med helsepersonell. For å bidra til at pasienten skal kunne føle på mestring av psykiske plager med hjelp av helsevesenet, kan det være viktig at terapeuten er bevisst hvordan verdisett og kommunikasjonsstil påvirker samspillet mellom mennesker (Van Der Weele, 2014, s. 165). Slike bevisstgjøringer kan for eksempel omhandle hvor vant man er med å anerkjenne egne tanker og følelser, eller refleksjoner rundt hvordan en pasient fra en kollektivistisk bakgrunn, til forskjell fra en selv, i større grad kan forstå seg selv i relasjon til familien. En bevisstgjøring omkring disse prosessene kan bidra til et godt samarbeid mellom psykologen og pasienten. Slike refleksjoner kan også gjøre det lettere å legge merke til når vår forståelse skiller seg fra pasientens (Van Der Weele, 2014, s. 165).

6.5.2. Praktiske implikasjoner for helsepersonell

Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 (2014-2015)) fremhever betydningen av mestring for enkeltmenneskets helse og opplevde livskvalitet, et ansvar som i vestlig forståelsesramme delvis plasseres hos helsepersonell. Resultatene fra denne studien viser nødvendigheten av et kompetanseløft blant helsepersonell, knyttet til å møte mennesker med annen kulturell bakgrunn som har kommet fra kriserammede land. Det er viktig at helsepersonell i Norge har kompetansen til å tilby migrasjonsbefolkningen likeverdige og tilpassede helsetjenester (Hjelde, 2020, s. 83). Videre er det sentralt, basert på informanters utsagn, å informere om eksisterende tilbud for å øke opplevd relevans og tilgjengelighet av psykiske helsetjenester.

Innledningsvis ble mestring definert som evnen til å vellykket tilpasse seg motgang (Thompson et al., 2018). En utvidet definisjon, av Vifladt og Hopen (2004), inkluderer nyanser i definisjonen som kan knyttes tett opp mot resultatene i denne studien: «Mestring dreier seg i stor grad om en opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg å tilpasses den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre» (Vifladt & Hopen, 2004, s.61). Terapeutens rolle kan da bli å hjelpe pasienten med å identifisere utfordringene som det er behov for å mestre bedre, og utforske og støtte sorgen over det som må aksepteres.

Den sistnevnte definisjonen trekker frem kontrollaspektet som mange av informantene nevner. Deltakernes svar impliserer at støtte fra helsepersonell til atferdsaktivering kan være hjelpsomt. Resultatene viser i stor grad at deltakerne har behov for, og velger å ta kontroll i livene sine for å minimere smerten. De nevner også mange av prinsippene ved kognitiv atferdsterapi, uten at de selv kobler det til en terapeutisk setting. Dette kan også ses på som en måte å aktivt ta kontroll på. De beskriver det som noe som har hjulpet dem. Flere informanter påpeker en sammenheng mellom handlinger, tanker, følelser og hvordan kroppen kjennes. Dette gjør de i forbindelse med spørsmål som “hva har vært viktig for deg?” og “hva har vært viktig for deg i møte med det som har vært vanskelig?”. De omtaler selv dette med å komme seg ut, involvere seg i aktiviteter, treffe andre, og det kan sies at de på denne måten tar tak i atferdskomponenten ved kognitiv atferdsaktivering (Berge & Repål, 2015, s.34).

En deltaker beskrev det som hjelpsomt å lære om kroppslige responser og måter å roe seg selv ned. Slik bidro helsepersonell med kunnskap og teknikker som hen kunne bruke i tilfeller når hen ble overveldet av minner eller følelser. Planlagte strategier vil kunne være spesielt nyttige for å redusere frykt for å miste kontrollen. Dette fordi man har en plan for hva man kan gjøre dersom det skulle skje. Igjen belyser dette viktigheten av at terapeuten aktivt undersøker pasientens konkrete støttebehov.

Deltakerne synes å oppleve mye ambivalens knyttet til å skulle dele erfaringer med andre. Ambivalensen kan muligens delvis forklares av et behov for kontroll i møtet med den andre som slippes inn i det som er vondt. Som diskutert støttes dette av teori om distress-disclosure, det å åpne seg innebærer det å gjøre seg sårbar for den andres respons og kommentarer (Coates og Winston, 1987). Målet om å gjenvinne kontroll på sikt, knyttet til minner og følelser, vil ved

posttraumatiske symptomer kunne innebære å stille seg selv i posisjoner der man igjen vil kunne kjenne på manglende kontroll. Med andre ord kan helsepersonell be personer som kommer fra kriserammede land til en ny og uoversiktlig kultur om å dele eller eksponere seg for opplevd manglende kontroll (Bisson et al., 2013). Dette kan oppleves truende og vanskelig og det kan være viktig at helsepersonell tydeliggjør dette paradokset i dialogen med pasienten.

Slik det har kommet frem i diskusjonen tidligere så kan erfaringene knyttet til traumatiske erfaringer, migrasjon, sorg og tap medføre et behov for å oppleve seg forstått. Derfor kan det være spesielt viktig å tilrettelegge praktisk ved bruk av tolk og begreper som personene selv kjenner til. Det kan også være viktig at helsepersonell som jobber i kontakt med flyktninger, setter seg inn i krisene som fører mennesker på flukt til Norge, og informerer seg om geografi og andre kulturer i forkant av møter med pasientene. Dette for at den enkelte skal slippe å måtte være turistguide i en situasjon der det er deres helse som skal være i fokus. Et konkret forslag er å lage digitale videokurs for fastleger, psykologer og andre aktører som møter dem, der de kort og enkelt kan få grunnleggende kunnskap om hjelpsøkerens bakgrunn (eks. Kultur, geografi og fluktårsak).

Videre spesifiserer Vifladt og Hioen (2004) at mestringsprosessen krever det å ha krefter til å møte det som oppleves vanskelig på en tilpasningsdyktig måte. Eksempelvis er ikke enhver "god" behandling nødvendigvis god for alle, men avhengig av utgangspunkt og kapasitet. Traumebehandling baserer seg for eksempel i stor grad på eksponering (Bisson et al., 2013). Dette er en prosess som ofte er emosjonelt belastende for de fleste pasienter. To av deltakerne beskrev traumeeksponering som noe som ikke fungerte for dem. De opplevde at de ikke sto oppreist eller hadde fått stabilisert egen livssituasjon før behandlingen, og at det å skulle gå inn i traumenarrativet dermed ble en for stor påkjenning. En vurdering på om det er riktig tid i livet for pasienten å skulle prosessere traumatiske minner, vil være en viktig del av det å være en tilpasningsdyktig behandler.

Vifladt og Hopen (2004) beskriver også at aktiv og god mestring innebærer å anerkjenne det man må lære seg å leve med, og det man kan mestre ved å jobbe for endring. Dette sammenfaller med informantene sine forklaringer. To deltakere beskriver for eksempel at enkelte aspekter ved den nye hverdagen, som sorgen de bærer med seg, må de lære seg å leve med heller enn å forvente at den skal forsvinne. En deltaker sa at dette var den beste hjelpen hen hadde fått av helsepersonell; "lærte hvordan jeg skulle samarbeide med meg selv". Dette sitatet

handler kanskje nettopp om å vite når og hva man skal kjempe, og når og hva man skal akseptere.

Datamaterialet gir også implikasjoner på systemnivå. Studien kan tilføre en utvidet forståelse vedrørende informasjonsbehovet som ligger til grunn for opplevelsen av helsevesenets relevans (Hjelde, 2020, 84), knyttet til det å oppleve seg forstått: *“både kjennskap til – og dermed tilgang til – og bruken av helsetjenestene blant migranter henger sammen med forklaringsmodeller av psykisk helse, sykdom og behandling og kunnskap om hva de kan få hjelp til i henholdsvis førstelinjen og spesialisthelsetjenesten. Dessuten henger dette sammen med migrantpasientenes opplevelse av å bli møtt og forstått - bokstavelig og helsemessig - på en måte som er til hjelp”* (Hjelde, 2020, s. 80). I vårt datamateriale beskrives helsetilbudene som uoversiktlige og ukjente. Det kan anses som viktig med tilbud som er fysisk og informasjonsmessig tilgjengelige. Det vurderes sentralt å informere om hvor og hva man kan søke hjelp for. Basert på resultatene virker det ikke tilstrekkelig å beskrive tilbud som “psykisk helsehjelp”. Det kan være viktig å være mer konkret, og for eksempel informere om at: “du kan søke hjelp (her) dersom du opplever vansker med å sove, mareritt, være trist mesteparten av tiden, konsentrasjonsvansker, unngå ting som gjør hverdagen vanskelig for deg, sterke og påtrengende minner, eller andre ting som gjør at du blir mye sliten og tappet for energi” (basert på beskrivelser av symptomer fra informantene i denne studien) (Bisson et al., 2013). Oppsummerende er det viktig at helsepersonell evner å informere om tjenestene slik at pasienten kjenner seg igjen, føler seg forstått og opplever dem som relevante.

Deltakerne forteller også at, på samme måte som det opplevdes lettere å skulle delta i studien da informasjonen ble gitt av en “likemann” som de identifiserer seg med og opplever at forstår, kan dette også benyttes ved informering om psykisk helse, psykoedukasjon, selvivaretagelse og tilbud om helsehjelp. En mulighet kunne vært undervisning for mennesker fra kriserammede land, med hjelp fra andre personer som selv har lignende bakgrunn og kan forklare hvordan de selv opplever kursets innhold som relevant. Dette vil da kunne oppleves som mer troverdig og gyldig informasjon for dem å ta til seg i sitt liv. Det vil også kunne motvirke det at en person tror, føler, eller opplever å måtte legge fra seg sin kulturelle identitet for å motta psykisk helsehjelp (Van Der Weele, 2014, s. 165). Det kan være viktig at helsepersonell husker at personer vil være mindre villige til å velge en løsning dersom den står i motsetning til egne verdier, oppfatninger og erfaringer. Enkelte deltakere fortalte at det var utviklet egne program for

psykisk helsehjelp i Rwanda, som de beskrev at hadde hjulpet mange, i etterkant av folkemordet mot tutsifolket. På bakgrunn av det, kunne man tenkt seg at det norske helsevesenet hadde søkt kompetanse og råd i det lokale rwandiske hjelpeapparatet, for å bedre egen forståelse for hvordan helsehjelpen best kunne vært organisert og utformet i Norge for denne gruppen.

Slik kan vi se at datamaterialet peker mot faktorer av betydning for møtet mellom helsepersonell og mennesker som har erfaringer knyttet til traumatiske hendelser, sorg og tap, og migrasjon, og videre implikasjoner for hvordan helsepersonell kan hjelpe. Det begrensede datamaterialet impliserer også et behov for bredere kartlegging rundt hvordan helsepersonell kan legge til rette for gode mellommenneskelige møter og god hjelp til mennesker av ulik kulturell bakgrunn, kjønn og alder, som kommer til Norge fra kriserammede land.

6.6. Implikasjoner for videre forskning

Denne studien gir et unikt innblikk i ti personers opplevelse av tiden etter ankomst til Norge. Analysen bidrar til nye spørsmål. For det første vil det være interessant å se videre på tematikken knyttet til i hvilken grad mennesker som kommer til Norge fra kriserammede land opplever relevans og nytte av helsetilbudet som tilbys i Norge. Knyttet til dette kunne det vært interessant å undersøke nærmere hvilke faktorer som bidrar til opplevd relevans av helsevesenet i ulike migrantgrupper; samt videre om hvordan helsevesenet bedre kan styrke opp om det som er viktig for dem, og gi hjelp i det som er vanskelig. Til Norge kommer det mange ulike mennesker med ulike personligheter, kulturelle bakgrunner og erfaringsbakgrunner, samt ulike styrker og sårbarheter. Mer forskning som inkluderer en større andel av disse vil være nødvendig for å kunne øke generaliserbarhet av funn, siden denne studien er av kvalitativ og bred art.

Som nevnt tyder tidligere forskning på at mennesker med flyktningbakgrunn ofte søker hjelp i mindre grad enn det som kan anses som hensiktsmessig (Hjelde, 2020, s.84). Impliserer dette at å søke hjelp tidligere eller oftere ville hatt en positiv innvirkning på helsen deres? Med bakgrunn i resultatene våre vil det være naturlig å stille seg spørrende til hvorvidt økt hjelpsøking alene ville løst denne utfordringen. Hva om hjelpen som tilbys, eller kunnskapen som helsepersonell har, ikke er tilstrekkelig eller har riktig fokus? Er det da et mål at ulike migrantgrupper oppsøker hjelp tidlig? Det vurderes hensiktsmessig for videre forskning å se nærmere på hvordan det nåværende helsetilbudet og informering om tjenester som gis flyktninger, kan styrkes for at tilbudene skal oppleves relevante, tilgjengelige, og i større grad hjelpsomme.

Ettersom deltakerne beskriver opplevelser med å ikke føle seg forstått av andre i Norge og av helsepersonell, vil det være interessant å undersøke om dette er noe man kan finne i annen forskning på andre migrantgrupper og med større utvalgsgrupper. Videre vil kvalitativ forskning kunne egne seg godt til å se nærmere på hva forståelse betyr og innebærer for enkelte, hvorfor det oppleves viktig, hva som kan bidra til at noen føler seg forstått, og hvilke erfaringer mennesker har med å føle seg (eller ikke oppleve seg) forstått. Fremming av opplevelser av å bli forstått kan forhåpentligvis bidra til at migranter lettere kan føle på tilhørighet og fellesskap i vertslandet, samt muligens senke terskelen for å oppsøke helsehjelp.

Kvalitative studier som denne er viktige for å styrke forståelsen av hvordan helsehjelp oppleves og i hvilken grad den oppfattes nyttig og hjelpende av pasienten. Deltakerne har delt erfaringer fra hele oppholdet i Norge, noe som vil kunne innebære at personer som ankommer Norge i dag kan møte et system og et helsevesen som har endret seg over tid. Videre forskning kan med fordel se nærmere på i hvilken grad psykisk helsetilbud oppfattes som tilgjengelige i dag, og hvorvidt personer opplever å måtte være turistguide, historieforteller eller legge fra seg sin kulturelle identitet for at helning skal kunne finne sted og for å kunne oppleve seg forstått (Van Der Weele, 2014, s. 165).

7. Konklusjon

Denne studien har forsøkt å besvare problemstillingen: “Hva kan bidra til og hva kan hindre helserelatert mestring for mennesker som har erfaringer knyttet til traumatiske hendelser og migrasjon?”, ledsaget av underproblemstillingene beskrevet i introduksjonen. Samtlige deltakere har opplevd traumatiske opplevelser, sorg og tap, og migrasjon, og disse erfaringene påvirker livet i Norge. I diskusjonen har vi sett på sammenhengen mellom disse erfaringene, og opplevelser av mangel på forståelse, kontroll og mening.

Videre beskriver deltakerne aspekter ved livet i Norge som har bidratt til mestring: blant annet familie, venner, fellesskap, aktiviteter, jobb, skole, religion, språk og opplevelsen av å utgjøre en forskjell. Disse faktorene kan argumenteres for å knyttes til valg om å ta kontroll for å motvirke og redusere eventuelle opplevelser av maktesløshet og håpløshet. Videre virker det som at disse aspektene bidrar til en sterkere meningsopplevelse i møte med det tragiske og meningsløse som har skjedd. Basert på forskningen sett opp mot resultatene, kan mestring av helseplager knyttet til traumatiske opplevelser og migrasjon, handle om å leve med eller

akseptere den tilstedeværende sorgen, samtidig som å forsøke å lindre smerten gjennom opplevd tilhørighet og mening. Det deltakerne beskriver som viktig og vanskelig, sammenfaller i at erfaringer berører behovene for kontroll, mening, tilhørighet og det å bli forstått. Slik belyser datamaterialet mestringsatferd i form av å dele, og gjenvinne mening og kontroll. Helsevesenets bidrag i mestring forventes å styrkes med kulturelt tilpasset informasjon om hvorfor helsetilbudet er relevant, og kunnskapsformidling om psykisk helse og psykoedukasjon. Økt kompetanse blant helsepersonell vurderes også hensiktsmessig for å fremme at personer med ulik kulturell- og erfaringsbakgrunn kan oppleve å bli forstått, og forstå seg selv, uten å måtte legge bort sin kulturelle identitet.

Oppgavens tittel er etter vår mening sentral i denne forbindelse. Deltakerne beskriver hvordan livet etter de tragiske hendelsene i hjemlandet i 1994 oppleves som en kamp, men en kamp de er klar over er deres og som de ikke kan flykte fra. Helsevesenets oppgave kan dermed oppsummeres i å ruste og støtte pasienten i bearbeidelsen av denne kampen.

Referanser

- Aambø, O. A. (2020). Oversiktsartikkel: Innvandreres helse – en utfordring for helsetjenesten. *Michael Journal*, 17(2), 510-527.
<https://www.michaeljournal.no/article/2020/03/Innvandreres-helse-%e2%80%93-en-utfordring-for-helsetjenesten>
- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. *Trauma Violence and Abuse*, 6(3), 195-216. <https://doi.org/10.1177/1524838005277438>
- Aho, A. L., Tarkka, M. T., Åstedt-Kurki, P., & Kaunonen, M. (2006). Fathers' grief after the death of a child. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(6), 647-663.
<https://doi.org/10.1080/01612840600643008>
- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.333>
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. F. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. I M. P. M. Richards (Red.), *The integration of a child into a social world* (s. 99–135). Cambridge University Press.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665–683.
<https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x>
- Al-Baldawi, R. (2002). Migration-related stress and psychosomatic consequences. *International Congress Series*, 1241(40), 271-278. [https://doi.org/10.1016/S0531-5131\(02\)00649-0](https://doi.org/10.1016/S0531-5131(02)00649-0)
- Alberts, H. J., Schneider, F., & Martijn, C. (2012). Dealing efficiently with emotions: Acceptance-based coping with negative emotions requires fewer resources than suppression. *Cognition & Emotion*, 26(5), 863-870.
<https://doi.org/10.1080/02699931.2011.625402>
- Aldwin, C. M., & Park, C. L. (2004). Coping and physical health outcomes: An overview. *Psychology & Health*, 19(3), 277-281. <https://doi.org/10.1080/0887044042000193514>
- Alivernini, F., Cavicchiolo, E., Girelli, L., Lucidi, F., Biasi, V., Leone, L., Cozzolino, M. & Manganeli, S. (2019). Relationships between sociocultural factors (gender, immigrant

- and socioeconomic background), peer relatedness and positive affect in adolescents. *Journal of Adolescence*, 76, 99-108. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.08.011>
- Allum, T. K., Vilhelmshaugen, M-L., & Eikrem, T. (2020). Når familien alltid er med. I A. Ottesen Berg & K. Holt (Red.), *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid* (s. 251-266). Gyldendal.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andersson, E. S., Skar, A-M. S., & Jensen, T. K. (2021). Unaccompanied refugee minors and resettlement: Turning points towards integration. *European Journal of Social Psychology*, 51(3), 572-584. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2761>
- Anstorp, T. (2014). Skam som motor i utvikling av traumelidelser. I T. Anstorp & K. Benum (Red.), *Traumebehandling: komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 197-203). Universitetsforlaget.
- Arnetz, J., Rofa, J., Arnetz, B., Ventimiglia, M., & Jamil, H. (2014). Resilience as a protective factor against the development of psychopathology among refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(3), 167-172. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182848afe>
- Atilola, O., Stevanovic, D., Moreira, P., Dodig-Ćurković, K., Franic, T., Djoric, A., Davidovic, N., Avicenna, M., Noor, I. M., Monteiro, A. L., Ribas, A., Stupar, D., Deljkovic, A., Nussbaum, L., Thabet, A., Ubalde, D., Petrov, P., Vostanis, P., Knez, R. (2021). External locus-of-control partially mediates the association between cumulative trauma exposure and posttraumatic stress symptoms among adolescents from diverse background. *Anxiety, Stress, & Coping*, 34(6), 626-644. <https://doi.org/10.1080/10615806.2021.1891224>
- Austad, A. (2020). Eksistensielle dimensjoner i sorg. I Rykkje, L. & Austad, A. (Red.), *Eksistensielle begreper i helse- og sosialfaglig praksis* (s.117-133). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215035697-2020-07>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2), 122-147. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>

- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. I V. S. Ramachaudran (Red.), *Encyclopedia of human behavior*, (s. 71-81). New York Academic Press.
- Banyanga, J. D., Björkqvist, K., & Österman, K. (2017). Trauma inflicted by genocide: experiences of the Rwandan diaspora in Finland. *Cogent Psychology*, 4(1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/23311908.2017.1333244>
- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. The Guilford press.
- Baumeister, R. F. & Landau, M. J. (2018). Finding the meaning of meaning: Emerging insights on four grand questions. *Review of General Psychology*, 22(1), 1-10. <https://doi.org/10.1037/gpr0000145>
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Bedard-Gilligan, M., Jaeger, J., Echiverri-Cohen, A., & Zoellner, L. A. (2011). Individual differences in trauma disclosure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(2), 716-723. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.10.005>
- Benight, C. C. & Cieslak, R. (2011). Cognitive factors and resilience: how self-efficacy contributes to coping with adversities. I S. M. Southwick, B. T. Litz, D. Charney, M. J. Friedman (Red.), *Resilience and mental health: challenges across the lifespan*. (s. 45-55). Cambridge University Press.
- Berg, I. K. (1994). *Family-based services: A solution-focused approach*. W. W. Norton & Company.
- Berge, T. & Repål, A. (Red.) (2015). *Håndbok i kognitiv terapi* (2.utg.). Gyldendal
- Berry, J. W. & Kim, U. (1987). Comparative studies of acculturative stress. *International Migration Review*, 21(3), 491-511. <https://doi.org/10.1177/019791838702100303>
- Bhugra, D. (2004). Migration, distress and cultural identity. *British Medical Bulletin*, 69(1), 129-141. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldh007>
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>
- Blackie, L. E. R., Jayawickreme, E., Forgeard, M. J. C., & Jayawickreme, N. (2015). The protective function of personal growth initiative among a genocide-affected population in

- Rwanda. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 7(4), 333-339.
<https://doi.org/10.1037/tra0000010>
- Blindheim, A. (2017). Ikke neglisjer det vonde hos pasienten. *Sykepleien*,
<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/03/ikke-neglisjer-det-vonde-hos-pasienten>
- Blindheim, A., Djup, H., W. & Straume, M. (2020, 20. mars). Smerten ingen vil se. *Klinikk for krisepsykologi*.<https://krisepsykologi.no/wp-content/uploads/2021/05/Smerten-ingen-vil-se-Kronikk-av-Blindheimm-W.-Djup-og-Straume.pdf>
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: A systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15(29), 1-41.
<https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
- Bolton, P. (2001). Local perceptions of the mental health effects of the Rwandan genocide. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(4), 243-248.
<https://doi.org/10.1097/00005053-200104000-00006>
- Braun, V. & Clarke, V. (2015). (Mis)conceptualising themes, thematic analysis, and other problems with Fugard and Potts' (2015) sample-size tool for thematic analysis. *International Journal of Social Research Methodology*, 19(6), 739-743.
<https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1195588>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brekke, I. (2019). *Den ensomme sorgen: en studie av utfordringer ungdom i sorg gir uttrykk for i brev skrevet til På Skråss* [Masteroppgave]. MF open. https://mfopen.mf.no/mf-xmlui/bitstream/handle/11250/2607756/5000_Brekke%2c%20Irene.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>
- Brewer, M. B. (1999). The psychology of prejudice: ingroup love or outgroup hate? *Journal of Social Issues*, 55(3), 429-444.
<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.197.4614&rep=rep1&type=pdf>

- Bulman, R. J. & Wortman, C. B. (1977). Attributions of blame and coping in the “real world”: Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(5), 351–363. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.35.5.351>
- Carlson, E. B., & Dalenberg, C. J. (2000). A Conceptual Framework for the Impact of Traumatic Experiences. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(1), 4-28. <https://doi.org/10.1177%2F1524838000001001002>
- Champion, V. L. & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. I K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Red.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, (s. 45-65). Jossey-Bass.
- Chubb, N. H., Fertman, C. I. & Ross, J. L. (1997). Adolescent self-esteem and locus of control: A longitudinal study of gender and age differences. *Adolescence*, 32(125), 113-129. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/adolescent-self-esteem-locus-control-logitudinal/docview/195943252/se-2?accountid=12870>
- Chung, M. C., AlQarni, N., Muhairi, S. A., & Mitchell, B. (2017). The relationship between trauma centrality, self-efficacy, posttraumatic stress and psychiatric comorbidity among Syrian refugees: Is gender a moderator? *Journal of Psychiatric Research*, 94, 104-115. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.07.001>
- Clark, P. (2010). *The Gacaca courts, post-genocide justice and reconciliation in Rwanda: Justice without lawyers*. Cambridge University Press.
- Coates, D., & Winston, T. (1987). The dilemma of distress disclosure. I V. J. Derlega & J. H. Berg (Red.), *Self-disclosure. Perspectives in Social Psychology* (s. 229-255). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-3523-6_11
- Collins, R. L., Taylor, S. E., & Skokan, L. A. (1990). A better world or a shattered vision? Changes in life perspectives following victimization. *Social Cognition*, 8(3), 263-285. <https://doi.org/10.1521/soco.1990.8.3.263>
- Conner, M. & Armitage, C. J. (1998). Extending the theory of planned behavior: A review and avenues for further research. *Journal of applied social psychology*, 28(15), 1429-1464. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1998.tb01685.x>
- Conner, M. & Norman, P. (2015). Predicting and Changing Health Behaviour: A Social Cognition Approach. I M. Conner & P. Norman (Red.), *Predicting and Changing Health*

- Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models* (3. utg., s. 1-27). Open University Press.
- Cozby, P. C. (1973). Self-disclosure: a Literature Review. *Psychological Bulletin*, 79(2), 73-91. <https://doi.org/10.1037/h0033950>
- Crossley, M. L. (2000). Narrative psychology, trauma and the study of self/identity. *Theory & Psychology*, 10(4), 527-546. <https://doi.org/10.1177/0959354300104005>
- Cusack, S. E., Coleman, J. A., Rappaport, L. M. & Sheerin, C. (2019). Moderation of improvement in self-efficacy following group psychotherapy for PTSD. *Psychological Services*, 16(4), 657-663. <http://dx.doi.org/10.1037/ser0000260>
- Davis, C. G., Wortman, C. B., Lehman, D. R., & Silver, R. C. (2000). Searching for Meaning in Loss: are clinical assumptions correct? *Death Studies*, 24(6), 497-540. <https://doi.org/10.1080/07481180050121471>
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). Conceptualizations of intrinsic motivation and self-determination. I E. L. Deci & R. M. Ryan (Red.), *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, (s. 11-40). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7>
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2012a). Motivation, personality, and development within embedded social contexts: An overview of self-determination theory. I R. M. Ryan (Red.), *The Oxford handbook of human motivation* (s. 85–107). Oxford University Press.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2012b). Self-determination theory. I P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Red.), *Handbook of theories of social psychology*, (s. 416–436). Sage Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446249215.n21>
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49(3), 182–185. <https://doi.org/10.1037/a00112801>
- Derlaga, V. J. & Berg, J. H. (Red.). (1987). *Self-disclosure: Theory, Research, and Therapy*. Springer Science & Business Media.
- Dimidjian, S., Barrera, M., Jr., Martell, C., Munoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The Origins and Current Status of Behavioral Activation Treatments for Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1–38. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535>

- Downey, G., Khouri, H., & Feldman, S. I. (1997). Early Interpersonal Trauma and Later Adjustment: The Mediational Role of Rejection Sensitivity. I D. Cicchetti & S. L. Toth (Red.), *Developmental Perspectives on Trauma: Theory, Research, and Intervention* (s. 85–114). University of Rochester Press.
- Dyregrov, A. (u.å.). *Om sorg og vanlige etterreaksjoner*. Klinikk for krisepsykologi. Hentet 27. november fra <https://krisepsykologi.no/informasjon/informasjon-og-rad/sorg-og-etterreaksjoner/>
- Dyregrov, A., Gupta, L., Gjestad, R., & Mukanoheli, E. (2000). Trauma Exposure and Psychological Reactions to Genocide Among Rwandan Children. *Journal of Traumatic Stress*, 13(1), 3-21. <https://doi.org/10.1023/A:1007759112499>
- Eide, G. & Fladstad, T. (2019). *Veileder Traumebevisst og relasjonsbevisst omsorg*. Hentet fra <https://flykting.netlify.app/media/traumebevisst-og-relasjonsbasert-omsorg.pdf>
- Eytan, A., Munyandamutsa, N., Nkubamugisha, P. M., & Gex-Fabry, M. (2015). Long-term mental health outcome in post-conflict settings: similarities and differences between Kosovo and Rwanda. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(4), 363-372. <https://doi.org/10.1177/0020764014547062>
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2011). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, 379(9812), 266-282. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60051-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60051-2)
- Flyktinghjelpen (2007). *Flyktingregnskapet 2007 - Alt om mennesker på flukt over hele verden*. <https://www.flyktinghjelpen.no/globalassets/pdf/flyktingregnskapet/flyktingregnskapet-2007.pdf>
- FNs bærekraftsmål (2015). *God helse og livskvalitet: Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder* (Artikkel III) [online, sist oppdatert 21.10.2021]. <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>
- FNs generalforsamling. (2004, 23 februar). *UN Resolution 58/234 - International Day of Reflection on the 1994 Genocide in Rwanda*. <https://undocs.org/A/RES/58/234>
- FN-sambandet (1948, 9. desember). *Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide* (Artikkel II). <https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocitiy->

- [crimes/Doc.1_Convention%20on%20the%20Prevention%20and%20Punishment%20of%20the%20Crime%20of%20Genocide.pdf](#)
- FN-sambandet. (2022, 3. januar). *Folkemord*. <https://www.fn.no/tema/konflikt-og-fred/folkemord>
- FN-sambandet. (2021, 7. april). *Minnedag over folkemordet i Rwanda*. <https://www.fn.no/om-fn/fn-dager/kalender/minnedag-over-folkemordet-i-rwanda>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge* [rapport]. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Fonagy, P. & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372-380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Frankl, V. E. (1984). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. Simon & Schuster.
- Friborg, O. (2007). Psykisk helse og mestring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(8). <https://psykologtidsskriftet.no/doktorgrad/2007/08/psykisk-helse-og-mestring>
- Furman, E. (1986). On trauma: When is the death of a parent traumatic? *The Psychoanalytic Study of the Child*, 41(1), 191-208. <https://doi.org/10.1080/00797308.1986.11823456>
- Gaertner, S. L., Dovidio, J. F., & Bachman, B. A. (1996). Revisiting the contact hypothesis: The induction of a common ingroup identity. *International Journal of Intercultural Relations*, 20(3-4), 271-290. [https://doi.org/10.1016/0147-1767\(96\)00019-3](https://doi.org/10.1016/0147-1767(96)00019-3)
- Gagné, M. & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 331-362. <https://doi.org/10.1002/job.322>
- Gergen, K. J. (1998). From control to coconstruction: new narratives for the social sciences. *Psychological Inquiry*, 9(2), 101-103. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0902_4
- Ghebriel, S. H. & Telnes, S. A. (2019). Adolescents' Perspectives on Well-Being and Mental Health in the Flight Phase: A Mixed Methods Study With Syrian Adolescent Refugees in Lebanon [Masteroppgave]. NTNU Open. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2641348>
- Gill, P., Stewart, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British Dental Journal*, 204(6), 291-295. <https://doi.org/10.1038/bdj.2008.192>

- Glad, K. A. (2017). Traumepåminnere. *Psykologisk Tidsskrift*, 55(7), 648-652.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2017/07/traumepaminnere>
- Godin, G. & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11(2), 87-98.
<https://doi.org/10.4278/0890-1171-11.2.87>
- Gordon, R. D. (1988). The difference between feeling defensive and feeling understood. *The Journal of Business Communication*, 25(1), 53-64.
<https://doi.org/10.1177/002194368802500104>
- Hafstad, G. S. & Siqveland, J. (2008). Posttraumatisk vekst: Et mer helhetlig syn på posttraumatisk tilpasning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(12), 1507-1511.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2008/12/posttraumatisk-vekst-et-mer-helhetlig-syn-pa-posttraumatisk-tilpasning?redirected=1>
- Harnischfeger, J. (2020). Å bli en annen. I A. Ottesen-Berg & K. Holt (Red.), *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid* (s. 16-21). Gyldendal.
- Hefferon, K., Grealy, M., & Mutrie, N. (2009). Post-traumatic growth and life threatening physical illness: a systematic review of the qualitative literature. *British Journal of Health Psychology*, 14(2), 343-378. <https://doi.org/10.1348/135910708X332936>
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. John Wiley & Sons Inc.
<https://doi.org/10.1037/10628-000>
- Helsedirektoratet. (2011). *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer: Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag*. Nasjonalt råd for ernæring.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-og-forebygge-kroniske-sykdommer-metodologi-og-vitenskapelig-kunnskapsgrunnlag>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=Helseforskningsloven>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%C2%A75
- Hjelde, K. H. (2020). Migrasjon og psykisk helse i Norge. I A. Ottesen-Berg & K. Holt (Red.), *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid* (s. 65-83). Gyldendal.
- Holt, K. (2020). Hvem skal få? Om likeverdige tjenester i psykisk helsevern. I A. Ottesen-Berg & K. Holt (Red.), *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid* (s. 158-169). Gyldendal.

- Houston, B. K. (1972). Control over stress, locus of control, and response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 21(2), 249–255. <https://doi.org/10.1037/h0032328>
- Human Rights Watch. (1999). *Africa: World Report 1999*.
<https://www.hrw.org/legacy/worldreport99/africa/index.html>
- Human Rights Watch. (2003). *Lasting Wounds: Consequences of Genocide and War for Rwanda's Children*. <http://www.hrw.org/en/reports/2003/04/02/lasting-wounds>
- Ingebretsen, R. (2020). Demens hos eldre innvandrere, og familiens rolle og behov. I A. Ottesen-Berg & K. Holt (Red.), *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid* (s. 323-339). Gyldendal.
- Irwin, M. R. (2015). Why sleep is important for health: a psychoneuroimmunology perspective. *Annual Review of Psychology*, 66, 143-172.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115205>
- Janoff-Bulman, R., & McPherson Frantz, C. (1997). The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. I M. J. Power & C. R. Brewin (Red.), *The transformation of meaning in psychological therapies: Integrating theory and practice* (s. 91–106). John Wiley & Sons Inc.
- Janz, N. K. & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47. <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Jensen, T. K., Granly, L. B., Hoaas, L. E. C., & Stormyren, S. (2012). Traumefokusert kognitiv atferdsterapi. I K. Martinsen & R. Hagen (Red.), *Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge* (s. 169-199). Gyldendal Akademisk.
- Jensen, T. K., Skar, A. M. S., Andersson, E. S., & Birkeland, M. S. (2019). Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: pre- and post-flight predictors. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 1671–1682. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01340-6>
- Jetten, J., Postmes, T., & Mcauliffe, B. J. (2002). 'We're all individuals': group norms of individualism and collectivism, levels of identification and identity threat. *European Journal of Social Psychology*, 32(2), 189-207. <https://doi.org/10.1002/ejsp.65>
- Joinson, A. N., & Paine, C. B. (2006). Self-disclosure, privacy and the internet. I U-D. Reips, A. Joinson, T. Postmes, & K. McKenna (Red.), *The Oxford Handbook of Internet Psychology*. Oxford.

- Jonsson, A. & Segesten, K. (2003). The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service. *Accident and Emergency Nursing*, 11(3), 141-152.
[https://doi.org/10.1016/S0965-2302\(02\)00217-5](https://doi.org/10.1016/S0965-2302(02)00217-5)
- Kachru, Y. (1985). Discourse analysis, non-native Englishes and second language acquisition research. *World Englishes*, 4(2), 223-232. <https://doi.org/10.1111/j.1467-971X.1985.tb00410.x>
- Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954-2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>
- Kissane, D. W. (2000). Psychospiritual and existential distress. The challenge for palliative care. *Australian Family Physician*, 29(11), 1022-1025.
- Kornør, H., Winje, D., Johansen, K., Weisæth, L., Ormstad, S., Steiro, A. & Fretheim, A. (2007). *Psykososiale tiltak ved kriser og ulykker*. (Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 14 – 2007). Hentet fra <http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/psykososialetiltak-ved-kriser-og-ulykker?vis=sammendrag>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg.). Gyldendal akademisk.
- Kyriacou, C., & Sutcliffe, J. (1979). A note on teacher stress and locus of control. *Journal of Occupational Psychology*, 52(3), 227-228. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1979.tb00456.x>
- La Guardia, J. G., & Patrick, H. (2008). Self-determination theory as a fundamental theory of close relationships. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 201–209.
<https://doi.org/10.1037/a0012760>
- Landridge, D. (2006). Psykologisk Forskningsmetode - En Innføring i Kvalitative og Kvantitative Tilnærminger. *Fagbokforlaget*.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. & Opton Jr, E. M. (1966). The study of psychological stress: A summary of theoretical formulations and experimental findings. I C. D. Spielberger (Red.), *Anxiety and behavior*. Academic Press.

- Luft, J. & Ingram, H. (1961). The Johari Window: a graphic model of awareness in interpersonal relations. *Human Relations Training news*, 5(9), 6-7. <http://www.convivendo.net/wp-content/uploads/2009/05/johari-window-articolo-originale.pdf>
- Lun, J., Kesebir, S., & Oishi, S. (2008). On feeling understood and well: the role of interdependence. *Journal of Research in Personality*, 42(6), 1623-28. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.06.009>
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2015). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Mangrio, E., & Sjøgren Forss, K. (2017). Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 17(814), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2731-0>
- Marks, L. I. (1998). Deconstructing locus of control: Implications for practitioners. *Journal of Counseling & Development*, 76(3), 251-260. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1998.tb02540.x>
- Martinsen, E. W. (2000). Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120, 3054-6. <https://tidsskriftet.no/2000/10/tema/fysisk-aktivitet-sinnets-helse>
- Masaviru, M. (2016). Self-disclosure: theories and model review. *Journal of Culture, Society and Development*, 18, 43-47.
- Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation: The Basic Needs. *Psychological Review*, 50(4), 370-396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- McIntosh, D. N. , Silver, R. , & Wortman, C. B. (1993). Religion's role in adjustment to a negative life event: Coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(4), 812–821. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.4.812>
- Meld. St. 40 (2020-2021) Mål med mening - Norges handlingsplan for å nå bærekraftsmålene innen 2030. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/bcbcac3469db4bb9913661ee39e58d6d/no/pdfs/stm202020210040000dddpdfs.pdf>

- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people to change*. Guilford Press.
- Minow, M. (1993). Surviving victim talk. *UCLA Law Review*, 4, 1411-1445. [https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=744190](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=744190)
- Morelli, S. A., Torre, J. B. & Eisenberger, N. I. (2014). The neural bases of feeling understood and not understood. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(12), 1890-1896. <https://doi.org/10.1093/scan/nst191>
- Morse, J. M. (1995). The Significance of Saturation. *Qualitative Health Research*, 5(2), 147-149. <https://doi.org/10.1177/104973239500500201>
- Movember (2019). *Perceptions of masculinity & the challenges of opening up*. Movember. <https://cdn.movember.com/uploads/images/2012/News/UK%20IRE%20ZA/Movember%20Masculinity%20%26%20Opening%20Up%20Report%2008.10.19%20FINAL.pdf>
- Mueller, S. L. & Thomas, A. S. (2001). Culture and entrepreneurial potential: A nine country study of locus of control and innovativeness. *Journal of Business Venturing*, 16(1), 51-75. [https://doi.org/10.1016/S0883-9026\(99\)00039-7](https://doi.org/10.1016/S0883-9026(99)00039-7)
- Munoz, R. T., Brady, S., & Brown, V. (2017). The psychology of resilience: A model of the relationship of locus of control to hope among survivors of intimate partner violence. *Traumatology*, 23(1), 102–111. <https://doi.org/10.1037/trm0000102>
- Munyandamutsa, N., Nkubamugisha, P. M., Gex-Fabry, M. & Eytan, A. (2012). Mental and physical health in Rwanda 14 years after the genocide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(11), 1753-61. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0494-9>
- Musanabaganwa, C., Jansen, S., Fatumo, S., Rutembesa, E., Mutabaruka, J., Gishoma, D., Uwineza, A., Kayiteshonga, Y., Alachkar, A., Wildman, D., Uddin, M., & Mutesa, L. (2020). Burden of post-traumatic stress disorder in postgenocide Rwandan population following exposure to 1994 genocide against the Tutsi: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 275, 7-13.

- Mutuyimana, C., Sezibera, V., Nsabimana, E., Mugabo, L., Cassady, C., Musanabaganwa, C. & Kayiteshonga, Y. (2019). PTSD prevalence among resident mothers and their offspring in Rwanda 25 years after the 1994 genocide against the Tutsi. *BMC Psychology*, 7(84), 2-7. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0362-4>
- Myhre, M. (2017). Atferdsaktivering for depresjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 55(5), 466-471. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2017/05/atferdsaktivering-depresjon>
- Mørland, J. (2003). Biologiske virkningsmekanismer og noen kliniske effekter av alkohol. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 123(4). <https://tidsskriftet.no/2003/01/tema-alkohol/biologiske-virkningsmekanismer-og-noen-kliniske-effekter-av-alkohol>
- Nair, R., Okuyan, M., & Curtin, N. (2020). Examining Collective Victim Beliefs using Intersectionality. I J. Vollhardt (Red.), *The social psychology of collective victimhood* (s. 252-274). Oxford university press.
- Neimeyer, R.A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24(6), 541–558. <https://doi.org/10.1080/07481180050121480>
- Ng, J. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L. & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325-340. <https://doi.org/10.1177/1745691612447309>
- Ngamaba, K. H. (2016). Happiness and life satisfaction in Rwanda. *Journal of Psychology in Africa*, 26(5), 407-414. <https://doi.org/10.1080/14330237.2016.1208930>
- Nguyen, A-M. D., & Benet-Martínez, V. (2013). Biculturalism and adjustment: A meta-analysis. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44 (1), 122-159. <https://doi.org/10.1177/0022022111435097>
- Nobiling, B. D., & Maykrantz, S. A. (2017). Exploring perceptions about and behaviors related to mental illness and mental health service utilization among college students using the health belief model (HBM). *American Journal of Health Education*, 48(5), 306-319. <https://doi.org/10.1080/19325037.2017.1335628>
- Norsk Folkehjelp (u.å.). *Rwanda*. Norsk Folkehjelp. Hentet 4. juni 2021 fra <https://folkehjelp.no/utvikling-og-humanit%C3%A6rt-samarbeid/her-jobber-vi-med-utvikling-og-humanit%C3%A6rt-samarbeid/rwanda>

- NTNU. (2020). *Zoom-sikkerhet*. <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Zoom+-+sikkerhet>
- Ochsmann, R. & Marcel M. (1994). Depreciating of and distancing from foreigners: Effects of mortality salience. *Unpublished manuscript, Universitat Mainz*.
- Ogden, J. (2003). Some problems with social cognition models: A pragmatic and conceptual analysis. *Health Psychology*, 22(4), 424-428. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.4.424>
- Opaas, M. (2020). Flyktninger med traumerelaterte plager – en kunnskapsoversikt. I A. Ottesen-Berg & K. Holt (Red.), *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid* (s. 89-111). Gyldendal.
- Opaas, M. (2016). *Trauma, personality function, and posttraumatic reactions: a retrospective and prospective study of traumatized refugee patients*. [Doktorgradsavhandling]. DUO research archive. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-53824>
- Oxford Dictionary. (u.å.). *Victim*. Oxford Dictionary. Hentet 5. jan 2022 fra https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/american_english/victim#:~:text=victim-.noun,disease%2C%20an%20accident%2C%20etc.
- Padilla, A. M. & Perez, W. (2003). Acculturation, Social Identity, and Social Cognition: A New Perspective. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 25(1), 35-55. <https://doi.org/10.1177/0739986303251694>
- Papadopoulos, R. K. (2001). Refugee families: issues of systemic supervision. *Journal of Family Therapy*, 23, 405-422. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00193>
- Papageorgiou, C., Wells, A. (2003). An Empirical Test of a Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 261-273. <https://doi.org/10.1023/A:1023962332399>
- Park, C. L. (2008). Testing the meaning making model of coping with loss. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(9), 970-994. <https://doi.org/10.1521/jscp.2008.27.9.970>
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257-301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Park, C. L., & Al, A. L. (2006). Meaning making and growth: New directions for research on survivors of trauma. *Journal of Loss and Trauma*, 11(5), 389-407. <https://doi.org/10.1080/15325020600685295>

- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology, 1*(2), 115-144. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.2.115>
- Park, C. L., Mills, M. A., & Edmondson, D. (2012). PTSD as meaning violation: Testing a cognitive worldview perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(1), 66–73. <https://doi.org/10.1037/a0018792>
- Parry, O. & Mauthner, N. S. (2004). Whose Data Are They Anyway? Practical, Legal and Ethical Issues in Archiving Qualitative Research Data. *Sociology, 38*(1), 139–152. <https://doi.org/10.1177/0038038504039366>
- Pavli, A. & Maltezos, H. (2017). Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *Journal of Travel Medicine, 24*(4), 1-8. <https://doi.org/10.1093/jtm/tax016>
- Plattner, I. E. & Meiring, N. (2006). Living with HIV: The psychological relevance of meaning-making. *Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV, 18*(3), 241-245. <https://doi.org/10.1080/09540120500456227>
- Platt, J. M., Pozen, J., Ntaganira, J., Sezibera, V., & Neugebauer, R. (2021). Gender differences in traumatic experiences and posttraumatic stress symptoms after the Rwandan genocide against the Tutsi. *Journal of Traumatic Stress, 34*(4), 799-807. <https://doi.org/10.1002/jts.22693>
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and Meaning: Data Collection in Qualitative Research. *Journal of Counseling Psychology, 52*(2), 137-145. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.137>
- Regjeringen. (2014, 16. Desember). *Verdens helseorganisasjon*. Regjeringen. [https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/#:~:text=WHO%20mandat%20er%20nedfelt%20i,sykdom%20eller%20idelser%20\(forordnet\).](https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/#:~:text=WHO%20mandat%20er%20nedfelt%20i,sykdom%20eller%20idelser%20(forordnet).)
- Reis, H. T., Lemay Jr, E. P., & Finkenauer, C. (2017). Toward understanding understanding: The importance of feeling understood in relationships. *Social and Personality Psychology Compass, 11*(3), 1-22. <https://doi.org/10.1111/spc3.12308>
- Reis, H. T., & Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. In S. Duck, D. F. Hay, S. E. Hobfoll, W. Ickes, & B. M. Montgomery (Eds.), *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions* (pp. 367–389). John Wiley & Sons.

- Robitschek, C. (1998). Personal growth initiative: the construct and its measure. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*, 30(4), 183-198.
<https://doi.org/10.1080/07481756.1998.12068941>
- Roddenberry, A. & Renk, K. (2010). Locus of control and self-efficacy: potential mediators of stress, illness, and utilization of health services in college students. *Child Psychiatry & Human Development*, 41(4), 353-370. <https://doi.org/10.1007/s10578-010-0173-6>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28.
<https://doi.org/10.1037/h0092976>
- RVTS. (u.å.). *Flyktingers reise*. Ressursportalen om asylsøkere og flyktinger. Hentet 21. oktober 2021 fra <https://flykting.net/reisen>
- RVTS. (u.å.). *Traumeforståelse*. RVTS. Hentet 29. Oktober 2021 fra <https://www.traumebevisst.no/edukasjon/traumeforstaelse.php>
- Ryan, M. E., & Francis, A. J. (2012). Locus of control beliefs mediate the relationship between religious functioning and psychological health. *Journal of Religion and Health*, 51(3), 774-785. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9386-z>
- Sam, D. L. (2020). Migrasjon og akkulturasjon. I A. Ottesen-Berg & K. Holt (Red.), *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid* (s. 46-60). Gyldendal.
- Samdal, O., Wold, B., Harris, A. & Torsheim, T. (2017). *Stress og Mestring* (Rapport). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring>
- Sand, L., Strang, P., & Milberg, A. (2008). Dying cancer patients' experiences of powerlessness and helplessness. *Supportive Care in Cancer*, 16(7), 853-862.
<https://doi.org/10.1007/s00520-007-0359-z>
- Schaal, S., & Elbert, T. (2006). Ten Years After the Genocide: Trauma Confrontation and Posttraumatic Stress in Rwandan Adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 95–105. <https://doi.org/10.1002/jts.20104>
- Shelton, N., Douglass, S., Garcia, R. L., Yip, T., & Trail, T. E. (2014). Feeling (mis)understood and intergroup friendships in interracial interactions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40(9), 1193-1204. <https://doi.org/10.1177/0146167214538459>

- Shigemoto, Y., Ashton, M. W., & Robitschek, C. (2016). Predictors of growth in the aftermath of traumatic events: the role of personal growth initiative. *Journal of Loss and Trauma*, 21(5), 399-409. <https://doi.org/10.1080/15325024.2015.1110446>
- Shigemoto, Y. & Robitschek, C. (2020). Coping flexibility and trauma appraisal predict patterns of posttraumatic stress and personal growth initiative in student trauma survivors. *International Journal of Stress Management*, 28(1), 11-23. <https://doi.org/10.1037/str0000213>
- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V., de Vries, M. H., & Gersons, B. P. (2007). Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioral therapy: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 82-90. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.1.82>
- Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130-139. <https://doi.org/10.1002/wps.20438>
- Sim, J. & Waterfield, J. (2019). Focus group methodology: some ethical challenges. *Qual Quant*, 53, 3003–3022. <https://doi.org/10.1007/s11135-019-00914-5>
- Stathopoulou, T., Avrami, L., Kostaki, A., Cavounidis, J., & Eikemo, T. A. (2019). Safety, health and trauma among newly arrived refugees in Greece. *Journal of Refugee Studies*, 32(1), 22-35. <https://doi.org/10.1093/jrs/fez034>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). *Personer med flyktningbakgrunn*. SSB. <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/personer-med-flyktningbakgrunn>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). *Personer med flyktningbakgrunn, etter statistikkvariabel og år*. SSB. <https://www.ssb.no/statbank/table/08382/>
- Statistisk sentralbyrå (2021, 1.januar). *Innvandrere med landbakgrunn fra Rwanda*. [tall hentet ut for oss av førstekonsulent i ssb: Gullbrandsen, F. G.]
- Steger, M. F. & Park, C. L. (2012). The creation of meaning following trauma: Meaning making and trajectories of distress and recovery. I R. A. McMackin, E. Newman, J. M. Fogler, & T. M. Keane (Red.), *Trauma therapy in context: The science and craft of evidence-based practice* (s. 171–191). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13746-008>

- Strecher, V. J. McEvoy DeVellis, B., Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13(1), 73-92. <https://doi.org/10.1177/109019818601300108>
- Stroebe, M. S., Schut, H. A. W. & Stroebe, W. (2011). Helsemessige følger av sorg. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(9), 883-897. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/09/helsemessige-folger-av-sorg>
- Støren, K. S., Rønning, E. & Gram, K. H. (2020). *Livskvalitet i Norge 2020*. Statistisk Sentralbyrå. (Rapporter 2020/35). https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/433414?_ts=17554096418
- Tajfel, H. & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of inter-group conflict. I W. G. Austin & S. Worchel (Red.), *The Social Psychology of Inter-Group Relations* (s.33–47). Brooks/Cole.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161–1173. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.11.1161>
- Terry, G., Hayfield, N., Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. I C. Willig & W. S. Rogers (Red.), *The SAGE handbook of qualitative research in psychology* (s.17-37), SAGE Publications.
- Thoits P.A. (1985). Social Support and Psychological Well-Being: Theoretical Possibilities. I I. G. Sarason, B. R. Sarason (Red.), *Social Support: Theory, Research and Applications* (s. 51-72). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-009-5115-0_4
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, 53-79. <https://doi.org/10.2307/2626957>
- Thompson, N. J., Fiorillo, D., Rothbaum, B. O., Ressler, K. J., & Michopoulos, V. (2018). Coping strategies as mediators in relation to resilience and posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 225, 153-159. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.049>
- Tropp, L. R., & Wright, S. C. (2001). Ingroup identification as the inclusion of ingroup in the self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(5), 585–600. <https://doi.org/10.1177/0146167201275007>

- Ulmer, A., Range, L. M., & Smith, P. C. (1991). Purpose in life: A moderator of recovery from bereavement. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 23(4), 279-289.
<https://doi.org/10.2190/33VU-BANW-C54V-W7VF>
- UNESCO. (2021). *International Day of Reflection on the 1994 Genocide Against the Tutsi in Rwanda*. UNESCO. <https://en.unesco.org/commemorations/tutsigenocide>
- UNICEF. (2004). *Rwanda: Ten Years After the Genocide*. UNICEF.
http://www.unicef.org/infobycountry/rwanda_genocide.html
- United Nations. (u.å.) *Outreach Programme on the 1994 Genocide Against the Tutsi in Rwanda and the United Nations*. United Nations. Hentet 1. desember 2021 fra
<https://www.un.org/en/preventgenocide/rwanda/historical-background.shtml>
- United Nations. (2014, 27. februar). *UN marks launch of 'Kwibuka20' to 'remember, unite, renew' after Rwanda genocide*. United Nations.
<https://news.un.org/en/story/2014/02/462812-un-marks-launch-kwibuka20-remember-unite-renew-after-rwanda-genocide>
- Utlendingsdirektoratet. (u.å.). *Asylsøknader etter statsborgerskap og år (2007-2014)*. Utlendingsdirektoratet. Hentet 28. november 2021 fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-og-ar-2007-2014/>
- Vaage, A. B., Thomsen, P. H., Silove, D., Wentzel-Larsen, T., Van Ta, T., & Hauff, E. (2018). Long-term mental health of vietnamese refugees in the aftermath of trauma. *Cambridge University Press*. <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/longterm-mental-health-of-vietnamese-refugees-in-the-aftermath-of-trauma/9979439244155E9871691CC04DA60165>
- Van Der Weele, J. (2014). Kultursensitiv traumebehandling. I T. Anstorp & K. Benum (Red.), *Traumebehandling: komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 163-181). Universitetsforlaget.
- Van Dijk, J. (2009). Free the victim: A critique of the western conception of victimhood. *International Review of Victimology*, 16(1), 1-33.
<https://doi.org/10.1177/026975800901600101>
- Van Kaam, A. L. (1959). Phenomenal analysis: exemplified by a study of the experience of "really feeling understood." *Journal of Individual Psychology*, 15(1), 66-72.

- Vasconcellos, D., Parker, P. D., Hilland, T., Cinelli, R., Owen, K. B., Kapsal, N., Lee, J., Antczak, D., Ntoumanis, N., Ryan, M. R., & Lonsdale, C. (2020). Self-determination theory applied to physical education: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Educational Psychology, 112*(7), 1444-1469. <https://doi.org/10.1037/edu0000420>
- Verdensbanken. (2021, 7. oktober). *The World Bank in Rwanda*. Verdensbanken. <https://www.worldbank.org/en/country/rwanda/overview#1>
- Verwimp, P. (2006). Machetes and firearms: The organization of massacres in Rwanda. *Journal of Peace Research, 43*(1), 5-22. <https://doi.org/10.1177/0022343306059576>
- Vifladt, E. H. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk: samhandling om læring og mestring*. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.
- Weigold, I. K., Porfeli, E. J., & Weigold, A. (2013). Examining tenets of personal growth initiative using the Personal Growth Initiative Scale–II. *Psychological Assessment, 25*(4), 1396–1403. <https://doi.org/10.1037/a0034104>
- Weiner, B. (1974). Achievement motivation as conceptualized by an attribution theorist. I B. Weiner (Red.), *Achievement Motivation and Attribution Theory* (s. 3-48). General Learning Press.
- Wright, M. O., Crawford, E., & Sebastian, K. (2007). Positive Resolution of Childhood Sexual Abuse Experiences: The Role of Coping, Benefit-finding, and Meaning-making. *Journal of Family Violence, 22*(7), 597-608. <https://doi.org/10.1007/s10896-007-9111-1>
- Xu, Y., Herrman, H., Tsutsumi, A., & Fisher, J. (2013). Psychological and Social Consequences of Losing a Child in a Natural or Human-made Disaster: A Review of the Evidence. *Asia-Pacific Psychiatry, 5*(4), 237-248. <https://doi.org/10.1111/appy.12013>
- Zinzow, H. M., Ruggiero, K. J., Resnick, H., Hanson, R., Smith, D., Saunders, B., & Kilpatrick, D. (2009). Prevalence and mental health correlates of witnessed parental and community violence in a national sample of adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(4), 441-450. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02004.x>

Vedlegg 1: Intervjuguide**INTERVJUGUIDE: LIVET ETTER FLUKTEN FRA FOLKEMORDET MOT
TUTSI-FOLKET I RWANDA, OPPLEVELSER I NORGE OG MØTET MED NORSK
HELSEVESEN****INTRODUKSJON**

Det er helt frivillig å delta i denne studien. Vi setter pris på at du vil ta deg tid til å svare på spørsmålene våre, og du har mulighet til å trekke bidraget ditt når som helst innen vi leverer oppgaven. Du trenger ikke svare på spørsmålene dersom du ikke ønsker. Vi anonymiserer det du forteller oss som kan gjøre at noen andre gjenkjenner deg som person. Godkjenner du at vi bruker båndopptaker for å ta opp denne samtalen eller ikke?

Du opplevde folkemordet mot Tutsi-folket i Rwanda i 1994, og kom til Norge som følge av dette. Vi er interessert i din historie, og det er derfor ingen riktige eller gale svar. Vi ønsker å fokusere på hva som har vært viktig og vanskelig for deg i perioden 1994 til nå, og dine erfaringer med det norske helsevesenet. Spørsmålene vil stilles i tre deler. Første del handler om den første tiden etter at du kom til Norge, og den andre delen handler om din nåværende situasjon. Den tredje delen handler om dine tanker rundt norsk helsevesen.

Bakgrunnsinformasjon

1. a) Har du lyst til å si noe om hvorfor du ble med på det her?
b) Var det noe som gjorde deg usikker på om du skulle delta? (Hvis ja: har du lyst til å si noe mer om det/hva det var?)
c) Er det noe du lurer på før vi begynner?
2. a) Er du født før eller etter 1979?
(I) gruppe født før 1979 (II) gruppe født i perioden 1979-1994
3. Hvilket år kom du til Norge?

Tusen takk. Nå skal vi videre til første del av intervjuet, som handler om den første tiden etter at du kom til Norge. Det kan hende du husker mye eller det kan hende at du ikke husker så mye fra denne tiden. Det er helt greit, og det er også helt greit å svare at du ikke husker.

DEL 1: Den første tiden etter ankomst til Norge

4. Hvordan ble du tatt imot/mottatt da du først kom til Norge?
5. Hva trengte du den første tiden i Norge? (*Hvis behov for omformulering: Hva hadde du behov for den første tiden i Norge?*)
6. Hvordan hadde du det de første, cirka fem årene, etter at du kom til Norge?
Hvis kort svar: har du lyst til å si noe mer om det?/hva var bra og mindre fint?
7. a) Hva var viktig for deg i denne perioden? (hvis behov for oppklaring: var det noe du var spesielt opptatt av?)
b) På hvilken måte var dette spesielt viktig for deg?
c) Det høres ut som x har vært viktig for deg. *Dersom kort svar på a og b: Var det noe mer som var viktig for deg som du vil nevne?*
8. a) Kommer du på noen personer eller organisasjoner som var viktige for deg den gangen?
b) På hvilken måte var disse spesielt viktige for deg? (*forslag til alt. formuleringer: hvordan ble det viktig? Hvordan ble det bedre... fordi du fikk hjelp med...?*)
9. Det var en tid hvor det skjedde mye (i hjemlandet og i Norge). Når vi sitter her og tenker tilbake på denne tiden nå, kommer du på noe du synes var spesielt vanskelig?
Hvis ja eller nei; Har du lyst til å si noe mer om dette?
10. Folk reagerer ulikt når de har det vanskelig. Hva gjorde du i møtet med det som var vanskelig? (*Alternativ: hva gjorde du da du hadde det vanskelig?*)

Takk for at du deler. Kjennes det greit å gå videre til del 2?

Denne delen handler om hvordan du har det nå for tiden.

DEL 2: I dag

10. Hvordan synes du at du har det nå for tiden?
Hvis kort svar; har du lyst til å si noe mer om det? hva er bra og mindre fint for tiden?
11. a) Hva er viktig for deg nå for tiden?
b) På hvilken måte er dette spesielt viktig for deg?
c) Det høres ut som x (svar på 11a) har vært viktig for deg. Er det noe mer som er viktig for deg nå for tiden som du vil nevne?
12. a) Kommer du på noen personer eller organisasjoner som er spesielt viktige for deg nå for tiden?

- b) På hvilken måte er disse spesielt viktige for deg?
13. Er det noe som er spesielt vanskelig for deg nå for tiden?
Hvis ja eller nei; Har du lyst til å si noe mer om det?
14. Hva gjør du i møte med det som er vanskelig (Alternativ: hva gjør du når du har det vanskelig?)

Takk for at du deler. Kjennes det greit å gå videre til del 3?

Denne delen handler om det norske helsevesenet. Med det menes lege, psykolog, fysioterapeut, sykehus og lignende.

DEL 3: Norsk helsevesen

14. a) På hvilke måter har du vært i kontakt med norsk helsevesen siden du kom til Norge?
b) Kunne du tenke deg å si noe om hvilke plager, problemer eller symptomer som gjorde at du søkte hjelp?
c) Er det noe du i ettertid har tenkt at du burde søkt hjelp for men ikke gjorde?
15. Hvordan er dine erfaringer med helsevesenet?
(Hvis kort svar: Har du lyst til å si noe mer om det?)
Hvis svaret er utelukkende positivt; Har du hatt noen negative erfaringer med det norske helsevesenet?"
Hvis svaret er utelukkende negativt; Har du hatt noen positive erfaringer med det norske helsevesenet?"
16. Jeg hører at du har litt / mye erfaring med helsevesenet. Gitt dine erfaringer, hva tror du mennesker som har flyktet til Norge trenger fra det norske helsevesenet?
17. Har du noe tips til hva (navngi yrkesgrupper) som informanten har nevnt) bør huske på i møte med flyktninger?
18. Hvordan tror du rwandere i Norge syns det er å be om hjelp fra helsevesenet om:
a) Kroppslige plager eller vansker
b) Psykiske plager eller vansker
c) Sosiale problemer eller vansker
(Hvis tid i tillegg: Er det noen andre steder eller personer du tror rwandere i Norge ville be om hjelp hos dersom de har plager eller vansker?)

Takk for at du deler.

AVSLUTNING:

20. Er det noe vi ikke har snakket om som du kunne tenke deg å dele, eller som du synes er viktig å få frem?
21. Hvordan opplevde du denne samtalen?

*Tusen takk for at du ville dele dine opplevelser med oss idag. Det er sterkt å høre deg fortelle.
Har du noe mer du vil si før vi legger på/avslutter møtet?*

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring**Vil du delta i forskningsprosjektet****Livet etter folkemordet mot Tutsifolket i Rwanda, opplevelser i Norge og møtet med norsk helsevesen?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å høre og lære mer om erfaringer med å komme til Norge og i møte med norsk helsesystem (fysioterapeut, lege, psykolog, sykehus e.l.). I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor du kan bidra til å øke viktig kompetanse innen norsk helsevesen. Vi er to studenter på 5. året ved profesjonsstudiet i psykologi, NTNU. Dersom du bodde i Rwanda i 1994, og etter det har kommet til Norge, så ønsker vi gjerne å komme i kontakt med deg. Vi er interessert i å snakke med kvinner og menn i alderen 26 år og oppover, uansett type kontakt du har hatt med norsk helsevesen. Vi tenker at dine erfaringer med å komme til Norge kan hjelpe slik at andre flyktninger, som bærer med seg vanskelige opplevelser til Norge, kan få bedre støtte og hjelp.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Professor, Ph.D. ved NTNU, Britt-Marie Drottz Sjøberg, og studentene Miriam Billaud Feragen og Vilde Eidem er ansvarlige for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å få kontakt med personer til våre intervjuer får vi hjelp via frivillige rwandiske organisasjoner i Norge. De har kun som oppgave å distribuere vår informasjon til personer som kunne tenke seg å delta. Dersom du kan tenke deg å delta så kan vi kontaktes via telefon og epostadresse som du finner nederst i brevet under kontaktopplysninger.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet så inviteres du til en intervjusamtale, ca. 1 time, for å snakke om hvordan du har hatt det siden du kom til Norge; hva som har vært vanskelig og hvilke

erfaringer, personer eller institusjoner som kan ha vært viktig for deg i din situasjon. I tillegg ønsker vi å høre om dine opplevde erfaringer med det norske helsevesenet. Hvis du ønsker å delta i prosjektet så kan du når som helst si ifra om det skulle være noen av spørsmålene du ikke ønsker å besvare.

Navn eller annen informasjon som kan identifisere deg som person vil være anonymisert i alt datamateriale og i fremtidig oppgave. Vi kommer til å spørre deg om vi kan bruke båndopptaker under intervjuet, uten å inkludere navn, slik at vi får med oss dine synspunkter riktig. Dersom du ikke ønsker at vi bruker båndopptaker, vil intervjuet gjennomføres ved at vi kun noterer ned det du forteller oss.

Intervjuet vil mest sannsynlig gjennomføres digitalt grunnet situasjonen knyttet til Covid-19. Vi vil eventuelt vurdere å møtes fysisk til intervju, men kun dersom du er komfortabel med det og det er i tråd med de gjeldende retningslinjene for smittevern. Fysiske intervju vil da finne sted i Oslo eller Trondheim, i perioden april til juli 2021. Vi vil være to tilstede sammen med deg. Den ene vil samtale med deg og den andre vil ha ansvar for det praktiske med båndopptak og notering. Vi ønsker at det skal være en god opplevelse å delta og vil tilrettelegge for å finne både tid og sted som kan passe for deg.

Intervjuet kan foregå på norsk eller engelsk. Fransk kan også benyttes dersom dette er språket du er mest komfortabel med.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- De som vil ha tilgang til opptakene og notater er to studenter og veileder.
- Navn eller annen informasjon som kan identifisere deg som person vil være anonymisert i alt datamateriale og i fremtidig oppgave.

- Datamaterialet lagres innelåst på kryptert lagringsenhet.

All publisering skal gjøres slik at enkeltdeltakere ikke skal kunne gjenkjennes.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i desember 2021. Opptak og personopplysninger slettes ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra psykologisk institutt ved NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Psykologisk Institutt NTNU ved Britt-Marie Drottz Sjøberg, brittds@ntnu.no, tlf 73597485
- Miriam Ingrid Billaud Feragen, miferage@stud.ntnu.no eller Vilde Eidem, vildeeid@stud.ntnu.no
- NTNUs personvernombud: Thomas Helgesen, thomas.helgesen@ntnu.no, tlf 93079038

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Britt-Marie Drottz Sjøberg
(Forsker/veileder)

Miriam Ingrid Billaud Feragen

Vilde Eidem

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet 'Livet etter folkemordet mot Tutsifolket i Rwanda, opplevelser i Norge og møtet med norsk helsevesen', og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju med fysisk oppmøte dersom smitterestriksjoner tillater det.
- å delta i digitalt intervju.
- å delta i intervju per telefon.

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Meldeskjema for behandling av personopplysninger

30.01.2022, 22:18

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

**Vurdering****Referansenummer**

890914

Prosjektittel

Livet etter folkemordet i Rwanda, opplevelser i Norge og møtet med norsk helsevesen.

Behandlingsansvarlig institusjonNorges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) /
Institutt for psykologi**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Britt-Marie Drott Sjøberg, brittds@ntnu.no, tlf: 73597485

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Vilde Eidem; Miriam Billaud Feragen, vildeid@stud.ntnu.no; miferage@stud.ntnu.no, tlf: 45874007

Prosjektperiode

01.02.2021 - 31.12.2021

Vurdering (1)**17.02.2021 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 17.02.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. For du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>
Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om etnisk opprinnelse og helseforhold, samt alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5fc2852-98bc-4741-b20c-7078469b2718>

1/3

30.01.2022, 22:18

Melde skjema for behandling av personopplysninger

at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

LOVLIG GRUNNLAG FOR TREDJEPERSON

Under intervjuet vil det fremkomme personopplysninger om personer eller organisasjoner som har vært viktig for utvalget første tiden i Norge og i dag. Det skal bare registreres alminnelige kategorier av personopplysninger om tredjeperson og disse skal anonymiseres ved transkripsjon.

Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan rwandere som flyktet til Norge etter folkemordet (april-juli 1994) har håndtert vanskelige psykiske opplevelser knyttet til folkemordet, forlatelse av hjemlandet og livet i en ny kultur. Enkelte opplysninger om nettverk og organisasjoner er i denne sammenheng relevant. Ulempen for tredjepersoner er lav og nytten av behandlingen anses som høye. Prosjektet vil behandle personopplysninger om tredjeperson med grunnlag i en oppgave av allmenn interesse.

Vår vurdering er at behandlingen oppfyller vilkåret om vitenskapelig forskning, jf. personopplysningsloven § 8, og dermed utfører en oppgave i allmenhetens interesse.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være utførelse av en oppgave i allmenhetens interesse, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav c), jf. art. 6 nr. 3 bokstav b), jf. personopplysningsloven § 8.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at utvalget får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelige angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER - UTVALGET

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER - TREDJEPERSONER

Så lenge tredjepersoner kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), protest (art. 21).

Det kan også unntas fra informasjonsplikt etter art. 14 nr. 5 b), der personopplysninger ikke har blitt samlet inn fra den registrerte. Prosjektet vil samle inn lite informasjon om tredjepersoner, og er ikke i kontakt med disse. Det vil derfor være uforholdmessig vanskelig å informere tredjepersoner sett opp mot nytten de vil ha av informasjonen.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt

30.01.2022, 22:18

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentsen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 4: Oversatte sitater på originalspråk

[1] en ce moment, ce qui est important pour moi, c'est de comprendre pourquoi on a aucune considération de la vie humaine chez nous ? Pourquoi il n'y a pas ce respect de l'autre, pourquoi il y a cette animosité, même le mot animosité je crois qu'il est (uklart) parce que je crois pas que les animaux ils sont capables de ce que j'ai vu, parce que il y a des choses tu te demandes, mais pourquoi cette haine?

[2] j'ai eu une crise où j'étais très violent, et c'est parce que en fait je prenais tout comme une agression. Je pouvais passer vraiment à l'enfant qui rigole, qui est joyeux, au petit monstre qui peut te mettre un coup de compas, ou un coup de brique sans que les gens autour de moi comprennent cette transformation. Alors que moi, en fait toutes menaces pour moi étaient - que ce soit verbal ou intentionné, moi je prenais ça comme quelque chose de très grave je me mettais vraiment en mode où, il faut que je sauve ma peau quoi.

[3] Tu es ici seule. Tu ne fais rien, tu es ici à attendre

[4] My family helps me (...) gives me hope and pleasure. It redirects me from the pain, the struggle and all that.. (1)

[5] Del på fransk: (...) je voulais vivre de mes moyens.

[6] c'était vraiment un combat (...) mais on ne peut pas fuir son propre combat

[7] When I feel like it is really heavy, I either go for workout, trainings (pusten inn). I'm going to work too. I can work quite a lot (...) the more you work, the less you feel. Cause you're in movement. So it helps to deal with it and also it helps to attune yourself on the emotions, and knowing that you, that it happened and you have to know how to, ah, live with it especially. Ah accepting it, you can't really accept what happened (...) you try to move on as much as possible (1).

[8] en plus il y a la barrière de la langue, j'arrive pas à m'exprimer comme il faut, parce que j'avais juste trois ans de langue, c'est pas beaucoup pour pouvoir avoir une discussion où tu peux un peu te lamenter (...) j'ai pas su comment lui communiquer comme il fallait

[9] une opportunité à faire comprendre à la personne en face de moi la gravité de ce que j'ai survécu

[10] En parler pour éduquer et aussi pour comprendre qu'est ce qui nous mène à ça. Parce qu'éduquer c'est bien mais si t'as pas compris pourquoi ça s'est passé, qui est derrière tout ça, ça sert à rien.

[11] donc si par exemple ma fille elle vient elle me demande, pourquoi t'as pas de (membres de la famille) (...) Je lui dis (membres de la famille) ont été tués par les hutus (...) Qu'est ce que je suis en train de faire pousser dans ma fille, en fait c'est de la haine. Donc moi c'est pas que de dire on a fait, on a survécu le génocide, mais c'est aussi de dire on a survécu au génocide, et nous on veut que la paix, l'unité prime sur tous nos conflits, sur tous nos problèmes.

[12] avant je trouvais même pas l'utilité d'en parler, parce que je me disais mais ça sert à rien, il vont pas comprendre. Alors que quand tu vois la montée du négationnisme et des gens qui sont dans le déni, tu te dis mais attends il faut que je commence à témoigner parce que si je dis pas ce qui s'est passé, si on est pas nombreux en fait, le silence aussi, le silence est complice quelque part, tu deviens complice de cette connerie.

[13] ce bagage là il est très difficile à porter si t'as personne à qui te confier.

[14] tu viens par exemple pour un maux au ventre, et tu lui dis ouais j'ai aussi des maux de tête et nanani, et on te demande, c'est quand la dernière fois que tas checke que t'avais pas le VIH ? Et là tu te dis qu'est-ce qu'un maux à la tête ou un maux au ventre à avoir avec le, à la limite je comprends si je viens pour checker une maladie sexuellement transmissible, à la limite je comprends, mais maux au ventre !

[15] if they are feeling any type of information coming from the body, like senses, that there is something wrong, they automatically seek a doctor.

[16] when there is like a new solution, even to you, you don't accept it straight away. You first become a little bit defensive, because you're not quite aware about what it is. So you fear it. And also, as I said, there is not so much information out there so that they can learn about what it is

[17] Mais si on arrive a en fait dès le départ a les éduquer dans le sens où tu leur dis que le mental est plus important que le physique

[18] The first thing they said to you were, the first week, they tell you there are three things that are open. There is the nursery or the hospital, there is the church and there is the psychologist.

[19] un homme, ses larmes coulent pas dehors, mais coulent à l'intérieur

[20] c'est à dire que si tu montres tes faiblesses, t'es vu comme un faible. Et je crois que c'est *pas* que africain, c'est vraiment quelque chose qui est souvent observé dans des zones à conflit en fait, où les gens ils sont 'non, moi je veux être vu comme un guerrier, je veux pas être vu comme quelqu'un qui est, non'

[\[21\]](#) il faut détruire cette culture du silence. Pour qu'on puisse s'ouvrir davantage. Et pour aussi s'émanciper. Parce que si tu n'arrives pas en fait à t'ouvrir, comment tu t'émancipes ?

[\[22\]](#) C'est en fait comme si tu fais un accident, et tu fais une rééducation. Tu apprends à marcher à nouveau

[\[23\]](#) Et à partir du moment en fait où on n'arrive pas à comprendre que c'est très important d'être mentalement stable et mentalement en bonne santé, c'est un long débat.

