



«Jeg vil ikke bli stelt av en utlending»

Et medarbeiderperspektiv på lederes håndtering av erfaringer med rasisme i helsesektoren.

Bergljot Kvernenes

VID vitenskapelige høyskole

Campus Oslo

MAVERD-599 Masteroppgave i Verdibasert ledelse

Veileder: Tone Lindheim

Antall ord: 23 181

02.11.2020

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag

Temaet i denne oppgaven er rasisme i helse- og omsorgssektoren. Selv om rasisme er forbudt ved lov i Norge, vet vi at det forekommer fra det vi ser i media og hører mennesker fortelle. Oppgaven har sett på hvordan ledere kan møte helsearbeidere med minoritetsbakgrunn som har opplevd rasisme fra pasienter og pårørende. Problemstillingen som er forsøkt besvart er: *«Hvordan kan ledere i helsetjenesten møte medarbeidere som opplever rasisme fra pasienter/brukere og pårørende?»*

Jeg viser i oppgaven til statistikk og teori som viser oss at til tross for at vi er i 2020 og vet at det ikke finnes noe biologisk grunnlag for raser, finnes det rasister og rasistiske diskurser i samfunnet vårt i dag, både nasjonalt og internasjonalt. I ledelseslitteraturen tar jeg en gjennomgang av mangfoldsledelse, relasjonell ledelse, og verdibasert ledelse. Jeg ser på hvilke psykologiske prosesser som skjer i mennesker som opplever negative hendelser på jobben og hvordan man kan jobbe for å få fram de positive følelsene som styrker oss.

Gjennom individuelle intervjuer av syv helsearbeidere, både pleieassistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere, har jeg fått innblikk i hva de har opplevd i møte med rasisme fra pasienter og ved et tilfelle fra pårørende. Jeg har fått høre om de ulike strategiene de har for å klare og håndtere slike opplevelser i sin arbeidshverdag, og hva de ønsker seg av leder og organisasjonen. Disse funnene har jeg drøftet i lys av teorien og problemstillingen min. Funnen tilsier at de håndterer dette både individuelt, ved hjelp av kollegaer og med støtte fra leder. Jeg har diskutert hvordan lederen kan legge til rette for motivasjon på arbeidsplassen og ved hjelp av økt kompetanse bygge opp den indre håndteringen. Jeg har videre diskutert hvordan lederen kan bygge opp et godt kollegafelleskap basert på mangfoldsledelse, åpenhet og støtte. Videre har jeg drøftet leders rolle med tanke på å håndtere dette som noe som er ulovlig, og hvordan dette må løftes opp på et høyere nivå slik at vi kan jobbe mot en organisasjon og et samfunn der rasisme ikke lenger forekommer.

Abstract

The topic of this thesis is racism in the health and care sector. Although racism is prohibited by law in Norway, we know from what we see in the media, and from what people tell, that it does occur. The purpose of this thesis is to answer the question “how can leaders, in the health service, support employees who experience racism from patients/users and their relatives?”

In this thesis I refer to statistics and theory which show us that despite the fact that we are in 2020 and know that there is no biological basis for races, there are racists and racist discourses in our society today, both nationally and internationally. In the management section, I do a review of diversity leadership, relational leadership and value-based leadership. I look at the psychological processes that take place in people who experience negative events at work and how to work to bring out the positive emotions that strengthen us.

Through individual interviews of seven health workers; assistants, nursing assistants and nurses, I have gained insight into what they have experienced in the face of racism from patients and in one case from relatives. I have heard about the different strategies they use to be able to handle such experiences in their everyday work, and what they want from the leader and the organization. I discuss these findings in the context of my theory and problem. The findings indicate that they handle this both individually, with the help of colleagues and with the support of their leader. In addition, I review how the manager can facilitate motivation in the workplace and, with the help of increased competency, build up the employee's resilience. Furthermore, I look at how a leader can build a good community of colleagues based on diversity management, openness and support. Finally, I emphasize the leader's role in how to deal with this as something that is illegal, and how we can work towards an organization and a society where racism no longer occurs.

Forord.

Jeg startet på Diakonhjemmet Høgskole på studieløpet Master i verdibasert ledelse høsten 2015, i god tro om å bli ferdig etter fire år. Men livet skjer, og det ble et pauseår midt i løpet. Og med en pandemi på tampen av studiet, måtte jeg se meg nødt til å vente enda et halvt år før jeg fikk levert inn masteroppgaven. Men nå er jeg endelig i mål og leverer oppgaven på VID vitenskapelige høyskole! Arbeidet har vært svært lærerikt og givende. Ikke bare har jeg opparbeidet meg ny kunnskap i arbeidet med masteroppgaven, men jeg har også fått brukt svært mye av den kunnskapen vi har lært i løpet av de foregående årene på studieprogrammet til Verdibasert ledelse.

Jeg vil først rette en takk til mannen min som har støttet meg hele veien fram, og aldri klaget i mitt fravær (verken det fysiske eller psykiske fraværet), og familie for øvrig som har stilt opp for å få logistikken i hjemmet til å gå rundt når jeg har vært på studiesamlinger i Oslo. Jeg vil takke arbeidsgiverne jeg har hatt i løpet av studiet for støtte, og en spesiell takk til min tidligere leder, Brit Munthe, som satte meg på ideen om tema til masteroppgaven. Jeg vil også takke alle informantene som var villige til å stille opp og snakke om temaet og sine opplevelser. Til slutt vil jeg takke min veileder på VID, Tone Lindheim, som har gitt meg god veiledning og satt av tid når jeg trengte det midt i sitt eget PhD-prosjekt.

Bergljot Kvernenes,

Talgje, 2. nov. 2020.

Innhold

SAMMENDRAG	3
ABSTRACT	4
FORORD	5
1. INNLEDNING	8
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.	8
1.1.1 <i>Problemstilling</i>	9
1.2 FORMÅL MED OPPGAVEN	9
1.3 OPPGAVENS OPPBYGNING	10
2. BEGREPSAVKLARINGER OG AKTUELL TEORI	11
2.1 RASISME.	11
2.2 RASISMEBEGREPET I DAG	12
2.3 ARBEIDSLIVET	13
2.4 OMSORGSYRKENE	14
2.4.1 <i>Tillit og makt i relasjonene</i>	15
2.5 ATTRIBUSJON OG PERSEPSJON.	16
2.6 MOTIVASJON	17
3. LEDELSESPERSPEKTIV	19
3.1 MANGFOLDSLEDELSE	19
3.2 ARBEIDSMILJØET OG EMOSJONER I JOBBEN	20
3.3 VERDIBASERT LEDELSE	22
3.1.1 <i>Etisk refleksjon som en del av verdiarbeidet</i>	23
3.4 DET RELASJONELLE PERSPEKTIVET I LEDELSE	24
3.4.1 <i>Anerkjennelse og Appreciative Inquiry</i>	26
4. TIDLIGERE FORSKNING	28
5. METODE	30
5.1 VALG AV METODISK TILNÆRMING.....	30
5.2 VALG AV DATAINNSAMLINGSMETODER.....	31
5.3 VALG AV STUDIEENHET.....	32
5.3.1 <i>Praktisk gjennomføring</i>	33
5.4 METODE I ANALYSEARBEIDET	34
5.5 DRØFTING AV RELIABILITET OG VALIDITET	35
5.5.1 <i>Reliabilitet</i>	35
5.5.2 <i>Validitet</i>	36
5.6 METODEREFLEKSJON	37

5.7 FORSKNINGSETISKE SIDER	38
5.8 REFLEKSJON OVER EGEN FORFORSTÅELSE OG FORSKERROLLE	39
6. PRESENTASJON AV FUNN	41
6.1 INDIVIDUELL HÅNTERING	41
6.1.1 Håndtering av følelsene og dilemmaene	42
6.1.2 Årsaksforklaringer, erfaringer og kunnskap	43
6.2 HÅNTERING MED KOLLEGAER	46
6.2.1 Støtten fra kollegaene	46
6.2.2 Tilrettelegging og selvbestemmelse i arbeidet.	47
6.3 HÅNTERING MED STØTTE FRA LEDER OG ORGANISASJON	48
6.3.1 Åpenhet om utfordringene	49
6.3.2 Fokuset på verdier i organisasjonen	50
6.3.3 Leders holdning til lovverket	51
6.4 OPPSUMMERING AV FUNN	53
7. DRØFTING	54
7.1 INDIVIDUELT NIVÅ	54
7.1.1 Å møte følelsene og håndtere dilemmaene	54
7.1.3 Økt kunnskap og kompetanse	56
7.2 KOLLEGIALT NIVÅ	58
7.2.1 Autonomi og fleksibilitet	58
7.2.2 Støttende arbeidsmiljø	60
7.5 LEDER- OG ORGANISASJONSnivå	61
7.5.1 Åpenhetskultur	62
7.3.2 Verdiarbeid i organisasjonen	63
7.3.3 Forholdet til lovverket og overordnede systemer	65
8. AVSLUTNING	68
8.1 KONKLUSJON	68
8.2 RELEVANS FOR PRAKSIS	69
8.3 VIDERE FORSKNING	69
LITTERATURLISTE	71
VEDLEGG 1	76
VEDLEGG 2	79
VEDLEGG 3	80
VEDLEGG 4	82

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å kalle oppgaven min; «Jeg vil ikke bli stelt av en utlending». Dette er et indirekte sitat, fortalt til meg av en tidligere kollega tidlig i min karriere som sykepleier. Kollegaen fikk høre dette da hun kom inn på et pasientrom for å stelle en pasient. Kollegaen var sykepleier og var opprinnelig fra et afrikansk land.

Nå jobber jeg som avdelingsleder på et sykehjem med mange medarbeidere med minoritetsbakgrunn. Dette er medarbeidere av alle faggrupper; assistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere. Mange av disse har opplevd at det blir stilt spørsmål ved deres kompetanse på grunnlag av deres bakgrunn fra et annet land enn Norge. Noen opplever at pasienter sier rett ut at de ikke vil bli stelt av mørke, slik min tidligere kollega fikk oppleve. Samtidig har pasientene ofte et sykdomsbilde som gjør at filtrene for hva som blir sagt og gjort er reduserte. Likevel opplever vi også at pårørende har kommet med kommentarer som at vi har «hentet folk rett fra NAV». Pårørende har ingen diagnoser eller andre «bortforklaringer» på sin oppførsel. Under mitt arbeid med denne oppgaven var NSF ute med en spørreundersøkelse som viser at rasisme og diskriminering fra pasienter mot pleiere er et faktisk problem (Bergsagel, 2020). Hvordan den enkelte medarbeider håndterer slike opplevelser vil være ulik fra person til person. Likevel har jeg spurt meg om jeg som leder kan møte dem med en felles forståelse og felles strategi for hvordan de kan gå videre og takle slike hendelser. Jeg mener dette er en problemstilling vi må ta tak i og anerkjenne som et problem. Jeg vil si, både ut fra egen erfaring og etter samtaler med lederkollegaer, at det har kommet flere med utenlandsk bakgrunn inn i helseyrker de siste årene. Jeg vil tro at dette er en trend som kommer til å fortsette fordi vi er avhengig av arbeidskraften disse gir.

Når jeg har lest om temaet og emnet har jeg ikke funnet noe direkte svar på hva som er den beste måten å håndtere dette på. Enkelte steder har jeg lest at det ikke håndteres i det hele tatt og at det «føytes under teppet». Men når jeg har snakket med andre avdelingsledere hører jeg at det faktisk er flere som adresserer dette problemet og ønsker å støtte de som

opplever dette på en god måte. Litteratur på dette området er imidlertid lite tilgjengelig og mange synes det er en utfordrende problemstilling å ta opp.

1.1.1 Problemstilling

På bakgrunn av dette, mine opplevelser og min nysgjerrighet på temaet er problemstillingen min blitt som følger:

Hvordan kan ledere i helsetjenesten møte medarbeidere som opplever rasisme fra pasienter/brukere og pårørende?

Hva en god leder gjør for å håndtere dette, kan jeg se på fra ulike vinkler. Det går både an å se på hva andre ledere tenker, kanskje ut fra sin erfaring eller fra det de har lært, og å se på hva medarbeiderne tenker om å bli møtt når de forteller om sine opplevelser. Å være leder innebærer å møte medarbeiderne sine i det som de står i til daglig. Medarbeidere bør være rustet til å møte alle slags utfordringer knyttet til arbeidet med å løse oppgavene de er satt til. Ledere kan kanskje ha teorier om hvordan de best kan møte de som opplever rasisme, men det er ikke sikkert at deres teorier samsvarer med hva medarbeiderne faktisk trenger. Jeg har derfor valgt å ha fokuset på oppgaven fra et medarbeiderperspektiv. Jeg ønsker å vite hva de faktisk tenker om hva jeg, som leder, kan gjøre for å møte deres utfordringer i arbeidslivet.

1.2 Formål med oppgaven

Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan de medarbeiderne som opplever rasisme, ønsker å bli møtt av sin leder. Hvilke tanker gjør de seg om arbeidshverdagen sin, kollegene og lederen. Hvordan takler de opplevelsene og hvordan kan lederen legge til rette og ta vare på de som opplever hendelser som omhandler rasisme. Som leder generelt, og innen helse spesielt, har man et lovverk å forholde seg til. Arbeidsmiljøloven pålegger oss å legge til rette for at alle medarbeidere skal ha et godt psykososialt arbeidsmiljø (arbeidsmiljøloven, 2005). Samtidig er vi pålagt av helselovgivningen til å gi tjenester til de menneskene som har behov for det. Pasientrettighetsloven sier på sin side at pasientene kan si nei til å få hjelp, selv om

de skulle ha behov for det. Hva hvis de sier nei til å få hjelp fra en med en annen hudfarge enn hvit, eller en som går med hijab, og «ja» til en hvit og en uten hijab? Hvordan vil de medarbeiderne som blir avvist reagere? Dette vil jeg forsøke å finne ut mer om. Det er en stor andel personer med etnisk minoritetsbakgrunn som jobber i norsk helsevesen i dag. Prognoser for framtiden viser at vi vil mangle helsepersonell og vi vil derfor fortsatt være avhengig av at ikke bare personer med etnisk norsk bakgrunn jobber i helsevesenet. Det er derfor viktig å adressere at dette er et problem og å finne tiltak for hvordan vi kan gjøre hverdagen til disse bedre.

1.3 Oppgavens oppbygning

Jeg vil i neste kapittel definere de enkelte begrepene som jeg mener er viktige for rammen rundt oppgaven og teori rundt disse begrepene, samt psykologiske fenomener jeg mener vil bli påvirket ved å oppleve rasisme. Jeg vil deretter presentere relevante teorier om ledelse. Jeg vil videre legge fram noe av den tidlige forskningen på området, og gjøre rede for aktuell og relevant litteratur jeg har funnet på temaet, både nasjonalt og internasjonalt. Videre vil jeg redegjør for metoden jeg har brukt og hvorfor jeg har valg denne. Her kommer også avsnittene om reliabilitet og validitet der jeg diskuterer om oppgaven er troverdig og etterprøvbart. Jeg vil også komme inn på forskningsetikken og det jeg må forholde meg til i arbeidet med en slik oppgave, samt i egen rolle som forsker. Deretter vil jeg legge fram funnene etter intervjuene for deretter å drøfte disse ut fra teori og problemstilling. Jeg avslutter oppgaven med å legge fram en konklusjon, samt relevans for praksis og forslag til videre forskning.

2. Begrepsavklaringer og aktuell teori

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for begreper som er relevante for oppgaven min og for å forstå den konteksten problemstillingen står i. Jeg vil se på begrepet rasisme generelt, hva det har betydd historisk og hva det betyr for oss i dag. Jeg vil videre redegjøre for hvordan vi ut fra statistikken ser at det fremdeles fremkommer diskriminering i Norge i dag. Jeg vil også redegjøre for noen av de psykologiske begrepene som blir viktige i møte med sosiale fenomener og jeg vil redegjøre for motivasjon på arbeidsplassen.

2.1 Rasisme.

Rasisme som fenomen er dessverre fortsatt eksisterende, til tross for at det har blitt jobbet mot dette i årtier. Den siste tiden har vi sett det aktualisert i media, med Black Lives Matter-bevegelsen i USA, i norsk fotball og i undersøkelser fra bla. norsk sykepleierforbund. Rasisme er et vidt begrep, og det omfatter både holdninger i samfunnet, av enkeltpersoner og som en del av politiske bevegelser. Det er blitt forsket mye på rasisme, opp gjennom tidene, og det er fortsatt aktuelt å forske på fenomenet i og med at det fremdeles eksisterer (Bangstad & Døving, 2015). Selve ordet kommer av ordet rase, og at man historisk sett mente at menneskene hadde ulike raser. Noen raser var bedre enn andre. Helt fra tiden da kolonimaktene underla seg andre land, har rasebegrepet i hovedsak handlet om farge, men det er likevel ikke den eneste markøren for hva man så på som raser (Grosfougel, 2016). Før genetikken tid baserte man rasebegrepet på hudfarge, kultur, språk og religion. Senere mente man at man kunne kategorisere rasene også ut fra genetiske markører. Denne troen på at noen raser er bedre og mer overlegne enn andre, har vært opphavet til noen av de verste hendelsene i moderne historie, så som holocaust og slavehandelen (Bangstad et al., 2015). I norsk sammenheng har vi også en historie bak oss med systematisk og politisk rasisme. I den første versjonen av Grunnloven av 1814 fantes den såkalte «jesuittparagrafen» og «jødeparagrafen», der det sto at jesuitter og jøder ikke hadde adgang til riket (Harket, 2014). Et annet eksempel er fornorskingspolitikken som den samiske befolkningen ble utsatt for, helt fram til etterkrigstiden. Også romfolk og tatere har blitt

utsatt for organisert rasisme fra myndighetene i Norge opp gjennom århundrene (Bangstad et al., 2015).

2.2 Rasismebegrepet i dag

Vi vet i dag at det ikke er grunnlag for å vise til genetikk eller andre biologiske markører for å påstå at det finnes ulike menneskeraser (Helland, 2014). Vi kan likevel si at det finnes rasisme i det norske samfunnet i dag, for selv om vi ikke snakker om *rase* brukes fortsatt begrepet rasisme. Samtidig har også andre begrep kommet inn. I våre dager dekkes rasisme også av ord og uttrykk som *fordommer*, *diskriminering*, *fremmedfrykt*, osv. Å generalisere enkelte grupper på grunnlag av religion, kultur, språk, seksuell legning osv. og forskjellsbehandle gruppene på denne bakgrunnen kan man kalle for rasisme (Grosfougel, 2016). Det finnes ulike former for, og ulike grader, av rasisme. Det er politiske former, der rasismen er satt i system av myndigheter og det er hverdagsrasisme, som blir utøvd av enkeltpersoner. Gradene av rasisme er alt fra de som er villige til å drepe andre pga. f.eks. hudfarge, til små kommentarer som kanskje ikke er gjennomtenkt før de blir sagt (Bangstad et al., 2015; Rogstad & Midtbøen, 2010). Det er klart at veldig få moderne, oppegående mennesker vil kalle seg rasistiske eller påberope seg at de er en rasistisk person. Likevel kommer de med ytringer eller handlinger som kan kalles rasistiske (Helland, 2014). Frode Helland (2014) peker på at det fremdeles lever rasistiske diskurser i beste velgående i det norske samfunnet i dag. I media viser dette seg i stor grad rettet mot muslimer. Muslimer omtales ofte som en gruppe, der alle skjæres over en kam, uavhengig av hvilken gren av islam de tilhører, samt hvilket land, kultur og språk de har bakgrunn fra. Forbud mot diskriminering er nedfelt i likestilling- og diskrimineringsloven av 2017 og i straffeloven av 2005 § 185. Undersøkelser viser at mange likevel fortsatt opplever rasisme i praksis i Norge. Et eksempel er på boligmarkedet. En rapport viser at så mange som en av fem ikke-vestlige leietakere har blitt nektet å leie bolig pga. sin innvandrerbakgrunn (Tyldum, 2019).

Uttrykket «hverdagsrasisme» er et godt begrep som favner mye av det mange med etnisk minoritetsbakgrunn opplever. Den gir seg uttrykk i at utsagn og handlinger er diskriminerende mot andre grunnet hudfarge, kultur, religiøs overbevisning osv. (Berg-Norlie

et al., 2019). I f.eks. pleieyrker kan eksempler på slik rasisme komme til uttrykk ved at en pasient nekter å motta hjelp, blir litt fortere irritert på den som hjelper, eller bare kommer med fra det enkle spørsmålet; «Hvor har du tatt utdanningen din?» (Rasmussen & Garran, 2016). Det viser seg også at personer og grupper kan oppleve diskriminering og rasisme uten at den eller de som utøver dette mener seg å være en rasist (Midtbøen, 2015). Det er slike uttrykk for rasisme jeg forventer å finne at helsearbeidere har opplevd.

2.3 Arbeidslivet

At det finnes diskriminering av utenlandske borgere i det norske i arbeidslivet er det flere rapporter som peker på til tross for at det er vanskelig å måle diskriminering direkte (Midtbøen, 2015). En undersøkelse viser bla. at det er dobbelt så stor sjanse for at en med innvandrerbakgrunn er arbeidsledig enn at en etnisk norsk er det. Dersom innvandrereren kommer fra Asia og Afrika vil det være tre – fem ganger så stor sjanse for å være arbeidsledig (Tronstad, 2010). Bare noe så enkelt som å ha et utenlandskklingende navn kan være avgjørende om en får jobb eller ikke (Birkelund et.al., 2014).

Statistikk viser at offentlig sektor har noe færre innvandrere enn privat sektor. Noe av grunnen til dette kan være at i statlig sektor krever 70 % av stillingene akademisk utdanning. Mange innvandrere har utdanning som ikke er godkjent i Norge, eller de har ikke akademisk utdanning i det hele tatt. I privat sektor er det flere ansatte i stillinger uten krav til utdanning, så som renhold, salg og service osv. I kommunal og fylkeskommunal sektor er det 44,5 % av yrkene som har krav til utdanning (Tronstad, 2010). Dette kan bidra til at det er vanskeligere å ansette personer av utenlandsk bakgrunn i enkelte yrker. Også kvalitative undersøkelser viser at folk med minoritetsbakgrunn opplever seg diskriminert når de søker jobb eller som allerede ansatt i en bedrift (Midtbøen, 2015).

Til tross for at disse tallene kan si oss noe om at diskriminering i Norge finnes, har vi forbud mot å diskriminere nedfelt i likestillings- og diskrimineringsloven. Denne loven gjelder over alt, og er ikke knyttet til områder som arbeidsliv, anskaffelse av bolig m.v. Lovens § 6 sier:

«Diskriminering på grunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder eller kombinasjoner av disse grunnlagene er forbudt. Med etnisitet menes blant annet nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge og språk.

Med diskriminering menes direkte eller indirekte forskjellsbehandling etter §§ 7 og 8 som ikke er lovlig etter §§ 9, 10 eller 11.»

Videre gir loven faktisk en presisering av hva som gjelder for arbeidsgivere og ledelsen i organisasjoner i § 13:

«Arbeidsgivere og ledelsen i organisasjoner og utdanningsinstitusjoner skal innenfor sitt ansvarsområde forebygge og søke å hindre trakassering og seksuell trakassering. Arbeidsgivere og ledelsen i organisasjoner og utdanningsinstitusjoner skal innenfor sitt ansvarsområde forebygge og søke å hindre trakassering og seksuell trakassering.» (Likestillings- og diskrimineringsloven, 2017).

Her ser man at også en mellomleder har en plikt til å jobbe mot å forhindre at sine ansatte opplever rasisme på sin arbeidsplass, enten det er mellom kollegaene, systematisk eller fra pasienter og andre som ikke er ansatte eller arbeidsgivere, men som de møter på jobben.

2.4 Omsorgsyrkene

I 2018 sto innvandrere for 16,6 % av årsverkene innenfor omsorgssektoren i Norge (Claus, 2018). Vi vil være avhengige av at flere jobber i helsesektoren pga. stor fremtidig mangel på helsepersonell og det er stor sannsynlighet for at det fortsatt vil være mange utenlandske arbeidstakere innen denne sektoren (Roksvaag & Texmon, 2012). En helt fersk undersøkelse fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) viser at norske helsearbeider opplever rasisme på arbeidsplassen (Bergsagel, 2020). Dette stemmer med bildet jeg hadde da jeg startet oppgaven min, og jeg fant også tilsvarende undersøkelser fra utlandet (Danielsen, 2001; Jönson & Giertz, 2013; Walsh & O'Shea, 2009). Også organisasjoner som arbeider mot rasisme, som f.eks. Organisasjonen mot offentlig diskriminering (OMOD) rapporterer at de får henvendelser som omhandler dette (Urbye, 2019). Dessverre har vi også eksempler på at de som er satt til å styre arbeidsplassen, heller ikke forstår hvordan man kan møte

problemstillingen og hvor negativt disse opplevelsene er for de som opplever det. Det viser bl.a. den såkalte «Hijab-saken» i Stavanger der styret i et privatdrevet sykehjem nektet pleierne bruk av religiøse hodeplagg fordi de mente pasientene ikke taklet det (Skodje & Solheim 2016).

Likevel kan man ikke nødvendigvis anklage pasientene for å være rasistiske dersom de er rammet av sykdom som demens eller annen form for kognitiv svikt. En tidligere kollega med afrikansk opprinnelse fortalte, etter at han selv og en annen fra samme land hadde hjulpet en svært dement, forvirret og fortvilet pasient: «Vi prøvde å hjelpe, men pasienten strittet imot og ville ikke ta imot hjelp. Han ga tydelig uttrykk for at han ikke visste hvor han var, og til slutt sa pasienten i fortvilelse; «Jeg vil hjem, jeg vil ikke være i Afrika». I slike tilfeller vil det kanskje for en leder være naturlig å «skylde» på sykdommen og be dem ikke ta seg nær av episoden. Likevel kan man ikke skjære alle over en kam og tro at alle takler dette. Det vil også utgjøre en forskjell om det skjer en sjelden gang eller om det skjer daglig.

2.4.1 Tillit og makt i relasjonene

I en pleier – pasient relasjon vil det alltid være et maktperspektiv å ta hensyn til. Tradisjonelt sett mener man at forholdet mellom pleier og pasient er et maktforhold der pleieren har makt, mens pasienten er underlagt pleieren (Debesay, 2011). Samtidig vil det også være et skjevt maktforhold mellom mennesker fra majoritetskulturen og mennesker fra minoritetskulturen, der de fra majoritetskulturen er i en klar maktposisjon overfor minoritetene (Bangstad et al., 2015). Weber sier om makt at det kan defineres som en persons mulighet eller evne i en sosial relasjon til å sette viljen sin gjennom også om han møter motstand, uavhengig av hva denne sjansen eller evnen bygger på (Grimen, 2001). Hvem som har den egentlige makten når den norske pasienten møter den utenlandske pleieren vil derfor ikke ha et åpenbart svar.

Først og fremst vil tillit være essensielt for at samarbeidet skal fungere og denne tilliten må gå begge veier (Debesay, 2011). Helsearbeidere er avhengig av tillit fra pasientene for å kunne gjøre jobben sin, og har pasientene lite tillit til pleierne vil dette bli vanskelig. Det kan være flere grunner til at pasienter ikke har tillit til pleiere, og fremmedfrykt og rasisme kan være en av dem. Slik mistillit kan være lett og forklare teoretisk, men i mange tilfeller

vanskelig å oppleve da den kan virke som å ramme tilfeldig. Mistillit er også vanskeligere å godta dersom den rammer partisk, f.eks. pga. at man tilhører en spesiell etnisk gruppe (Grimen, 2009). Når pasientene ikke har tillit til pleieren fordi pleieren er av en minoritet, kan samarbeidet bli utfordrende – for begge parter.

2.5 Attribusjon og persepsjon.

Attribusjon handler om hvordan vi mennesker forklarer årsakene til andres og egne handlinger og sosiale hendelser (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s. 158) Har man laget en forklaring for seg selv, vil denne forklaringen danne en forforståelse for liknende hendelser og være med på å danne grunnlaget for hvordan vi handler i neste, liknende situasjon (Ekeland, 2014). Dette kaller vi selektiv persepsjon (ibid). Har noen opplevd rasisme og tenker «nordmenn er rasister», vil det være en fare for at de har en skjerpet årvåkenhet på handlinger og ord som kan bekrefte dette (ibid). Her spiller det også inn at man har en tendens til å forklare vår identitet ut fra gruppetilhørighet, og har forklaringer på at ulike grupper har ulike egenskaper og kvaliteter. Sykepleiergruppen kan oppfattes på en måte, pasientgruppen på en annen, de hvite oppfattes slik, de mørke sånn (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Men det er ikke sikkert at utsagn og oppførsel er ment rasistisk fra pasientens side. F.eks. kan sykdommer i hjernen få mennesker til å miste en del av sine filter. Da mister de det filteret både overfor de som er etnisk norske og de som har en annen bakgrunn. Noen av dem vil finne hva som helst for å kritisere i pleierne, enten det er feil farge på håret, noe de sier eller gjør. Det vil være lett for pasientene å påpeke hudfarge, etnisitet eller språk fordi det er dette som kanskje vil skille seg ut som noe som er lett å kritisere hos en som ikke har norsk bakgrunn (Ekeland, 2014). I noen tilfeller vil pasientene oppføre seg helt likt ovenfor en etnisk norsk, som en utenlandsk, men den utenlandske tolker det som at det er fordi han eller hun ikke er norsk, at pasienten oppfører seg på denne måten.

2.6 Motivasjon

Underveis i arbeidet med oppgaven har jeg møtt mennesker som til tross for opplevelser med rasisme, er motiverte og ønsker å fortsette i jobben sin og gjøre denne på en god måte. Jeg vil derfor legge fram teorier om motivasjon fordi jeg mener at disse bidrar til at de som opplever rasisme likevel er i stand til å takle dette fordi deres motivasjon er større enn de negative opplevelsene.

Motivasjon på arbeidsplassen er det forsket mye på og skrevet mye om og det finnes flere ulike motivasjonsteorier. Med motivasjon menes den drivkraften som fører oss framover mot et mål, og som driver oss til en spesiell atferd. Ofte skiller man mellom ytre og indre motivasjon. Den ytre motivasjonen er det som kommer utenfra, som gjør at vi ønsker å fortsette. Dette kan være penger, ros fra medarbeidere, o.l., altså noe som ligger utenfor selve jobbaktiviteten. Den indre motivasjonen kommer fra at oppgavene i seg selv gir en indre glede som gjør at vi ønsker å utføre dem (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Det viser seg at den indre motivasjonen er over tid er mer stabil og gir bedre prestasjoner enn den ytre (Løvaas, 2017).

En av de kjente motivasjonsteoriene er den såkalte selvbestemmelsesteorien, på engelsk *Self-Determination Theory* (SDT) (Ryan & Deci 2000). Denne teorien tar utgangspunktet i tre psykologiske behov; autonomi, kompetanse og sosial tilhørighet. Disse tre behovene ansees å være universelle, og vil gjøre seg gjeldende uavhengig av kulturell bakgrunn og setting (Løvaas, 2017). Autonomi innebærer at man opplever å kunne ta egne valg. Når man opplever autonomi på arbeidsplassen, oppleves oppgavene som frivillige og uten å bli styrt av detaljer. Hver enkelt har noe å si og muligheter for å påvirke hvordan oppgavene skal utføres (Løvaas, 2017). Å gi mennesker valg, anerkjenne deres følelser og gi muligheter for egen retning i arbeidet har vist seg å styrke den indre motivasjonen. Dette fordi det gir mennesker en større følelse av autonomi enn f.eks. trusler, tidsfrister og pressede evalueringer (Ryan & Deci, 2000). Videre viser forskning at mennesker har behov for å tro på egen kompetanse for å være motiverte i arbeidet. Tro på egen kompetanse henger sammen med troen på at man er i stand til å mestre en oppgave. Har man høy kompetansemobilisering innebærer dette at man mener at kompetansen man innehar

samsvarer med de oppgavene man er satt til å utføre i arbeidet. En stor undersøkelse gjort i Norge viser at det er stor sammenheng mellom opplevd kompetansemobilisering og indre motivasjon (Lai, 2011). Det siste aspektet i SDT er sosial tilhørighet. Menneskers behov for å være sosiale blir beskrevet allerede i Maslows behovshierarki (Maslow, 1954). En sosial tilhørighet er noe annet enn generell sosial kontakt. Ved sosial tilhørighet har man en følelse av å høre til et sted, f.eks. i en kollegagruppe eller en avdeling. Dette er et fellesskap bygget på gode relasjoner som gir oss trygghet (Løvaas, 2017). For å oppnå dette er det viktig med et støttende og inkluderende arbeidsmiljø og god organisering av oppgavene (Lai, 2011). Det vil også innebære å bli lyttet til, sett og bli behandlet med respekt av kollegaene. Den sosiale relasjonen vil således være motivasjon i seg selv for å være på jobb og å gjøre jobben på en god måte (Løvaas, 2017).

3. Ledelsesperspektiv.

I dette kapitlet vil jeg presentere ulike ledelsesteorier, perspektiver og verktøy som jeg forventer vil være nødvendige for en leder å kjenne til og å inneha når en skal møte de ansatte som opplever rasisme i sitt arbeid. Jeg vil starte med å se på mangfoldsledelse fordi jeg mener at dette må leder kjenne til når han eller hun leder flerkulturelle arbeidsplasser. Jeg vil videre redegjøre for følelsesaspektet i arbeidslivet. Deretter tar jeg inn det verdibaserte og den relasjonelle delen av ledelsen fordi jeg mener det kan bidra til lederstiler som kan føre til bedre ledelse for dem som opplever rasisme på arbeidsplassen, samt bidra til å påvirke det totale arbeidsmiljøet og organisasjonskulturen på arbeidsplassen.

3.1 Mangfoldsledelse

Mangfoldsledelse handler om å lede organisasjoner med medarbeidere med ulike kulturer, språklig og etniske bakgrunner, ulike kjønn, legning osv. Dagens situasjon i helse-Norge er, som jeg har skrevet om i forrige kapittel, preget av at vi har en multikulturell arbeidsstyrke. Dette mangfoldet av kulturer, språkforståelse, utdanning og kjønn vil kreve at lederen er bevisst på hvordan han eller hun kan lede til det beste for alle. Å se potensialet i ulikhetene vil være styrkende for organisasjonen og det målet organisasjonen har (Brenna, 2018). Levekårsundersøkelsen fra 2008 viser at innvandrere opplever mindre kontroll over sin arbeidssituasjon og opplever mer psykisk påkjenning i arbeidet sammenliknet med etnisk norske (Blom & Henriksen, 2008). De siste årene har det blitt mer fokus på mangfoldsledelse, fordi man har sett behovet for å ha kunnskap om ledelse i organisasjoner med mennesker fra ulike kulturelle bakgrunner. Hva som er god ledelse vil oppleves ulikt fra hvilket land man kommer fra på grunn av ulikhet i kultur og preferanser. Det er ikke slik at den norske måten å lede på nødvendigvis kjennes ut som god ledelse for en fra et annet land (Lindheim, 2020).

Mangfoldsledelse er et begrep som viser til ledelse som legger vekt på fleksibilitet og åpenhet for ulike perspektiver, samt respekt og toleranse mellom ansatte (Sandal et al., 2013, s. 7). Det er ulike måter en leder kan nærme seg arbeidstakere med annen bakgrunn.

Man skiller ofte mellom lederstilene assimilering, integrering, separasjon og «laissez-faire». Ved assimilering vil målet være at den fremmedkulturelle skal ta opp hele den kulturen som er dominant på arbeidsplassen og mer eller mindre legge bort sin egen kultur. Resultatet kan da bli at de som ikke føler at de klarer å ta opp denne kulturen vil føle seg utenfor og annerledes. Integrering innebærer at en tar til seg den nye kulturen og føler seg hjemme der, men samtidig beholder sin egen. Separasjon er dersom en ikke tar opp noe fra den dominante kulturen, men holder seg kun til sin egen kultur. Har lederen en slik tilnærming, vil det bidra til å skape sterke skillelinjer mellom den dominante kulturen og de som kommer fra andre kulturer. «Laissez-faire», også kalt «la-det-skure»-ledelse, er mer eller mindre fravær av ledelse og den er passiv og uklar i forventningene til medarbeiderne. Denne lederstilen kjennetegnes også ved at det ikke er en god relasjon mellom leder og medarbeider (Sandal et al. 2013). Å ha en integrerende lederstil viser også å være for å lede mangfold, og den blir i studien til Sandal et al. kalt nettopp *mangfoldsledelse*. Mangfoldsledelse kjennetegnes ved at lederen viser oppriktig interesse for medarbeiderne, ikke bare innenfor arbeidsoppgaver på jobben, men også for hvordan de har det privat. Mangfoldsledere viste at toleranse og å verdsette forskjeller var verdier som organisasjonen ønsket. De gikk også foran ved å være gode eksempler når det gjaldt hvordan man snakket i organisasjonen; de pratet positivt om mangfoldet og hadde bla. nulltoleranse for tegn til rasisme. Studien til Sandal et al. viste at det var tydelig sammenheng mellom ledelse og innvandrernes trivsel og tilknytning til arbeidsplassen (Sandal et al., 2013, s. 42).

3.2 Arbeidsmiljøet og emosjoner i jobben

Det fysiske og psykiske arbeidsmiljøet på jobb, har mye å si for hvordan en presterer. Forskning viser at verdier og følelser motiverer medlemmene i en organisasjon like mye som fornuften (Aadland, 2004, s. 142). I Norge er det psykososiale arbeidsmiljøet ansett som så viktig at det har fått en egen plass i lovverket. En medarbeiders nærmeste leder vil på arbeidsplassen representere arbeidsgiveren. Arbeidsgiver har etter arbeidsmiljøloven et stort ansvar for bl.a. det psykososiale arbeidsmiljøet på arbeidsplassen. Arbeidet skal legges til rette slik at integritet og verdighet ivaretas og at en ikke utsettes for trakassering eller annen utilbørlig opptreden (Storeng et al., 2017). Arbeidsmiljøloven presiserer at

«Arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre» (§ 4-3).

Mange forhold kan påvirke det psykososiale arbeidsmiljøet. Eksempler kan også være manglende støtte fra kolleger eller ledere, mangel på respekt, frykt for å ta ting opp, samt å grue seg til å gå på jobb. Slike forhold kan på sikt også føre til at man kan utvikle plager og sykdommer, både psykiske, men også fysiske (Storeng et al., 2017, s. 32).

Forskning viser at positive følelse påvirker aktivitetsnivå og utholdenhet i de arbeidsoppgavene som skal utføres på jobb. I motsatt ende vil negative følelser som angst, bekymring, frykt og nedstemthet bidra til at våre evner til å utføre en oppgave reduseres (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Opplevelse av rasisme fra pasienter og brukere kan bidra til negative følelse. Samtidig forventer vi at en helse- og sosialarbeider skal tåle mer enn brukeren. En profesjonell utøver av yrket forventes å ha kontroll over følelse og ikke for eksempel gi brukeren et dårligere tilbud, svare frekt tilbake eller utøve andre typer reprimander overfor brukere. Likevel kan dette være en utfordring rent menneskelig sett (Ekeland, 2014). Samtidig vil det være ulik toleranse og forventning på de ulike arbeidsstedene for hva som er akseptable emosjonelle uttrykk. I noen yrker eller organisasjoner vil det være greit å vise mye følelser, mens i andre yrker eller organisasjoner vil det være forventet at man legger lokk på følelsene og ikke viser dem utad. På arbeidsplasser der det er lite aksept for å vise følelsene sine kan det oppstå spenningsforhold mellom forventninger fra arbeidsplassen og hvordan en selv ønsker å reagere. Over tid kan en slik undertrykking av følelser bli belastende for den som opplever det (Kaufmann & Kaufmann, 2009).

Trivsel på arbeidsplassen vil også bli påvirket av hvilket forhold vi har til våre kollegaer. Sosial tilhørighet er, ifølge Maslows behovshierarki, et av menneskenes grunnleggende behov (Maslow, 1954). Studier viser at sosial tilhørighet og gode kollegaer vil øke motivasjon for arbeidet, fremme prestasjoner og arbeidsgleden (Chiaburu & Harrison 2008). Tillit er en av nøklene til godt kollegaskap. Har man tillit til andre vil dette gjøre samarbeide enklere og en vil lettere kunne gå til andre med sine utfordringer og negative og positive opplevelser (Grimen, 2009). Leder vil tjene på å jobbe mot at kollegaene skal få tillit til og bli trygge på

hverandre. Slik fremmes god kollegastøtte noe som vil øke motivasjonen og gi støtte ved negative opplevelser (Nornes, 2014).

3.3 Verdibasert ledelse

Verdibasert ledelse innebærer at man har fokus på verdiene i organisasjonen og utviklingen av disse. Verdiene til en organisasjon vil være referanserammen for den enkelte arbeider sitt handlingsrom og handlingsmønster (Askeland og Aadland 2017, s. 36). At lederen er bevisst dette, vil kunne bidra til å skape handlingsrom og handlingsmønstre som er ønskelige å ha i organisasjonen. Aadland har laget følgende definisjon av verdibasert ledelse:

«Verdibasert leiing er å motivere og mobilisere organisatoriske handlingar og avgjerder på basis av ønskete verdier, og å avdekkje og avgrense innslaget av handlingar og avgjerder som uttrykkjer førmedvitne eller ikkje-ønskete verdier» (Aadland, 2004, s. 157).

Både organisasjoner og leder har iboende verdier. Verdiene i en organisasjon er i bevegelse og vi må være åpne for justeringer av verdigrunnet. Man må også akseptere at verdikonflikter er en del av hverdagen og kan være en utfordring for ledere (Busch, 2012). Tor Busch peker på tre dimensjoner som må inngå i verdibasert ledelse: organisasjonens verdier, lederens individuelle verdier og etiske standarder. Disse bør i stor grad overlappes for at det ikke skal oppstå verdimesige konflikter (Busch, 2012). Å være bevisst på de ulike dimensjonene av verdier og etiske standarder som finnes hos en selv som leder og i organisasjonen vil øke evnen til å oppdage de verdifulle dilemmaene i organisasjonen og heve den etiske standarden (Aadland & Askeland, 2017). I organisasjoner og i det personlige liv, kan vi snakke om verdier for praksis og verdier i praksis. De verdiene som vi sier høyt at vi har og de vi ønsker å ha, er verdiene for praksis (ibid). Disse kalles også for åpne verdier. Dette kan være verdier som vi mener er viktige å inneha, og kanskje også de verdiene som det forventes av samfunnet at man skal ha (Aadland, 2018). De verdiene som viser seg i hva vi gjør, vil derimot være verdier i praksis (Aadland & Askeland, 2017). Disse verdiene er også de vi kan kalle for skjulte verdier. De skjulte verdiene kan vi ha med oss fra oppveksten, fra kulturen vår, og det hender det er verdier som vi ikke nødvendigvis er så

stolte av å ha (Aadland, 2018). I et sykehjem, f.eks. kan verdier som respekt, tillit, omsorg stå høyt som verdier for praksis. Møte med pasienter, utfordringer i arbeidsmiljøet osv. og de ulike reaksjoner og handlinger på dette, vil vise om verdiene også utøves i praksis. Ofte vil de skjulte verdiene være de som kommer til overflaten når vi føler på dilemmaene i møte med valg – skal vi velge det ene eller det andre (ibid).

3.1.1 Etisk refleksjon som en del av verdiarbeidet

Hvorfor kjenner vi at rasisme og diskriminering ikke er greit? Ikke bare er det nedfelt i loven som et forbud, men for de fleste av oss rokker det også ved våre verdier; personlige, så vel som organisasjonens verdier. Å behandle noen stygt pga. utseende, religion eller andre ulikheter, ser vi på som uetisk. Samtidig vil verdiene i en helseorganisasjon ofte være «pasientens beste» (Aadland, 2004). Som leder med personalansvar har man en rekke juridiske plikter å forholde seg til i arbeidet. Man skal forholde seg til arbeidsmiljøloven som legger føringer for hvordan et arbeidsmiljø skal være, både fysisk og psykisk.

Formålsparagrafen sier bl.a. at man skal sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger (...) og å sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling i arbeidslivet (arbeidsmiljøloven, 2005). Som leder av en avdeling innen helse, enten det er et sykehus, sykehjem eller hjemmetjenesten vil det naturlige være å sette pasienten eller brukeren i sentrum. En skal fremme omsorg og pasientvennlighet (Aadland, 2004, s. 167). Dersom brukeren er den som retter rasistiske ytringer mot de ansatte kan både medarbeideren og lederen komme i en skvis. Verdier som ligger i oss kan bli utfordret; hvem skal vi ta «parti» med? Brukeren, som ofte kan sees som «den svake part», eller den ansatte som vi har et lederansvar for? Jeg kan ikke som leder si at «du får ikke hjelp hvis du oppfører deg rasistisk mot pleierne» når pasienten har rett på pleie og hjelp. Men det vil ikke være riktig å be pleierne godta hva det skal være heller.

Vårt ønske om, og plikt til, å hjelpe den syke kan stå i kontrast til vår følelse av sinne og frustrasjon når noen ytrer seg rasistisk. Å stå ovenfor en pasient og å møte dette vil rive i oss, hvem skal vi ta parti med og hvilke valg har vi? Verdiene for å hjelpe pasientene står mot verdiene at en selv og kollegaen fra et annet land er like mye verdt. I en slik kontekst vil vi si at vi står ovenfor et etisk dilemma (Aadland, 2018). For å bli bedre til å håndtere slike

dilemmaer finnes det verktøy. Et av verktøyene er etisk refleksjon. I en etisk refleksjon vil man se på dilemmaene som oppstår i en slik situasjon. Hvilke valgmuligheter har man og hva skal man velge å gjøre? Om man går sammen i en gruppe der den med dilemmaet får hjelp til å presentere sine valgmuligheter kan man oppdage hvilke verdier man setter høyest og kjenne at man kan velge dem uten å kjenne dårlig samvittighet eller ta det med seg hjem (Aadland 2018). Det er viktig at leder setter av tid til refleksjon. Man kan bruke møtepunkt som allerede eksisterer eller man kan sette av nye (Aadland og Eide, 2008). I Etikkhåndboka utgitt av KS beskrives på en god måte ulike refleksjonsmodeller som kan tas i bruk i arbeidet med å identifisere de etiske dilemmaene og sammen finner riktig valg i en gitt situasjon (ibid).

3.4 Det relasjonelle perspektivet i ledelse

I teorien om mangfoldledelse så man at gode mangfoldsledere også hadde god relasjon til medarbeiderne sine. Jeg vil derfor redegjøre for det relasjonelle perspektivet i ledelse. Relasjonell ledelse handler om å anerkjenne den relasjonen som finnes mellom leder og medarbeider, organisasjonen, kollegaer osv., og å bygge på disse prosessene i ledelse. Dette fenomenet er referert til også som «leder-medarbeider-relasjonen» (LMX). Dette dreier seg om en utvekslingsprosess hvor det finnes tillit, respekt og relasjoner av god kvalitet (Kuvaas & Dysvik). Høy kvalitet på LMX er forbundet med fornøyde medarbeidere, økte jobbpresentasjoner, ekstrarolleadferd og tilfredshet (Martinsen 2014). Et annet begrep *relasjonsledelse* (Uhl-Bien, 2006) er forholdsvis nytt og betydningen er derfor noe usikker, men har et noe annet fokus enn den tradisjonelle LMX-teorien. Tradisjonelt sett har forskning på lederskap undersøkt hvordan ledere har utøvd ulike relasjonsorienterte lederstiler, f.eks. omsorgsfulle og støttende stiler, eller hatt fokus på hvordan lederen jobber med å bygge gode og tillitsfulle arbeidsrelasjoner. I nyere tid blir begrepet relasjonsledelse imidlertid brukt til å beskrive et syn på lederskap og organisasjoner som menneskelige, sosiale konstruksjoner, som springer ut fra de alle koblingene og de gjensidige avhengighetsforholdene mellom organisasjonene og deres medlemmer. Man kan si man tar en relasjonsorientering ved å anerkjenne at organisatoriske fenomener eksisterer i gjensidige relasjoner (ibid). Det som anerkjennes som sant er ulikt konstruert i ulike

relasjoner og i ulike sosiokulturelle kontekster. Våre meninger og sannheter blir aldri fullførte, de har heller ingen opprinnelse, men er i stadig utvikling. Anvendt i ledelse fokuserer ikke en relasjonsorientering på å identifisere egenskaper til enkeltpersoner, men heller på de sosiale byggeprosessene som ledelse er (ibid). Språket er vesentlig i en slik tilnærming. Relasjonell ledelse handler mye om hvordan man kommuniserer med språket i relasjonene. Ved å snakke med folk vil man få synspunkter på hva som må gjøres. Språket gir mening, skaper handling og kunnskap og forståelse for andre. Relasjonell integritet handler om at lederne må være følsomme, tilpassede og lydhøre ovenfor øyeblikk av endring. Slike øyeblikk av endring må gripes for å få en prosess mot nye måter å se ting på og gjøre ting, og lederen må føle seg ansvarlig for å jobbe med disse endringene (Cunliffe & Eriksen, 2011). For problemstillingen min tenker jeg at det er relevant fordi det er medarbeidernes opplevelse leder må møte i en støttende og samtalende relasjon. Relasjonelt lederskap omfatter å anerkjenne den konstitutive, dialogiske, intersubjektive og iboende moralske naturen i våre samtaler og relasjoner (ibid).

Spørsmålet er da hvordan ledere kan utvikle denne relasjonelle følsomheten? I studiet til Cunliffe og Eriksen snakket ingen av forskningsobjektene om ledertrening, teorier og teknikk. De var heller opptatt av å utvikle og bygge videre på den opplevelsen av en indre forståelse de hadde hatt for de unike øyeblikkene de befant seg i. Dette betydde å gå ut og snakke med folk, få mange stemmer involvert i dialog, stille spørsmål, lytte og å komme til en slags felles betydning. De erfarte at praktisk visdom skiller seg fra teknisk kunnskap ved at den anerkjenner at å tro på *ett* riktig svar og å anvende teknikker for å forsøke å oppnå forutsigbare resultater har sine begrensninger (ibid). De fokuserte på fellesskap, lytte til alle, lære av erfaring og reflektere over spesielle situasjoner. Dette ble brukt som et middel for å finne den retningen de skulle gå videre. De handlet ut fra en form for kunnskap som syntes å omfavne delte meningsdannelser innenfor visse omstendigheter, dialog om problemene, hva som kunne læres og hva som kunne fremmes for å hjelpe til med å håndtere fremtidige problemer og situasjoner. Lederne i denne studien ble beskrevet som "skapninger" som føler seg vei rundt samspillet med andre, finner ut hva de skal si, hvordan man skal handle og hvordan man får ting gjort: noen ganger tilsynelatende intuitivt, andre ganger mer bevisst (ibid). De så betydningen av dagens øyeblikk, og understreket behovet for en dynamisk dialog mellom fortid/nåtid/fremtid hvor meningene i nåtiden må være forankret i fortiden,

men likevel ikke så mye at den styrer oss (ibid). En leder som bruker verdier til å tolke omgivelsene og kommunisere med dem, vil oppleves troverdig. Lederen må være opptatt av å skape dialog for å forstå den andre, og ikke jobbe mot å vinne over den i argumenter e.l. Lederen må ha omsorg for medarbeiderens velferd, ha høy grad av tillit, konstruere sosiale verdier og jobbe mot et etisk rammeverk i organisasjonen (Espedal, 2017a).

3.4.1 Anerkjennelse og Appreciative Inquiry

Studier viser også at anerkjennelse fra ledere vil være en del av en relasjonell og meningsskapende prosess. Å arbeide med dette vil være med på å danne positive dynamikker i organisasjonen. Anerkjennelse kan være et redskap for å bekrefte at det den andre gjør er bra og riktig. Man anerkjenner for å utvikle den andre og møter medarbeidere på deres premisser. Forskning viser at anerkjennelse gir bedre resultater i organisasjonen, det øker produktivitet og engasjement og fører til lavere turnover (Espedal, 2017b).

Anerkjennelse er noe annet enn bare ros. Når man anerkjenner den andre vil man ikke bare komme med uttrykk som «så flink du var», men at man har et bekreftende tankesett og ser noe i den andre som berører vedkommende og øker følelsen av motivasjon og lojalitet (ibid, s. 290). Samtidig skal man passe seg for at medarbeiderne faktisk kan være på feil spor, og da må anerkjennelsen ikke kun være positivt ladet, men sagt på en slik måte at medarbeideren kommer tilbake på det riktige sporet. Lederen må ha oppriktig interesse for den andre og bygge gode relasjoner for at anerkjennelsen skal føles genuin (Espedal, 2017b).

I den praktiske tilnæringsmåten kalt Appreciative Inquiry (AI) kan vi også finne aspekter som kan bygge opp om det anerkjennende og relasjonelle perspektivet. Dette er en praktisk tilnæringsmåte som har som mål å jobbe med endringsprosesser i organisasjonen. Den ønsker å se på hvordan vi kan utvikle organisasjonene på en bedre måte og i en mer positiv retning (Hauger et al., 2008). Denne tilnæringsmåten bygger på en rekke teorier om viser viktigheten av positive følelser og relasjoner i arbeidslivet. Sentrale prinsipper i AI er:

- Det konstruksjonistiske prinsipp: Måten vi forstår verden på, påvirker våre handlinger.
- Det simultane prinsipp: Undersøkelser skaper endring!
- Det antesipatoriske prinsipp: Bildet av fremtiden styrer våre handlinger i dag!
- Det poetiske prinsipp: Vi kan velge hva vi vil studere!

- Det positive prinsipp: Positive spørsmål skaper positiv forandring!
- Prinsippet om helhet: Å samle hele systemet i en felles prosess!

(Hauger et al. 2008, s. 84-89).

Dette er prinsipper som kan være relevante om man opplever mye negativitet i organisasjonen og om man ønsker seg endring. AI bygger på teorier om positivitet og å ha fokus på positive følelser som glede, håp og optimisme. Forskning viser at når organisasjoner har mye av slike positive følelser vil det føre til bedre resultater i arbeidslivet, medarbeiderne har lettere for å takle motgang, de opplever større meningsfullhet og danner mer høykvalitetsrelasjoner i organisasjonen (Hauger et al., 2008). Her er også anerkjennelse nevnt som en viktig faktor for å bygge opp om de positive relasjonene i organisasjonen (Espedal, 2017b). Hvis man snakker om det man lykkes med og har opplevelse av å bli sett, vil vi oppleve glede. Og mennesker som opplever glede vil i større grad oppleve håp, framtidstro og optimisme. Slik kan anerkjennelse og AI bli en oppadgående positiv spiral i organisasjonen (Hauger et al. 2008). For de som opplever rasisme, vil kanskje noen av disse teoriene bidra til å løfte dem ut av negative følelse og plassere dem utenfor seg selv.

4. Tidligere forskning

Rasisme i pleie- og omsorgssektoren er et stadig tilbakevendende tema i forskning. Det er tydelig at det er forsket på fremmedkulturelle arbeidstakere i Norge generelt og innen helsevesenet spesielt. Jeg har forsøkt flere søkekombinasjoner i Oria. Når jeg søker på fremmedkulturelle helsearbeidere og ledelse kommer det stort sett opp artikler som omhandler hvordan leder tilrettelegger for kulturelt mangfold på arbeidsplassen. Fremmedkulturelle helsearbeidere er det også forsket på, da med fokus på hvordan det er å arbeide i Norge som innvandrere, hvordan de føler seg ivaretatt osv. Søking på kombinasjon helse og rasisme gir også resultater, og studiene har ofte sett på om de opplever rasisme i arbeidsmarkedet eller blant kollegaer.

Fenomenet rasisme generelt er det forsket mye på. I boka «Profesjon, kjønn og etnisitet» finner jeg et kapittel som omhandler til dels den motsatte problemstillingen; pleiernes møte med minoritetspasienter. Referanselisten i dette kapitlet viser til ulik interessant litteratur som jeg har sett litt på. Det refereres bl.a. til en studie gjort av NSF i samarbeid med høyskolen i Oslo og SEFIA. Denne studien gir et godt bilde av hvordan flerkulturelle opplever å jobbe i helsevesenet i Norge (Danielsen, 2001). Den er fra 2001 og siden den gang kan jo også forholdene i Norge ha endret seg på dette området. Her blir ledelsen omtalt, men det er mer uttalelser om å ha utenlandske medarbeidere eller hvordan å være leder med utenlandsk bakgrunn.

Utenfor Norge er det skrevet ganske mye om temaet rasisme i helsesektoren. Det er spesielt belyst i USA, som har en lang historie med systematisk rasisme og kampen mot denne. Her adresseres også problemstillingen hvordan organisasjonene tar stilling til, og tar tak i, problematikken med at pasienter utøver rasisme og diskriminering mot pleiere (Garran & Rasmussen, 2019). En artikkel peker på at helsesektoren har vært noe neglisjert innen forskning på rasisme. Det er lite kjent hvordan helsearbeidere håndterer rasistiske holdninger og hvordan de takler de potensielt helseskadelige dimensjonene ved sin praksis. Det viser seg også at mange er svært tilbakeholdende med å bringe sine opplevelser frem for en administrasjon som ofte er dominert av hvite (Rasmussen & Garran, 2016). En eldre

studie fra Canada viser at flere av immigrantene der opplevde at når de klaget over at de ble utsatt for rasisme til sine kolleger og arbeidsgiver ble de ikke hørt, eller i verste fall utsatt for represalier (Turritin et al., 2002). Denne artikkelen er nå 18 år gammel og det er jo mitt håp om at vi er kommet lengre de siste årene, men mye tyder på at det ikke alltid er tilfelle.

Jeg har også funnet et par avhandlinger fra hhv. Sverige og Irland som i stor grad tar opp hvordan utenlandske helsearbeidere blir behandlet og opplever å jobbe i et nytt land. Den ene av dem er en kvantitativ studie som gir et innblikk i utbredelsen av ulike fenomener som utenlandske arbeidere opplever, så som rasisme, ekskludering osv. Den andre er en kvalitativ undersøkelse (Jönson & Giertz, 2013; Walsh & O'Shea, 2009). En annen studie som ser på om diskriminering av utenlandske helsearbeidere fører til at disse har mindre sannsynlighet for å utvikle en god karriere konkluderer med at dette faktisk er tilfelle (Batnitzky & McDowell, 2011). Et par interessante artikler i AMA (American Medical Association) Journal of Ethics, adresserer problemet og tar direkte opp råd for hvordan veileder kan hjelpe, i dette tilfellet, medisinstudenten gjennom slike opplevelser, samt stiller spørsmål hvorvidt organisasjonene skal støtte dem som opplever rasisme (Kimani, 2019). Jeg finner likevel ingen artikler som tar lederens rolle direkte inn i denne problemstillingen, og ingen gir noe konkret svar på min problemstilling, sett fra et medarbeiderperspektiv.

5. Metode

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for metodene jeg har brukt, og prosessen jeg har vært gjennom for å finne svaret på problemstillingen min. Jeg vil presentere begrunnelsen for hvorfor jeg har valgt som jeg gjør, samt refleksjoner over valgene mine og over min rolle som forsker.

5.1 Valg av metodisk tilnærming

I denne studien var jeg ute etter å finne medarbeidernes tanker om hvordan ledere kan møte deres opplevelser med rasisme. Jeg er ute etter å møte de som har opplevd fenomenet rasisme og deres følelser rundt dette og tanker om hva som kan gjøres med problemet. I forskning har man flere metoder for å finne svar på problemstillingene, og de to mest vanlige metodene er kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Etter å ha satt meg inn i de ulike metodene valgte jeg å bruke kvalitativ tilnærming for å svare på min problemstilling. Kvalitativ tilnærming refererer til egenskapene ved dataen som samles inn. De kvalitative dataene er data som ikke så lett lar seg telle og de er mindre strukturert (Johannessen et al., 2010). En kvalitativ tilnærming vil være en fordel om man skal belyse en problemstilling som det ikke er forsket så mye på (Jacobsen, 2015). En slik tilnærming egner seg også godt når vi skal studere personlige og sensitive temaer, fordi den gir nær kontakt mellom forskeren og personene i felten. Det er en metode som gjør at vi vil oppnå en forståelse for sosiale fenomener, slik som i mitt tilfelle; rasisme og ledelse (Thagaard, 2018). Jeg mener derfor den kvalitative tilnærmingen er å foretrekke framfor en kvantitativ tilnærming, når jeg ønsket å finne svaret på intervjuobjektene subjektive opplevelse av rasisme og den enkeltes ønske om hvordan leder skal møte dennes behov og følelser knyttet til dette. En kvalitativ tilnærming vil også være mer fleksibel. I utgangspunktet har jeg en problemstilling jeg ønsker å få svar på, men underveis kan denne endres ved at jeg får mer kunnskap. Det blir en interaktiv prosess ved at de empiriske dataene og analysen har en vagere skillelinje (Jacobsen, 2015). Ved å bruke denne tilnærmingen kan man ikke generalisere, fordi man får fram hva de utvalgte informantene tenker om spørsmålene som stilles og ikke om dette er noe flertallet mener. Det er den enkeltes unike forståelse vi får fram (Jacobsen, 2015). Jeg valgte bort kvantitativ tilnærming, da denne typen undersøkelser er mer rettet mot det

som kan måles og telles. Jeg tror det ville være vanskelig å få svar på spørsmålet mitt ved «tallenes tale», da opplevelser, følelser og reaksjoner ikke så lett lar seg telle (ibid). Derfor ble fort den kvantitative tilnærmingen lagt bort som et godt alternativ for å få svar på min problemstilling.

5.2 Valg av datainnsamlingsmetoder

For å få svar på problemstillingen min var det nødvendig å få tilgang til opplevelsene, tankene og følelsene til helsepersonell som har opplevd rasisme i sitt arbeid. Hva mener disse skal til for å få en god arbeidshverdag, lette problemene og evt. «holde ut» det å møte rasistiske ytringer fra pasienter og pårørende. For å samle inn denne dataen har jeg brukt individuelle intervjuer som metode. Jeg valgte dette fordi jeg er interessert i hva den enkelte informant mener om temaet og hva den enkelte opplever. Å snakke med en og en kontra et gruppeintervju har også den fordelen at man kan snakke fritt til forskeren uten å være redd for hva andre rundt kan mene og tenke om det en sier. Slike intervju egner seg godt når vi ønsker å få fram den enkeltes tolkning og forståelse av sosiale fenomener (Jacobsen, 2015). Det kan være vanskelig å vite hvor mange man bør intervjuer til slike undersøkelser. Noen kan mene at man skal intervjuer til man får svaret på spørsmålet. Det kan også komme et metningspunkt for når man ikke kan hente ut mer informasjon. Det er i teorien ingen øvre eller nedre grense for antallet man må intervjuer (Johannessen et al., 2010). På grunnlag av at dette er en mindre oppgave, ønsket jeg å intervjuer 6-8 informanter med de samme spørsmålene. Jeg laget en intervjuguide på 15 forholdsvis åpne spørsmål på forhånd. Slik kunne jeg få til et semistrukturert dybdeintervju av informantene. Et semistrukturert intervju innebærer at man ikke holder seg slavisk til intervju spørsmålene man har laget i forkant, men er åpen for å komme med spontane spørsmål, oppfølgingsspørsmål, men også hoppe over noen av spørsmålene dersom man ser at de blir besvart på annen måte (Thagaard, 2018). I dybdeintervjuene ønsker man å gå i dybden på temaene man intervjuer om (Jacobsen, 2015). Jeg valgte å ha med lydopptaker for å kunne ta opp intervjuene. Da slapp jeg å skrive underveis, og jeg kunne konsentrere meg fullt og helt om å lytte og prate. Intervjuene måtte jeg i etterkant transkribere, systematisere og kategorisere for å kunne hente ut relevant informasjon som besvarer spørsmålet mitt. I og med at jeg skulle samle inn

det vi kaller for personsensitiv data, måtte jeg søke Norsk senter for forskningsdata (NSD) om godkjenning for å lagre dataen. Personsensitiv data er informasjon om de som deltar i prosjektet som navn, etnisitet, alder osv. Siden intervjuene skulle være anonyme, må deltakerne føle seg trygge på at heller ikke underveis i arbeidet skal noen få tak i deres opplysninger eller tilknytning til prosjektet. For å forsikre meg om at deltakerne visste hva de var med på, fikk de et informasjonsskriv og gav et informert samtykke på å bli med i prosjektet. Dataene ble lagret etter NSDs retningslinjer og slettes etter at prosjektet er ferdig. Vurderingen fra NSD ligger vedlagt (vedlegg 4).

5.3 Valg av studieenhet

En studieenhet er den gruppen som man skal studere i en undersøkelse. Valget av studieenhet henger sammen med hvilken problemstilling oppgaven har, altså hva ønsker jeg å studere (Jacobsen, 2015). I og med at problemstillingen min er konkretisert til at man skal møte personer som har opplevd rasisme, var det nødvendig å finne personer som en eller annen gang eller ofte møter rasisme i sitt arbeid med pasienter og pårørende. Det var derfor selvsagt at jeg måtte gå til mennesker som jobbet i pasientrelaterte jobber. Siden oppgaven jeg skriver er relativt liten og med en klar tidsbegrensing, var målet mitt å finne 6-8 informanter som jeg kunne intervju. Jeg har i problemstillingen også avgrenset mitt perspektiv til å gjelde medarbeiderne, derfor var det disse jeg var ute etter å intervju, og ikke lederne. Formålet er å finne ut hva medarbeiderne tenker, og derfor ble utvalget formålsstyrt (Jacobsen, 2015).

Jeg ønsket å inkludere både pleieassistenter, helsefagarbeider og sykepleiere for å få informanter med ulikt utdanningsnivå. Dette for å se om det var noe forskjell på behovene disse hadde for å bli møtt og om de taklet det ulikt. Jeg håpet å få informanter fra ulike deler av verden og primært de som ser annerledes ut enn en «typisk nordmann»; for eksempel på hudfarge eller bruk av religiøst hodeplagg, noe jeg også fikk. Informantene mine kom primært fra asiatiske og afrikanske land, eller hadde foreldre som kom herfra. Men jeg valgte også å intervju en som var tysk, fordi han fortalte at den generasjonen eldre som han hadde jobbet med hadde sterke opplevelser fra krigen. Dette gjorde at de kom med

uttalelser av rasistisk og diskriminerende art mot han som tysker. Jeg søkte etter å finne informanter av begge kjønn, fordi de kan ha ulike oppfatninger og mening om hvordan opplevelsen av rasisme fra pasienter og pårørende bør håndteres.

Jeg opplevde at å finne informanter bød på en betydelig utfordring. Jeg kontaktet kommunen der jeg jobbet for å undersøke muligheten for å forske innen kommunen. Etter å ha sendt søknadsskjema fikk jeg en kontakt i kommunen som hjalp meg videre med prosessen. Jeg henvendte meg til avdelingsledere på sykehjem eller i hjemmesykepleien i mitt nærområde for å høre om de hadde medarbeidere som hadde kjent på dette problemet og som ønsker å bli intervjuet. Jeg kontaktet også tidligere kollegaer som jeg vet har hatt opplevelser med dette. Det ble sendt ut mailer til ansatte og ledere i kommunen der jeg selv jobber, slik at folk kunne «melde seg». Kun en person besvarte mailen, men fulgte likevel ikke opp på videre forespørsel. Mulig den store pandemien vi ble rammet av gjorde at folk ikke prioriterte dette. Jeg måtte gå via folk jeg kjenner og ta direkte kontakt med de personene som lederne sa hadde noen gang nevnt at de hadde opplevd dette. Slik fikk jeg etterhvert ha intervju med 7 informanter med ulik etnisk bakgrunn og ulikt utdanningsnivå. Disse presenterer jeg under, med fiktive navn.

Navn	alder	opprinnelse	stilling	Hvor lenge i Norge
Hans	45	tysk	Sykepleier	8 år i Norge
Karen	33	filippinsk	helsefagarbeider	4 år i Norge
Gina	30	Eritreisk	Pleieassistent	11 år i Norge
Milena	25	Etiopiske foreldre	pleieassistent	født i Norge
Cristin	50	Filippinsk	Sykepleier	25 år i Norge
Halima	36	Etiopisk	Sykepleier	20 år i Norge
Liya	30	Etiopisk	Sykepleier	10 år i Norge

5.3.1 Praktisk gjennomføring

De fleste informantene intervjuet jeg på mitt kontor på sykehjemmet. En av informantene ble intervjuet via SKYPE pga. at dennes planlagte reise til Norge ble avlyst som følge av koronaviruset. Informantene fikk informasjonsskriv og jeg innhentet signert samtykke, jf.

retningslinjene til NSD. Disse ligger vedlagt (vedlegg 1 og 2). Jeg brukte lydopptaker slik at jeg fikk tatt opp samtalen og slapp å være avhengig av å notere underveis. Dermed kunne jeg ha full konsentrasjon på intervjuet og intervjuobjektet. Intervjuene ble transkribert fortløpende etter hvert intervju og lydfilen slettet. Jeg noterte ikke eller lagret noen sensitiv informasjon som kunne kobles opp mot informantene. Jeg brukte en intervjuguide som jeg hadde laget på forhånd, men det ble likevel det man kaller semistrukturert intervju, fordi intervjuguiden var mer som en overordnet ramme (Johannessen et al., 2010). Jeg fulgte ikke intervjuguiden slavisk fordi jeg opplevde underveis at mye av det som ble sagt i de ulike intervjuene krevde andre og ofte flere oppfølgingsspørsmål enn jeg hadde laget i guiden. Oppfølgingsspørsmålene ble dermed også litt forskjellige fra intervju til intervju. En slik type intervjumåte er forholdsvis fleksibel, og kanskje derfor også den mest brukte formen for intervjumåte (ibid). Mine informanter hadde bakgrunn fra ulike steder i verden. En av informantene var født og oppvokst i Norge, men av foreldre som kom fra et afrikansk land. Hun snakket kav dialekt med alle nyanser og preferanser språket gir. Det var ellers litt ulikt nivå på språket på de ulike informantene, men vi hadde likevel ingen problemer med å forstå hverandre. Intervjuguiden jeg har brukt ligger vedlagt (vedlegg 3).

5.4 Metode i analysearbeidet

Dataen som blir samlet inn i all forskning må analyseres og tolkes. I de kvantitative designene vil analysen skje ved hjelp av opptelling og bruk av statistiske teknikker. I de kvalitative designene består analysen i å bearbeide teksten (Johannessen et al., 2010). I mitt tilfelle er dataen i forskningen, det som blir sagt i intervjuene. I og med at jeg valgte å bruke intervju som metode for å samle data, og å ta opp intervjuet på lydfil, måtte jeg transkribere intervjuene for å få de muntlige ordene over som tekst. Etter å ha transkribert alle intervjuene satt jeg igjen med masse informasjon, altså dataen som jeg skulle bruke for å få besvart min problemstilling. Når jeg har valg en kvalitativ undersøkelse krever dette at jeg må bearbeide det som er skrevet ned og som ble sagt i de ulike intervjuene. Ved å sammenstille de syv intervjuene kan jeg oppdage sentrale detaljer som vil gi ny innsikt i fenomener eller opplevelser (Jacobsen et al., 2015). Ved å bryte ned teksten i intervjuene og se på den i mindre deler, samtidig som de sees i lys av helheten vil dette gi en ny forståelse av fenomener. Vekslingen mellom del og helhet der man lærer nye ting, og samtidig

oppdager det man ikke vet, som man vil undersøke nærmere, kalles den hermeneutiske spiral (ibid). I analysearbeidet brukte jeg induktiv metode. Dette er en metode der temaene og kategoriene i funnene springer ut av dataene som analyseres (Thargaard, 2018). Rent praktisk tok jeg utgangspunkt i fenomenologisk analyse som beskrevet hos Jacobsen et al. (2015). Jeg leste gjennom materialet og så etter interessante og sentrale temaer i de ulike intervjuene. Den irrelevante informasjonen ble forsøkt luket bort. Videre forsøkte jeg gjennom koding å finne kodeord i teksten som viser hva slags informasjon teksten gir. Kodingen skal avdekke og organisere meningsfulle utsnitt og bidra til å gjøre datamaterialet lettere å analysere (Jacobsen, 2015). Kodingen fant jeg ganske spennende. Det var interessant å jobbe med teksten og føle at man allerede fant noen svar på problemstillingen, på måter man kanskje ikke hadde sett for seg på forhånd. Kodingen er en del av fortolkningen og den sees i lys av problemstillingen. Dersom jeg hadde hatt en annen problemstilling, ville også tolkningen blitt annerledes. Vi kan aldri være sikre på at fortolkningen av hverken tekster, handlinger eller andre fenomener er helt korrekte. Forskerens forforståelse, erfaring og kunnskap vil også kunne prege hva man finner i datamaterialet (Gilje & Grimen, 1993). Etter å ha funnet kodene jeg mente var riktige og relevante, fant jeg ut hvilke kategorier disse passet inn i. Kategoriene angir hvilke temaer som kommer fra tekstene og knytter sammen det de ulike kodene representerer (Thargaard, 2018). Til slutt i prosessen fant jeg ut hvilke sitater jeg kunne bruke for å underbygge de ulike kategoriene. Det var i grunnen ganske enkelt, for i prosessen har jeg leste gjennom datamaterialet svært mange ganger. Dette hjalp meg med å velge ut de riktige sitatene til å representere de ulike kategoriene.

5.5 Drøfting av reliabilitet og validitet

5.5.1 Reliabilitet

Reliabilitet sier noe om resultatene i undersøkelsen er til å stole på. I utgangspunktet springer uttrykket ut fra den kvantitative undersøkelsen, der man opererte med tall. Reliabilitet refererer da til spørsmålet om en annen forsker ville kommet fram til samme resultatet ved bruk av det samme metodene (Thargaard, 2018). Dette vil vanskelig la seg teste i en kvalitativ studie. Ingen undersøkelser vil være helt feilfrie, dette har med både

metodemessige og menneskelige forhold å gjøre (Grenness, 2012). Ved bruk av intervju vil både den som intervjues og intervjueren påvirke hverandre. Både måten man er kledd, hvilken forforståelse man har, språk og dialekt kan spille inn på hvordan man møter hverandre og dernest hvilke svar som blir gitt. Også hvor man utfører intervjuet kan spille inn. Er man i et rom der man kan være alene eller et der man blir forstyrret kan det påvirke svarene (Jacobsen, 2015). F.eks. kan det være vanskelig å snakke ærlig om følsomme tema (som hvordan lederen skal opptre) dersom lederen sitter i rommet ved siden av og man er redd for å bli overhørt. Å intervju via en skjerm og internett, slik som på skype, kan også være med på å påvirke intervjusituasjonen. Noen vil kanskje oppleve en slik samtale som fjern, og man blir utilpass. Andre igjen kan kanskje slappe mer av, da det blir en større distanse og ikke så «intimt». Dette er aspekter jeg må ta i betraktning i min undersøkelse.

I tillegg må jeg tenke på å registrere informasjonen så nøyaktig som mulig. Derfor har det vært til stor nytte å ha med båndopptaker slik at jeg kunne transkribere intervjuene i etterkant og få ned nøyaktig ord for ord. Dersom det er slurv og unøyaktig nedtegning av data vil dette føre til en mindre pålitelig undersøkelse (Jacobsen, 2015).

5.5.2 Validitet

Validitet handler om gyldigheten til undersøkelsen. Man stiller spørsmålet om forskerens *beskrivelse* av virkeligheten og *den faktiske* virkeligheten stemmer over ens (Jacobsen, 2015). Et vanlig problem er at man ikke har fått tak i de riktige kildene eller at disse ikke svarer riktig og sant på våre spørsmål. Dersom det viser seg at informantene jeg får tak i likevel ikke har opplevd rasisme som et problem vil dette by på problemer for meg som forsker. Jeg må også forholde meg til om de jeg intervjuer svarer sant på de spørsmålene jeg stiller. Hvis de har interesse av å lyve vil mine data ikke representere virkeligheten. De dataene jeg får vil danne grunnlaget for de resultatene jeg til slutt legger fram i undersøkelsen. Min evne som forsker til å tolke dataene vil også danne grunnlag for validiteten til undersøkelsen.

For å styrke validiteten kan forskeren benytte seg av ulike metoder. Respondent-validering innebærer å konfrontere dem vi har undersøkt med resultatene for å sjekke om de kjenner seg igjen (Jacobsen, 2015, s. 233). Videre kan man drøfte kritisk de kategorier og hendelser

som man har sortert dataen i. Man kan spørre seg hvor mange kategorier og hendelser man skal dele opp funnene i og om man kan endre på disse, og i så fall få endret resultat (ibid s, 234). Deretter må man drøfte kritisk eventuelle sammenhenger man har funnet. Dette kan man f.eks. gjøre ved å snu om på dem og se om man da kommer til samme resultat (ibid). Jeg vil også kunne sammenligne min forskning med tidligere forskning. Dersom jeg finner en viss overenstemmelse kan dette styrke studiens validitet (Thagaard, 2018).

5.6 Metoderefleksjon

Når det kommer til hvilken av metodene man velger i forskning er det ingen ting som indikerer at den ene metoden er bedre enn den andre, men de har begge sine styrker og svakheter. En av styrkene til kvalitative tilnærminger er at undersøkelsene ofte vil ha høy relevans pga. nærheten til det som studeres. Ved denne tilnærmingen får man fram den forståelsen som intervjuobjektene har til fenomenet. Man får fram nyansene i fenomenet som studeres og det komplekse ved fenomenet. En annen fordel med kvalitativt intervju er også graden av åpenhet og fleksibilitet. Man kan underveis i prosessen endre problemstilling etterhvert som vi får vite mer om fenomenet (Jacobsen, 2015). Ved å bruke intervju kan det være en styrke at man får et *dypdykk* i den enkeltes opplevelse av rasisme og hva lederen kan gjøre for å møte deres opplevelse av dette. I intervjusituasjonen kan man stille oppfølgings spørsmål og få utdypet tema og forholdet til fenomener som man ikke så for seg på forhånd i undersøkelsen, men som kan være relevante for å besvare problemstillingen (Johannessen et al., 2010).

En svakhet ved det kvalitative designet kan være at man får et for lite utvalg og det er ikke nødvendigvis representativt for et stort flertall. Nærheten i en intervjusituasjon kan også ved noen tilfeller faktisk være negativt i det de kan bidra til at informanter ikke er like ærlige som de ville vært ved et spørreskjema. For noen er det enklere å krysse av ærlig i et upersonlig skjema enn å innrømme f.eks. skambelagte ting foran et annet menneske (Johannessen et al., 2010). En kan også stille seg spørrende om hvem som helst er villige til å stille til intervju. I et tema som kan være sårbart, f.eks. slik som mitt, kan kanskje de som føler seg ekstra sårbare vegre seg for å stille til intervju. Slik vil en gå glipp av disse menneskenes perspektiv

på temaet (Thagaard, 2018). En annen ulempe med enkeltintervjuer er at de er ressurs- og tidkrevende og at det kan være vanskelig å finne informanter som ønsker å stille opp. Jeg vil også få tilgang til store mengder informasjon som jeg skal forholde meg til og det kan bli vanskelig å få oversikten og å trekke ut de relevante og riktige opplysningene for å besvare problemstillingen. Videre vil fleksibiliteten også kunne føles som et problem fordi i verste fall kan nye problemstillinger som dukker opp underveis være altfor langt fra den opprinnelige problemstillingen (Jacobsen, 2015).

5.7 Forskningsetiske sider

All forskning må underlegges juridiske og etiske rammer. Etikken tar opp spørsmålet om rett og galt, spesielt i forholdet mellom mennesker, og det vil alltid være flere etiske aspekter ved den forskningen som involverer mennesker. I forbindelse med en datainnsamling i form av intervju kommer forskeren direkte i berøring med andre menneskers liv. Den informasjonen intervjupersonene kommer med, kan tolkes på en slik måte at personene føler seg misoppfattet og kanskje føler at det blir presentert et feil bilde av dem selv og deres meninger, selv om det ikke er hensikten fra forskerens side (Johannessen et al., 2010). I slike intervjuer behandler vi personopplysninger og behandlingen av disse er regulert i lovverket. Vi må også forholde oss til åndsverkloven når vi siterer fra det andre forskere og forfattere har produsert ved at vi gjengir korrekt det som ikke er vårt eget (Thagaard, 2018).

I Norge har man en forskningsetisk komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) som har utarbeidet etiske retningslinjer for forskning. Utgangspunktet for forskningsetikken er tre grunnleggende krav som forskeren må forholde seg til; informert samtykke, krav på privatliv og krav om å bli korrekt gjengitt (Jacobsen, 2015). Informert samtykke innebærer at den som deltar må delta frivillig og ha kunnskap om hva den faktisk svarer ja til å delta på. Vedkommende må få full informasjon og jeg som forsker må forsikre meg om at vedkommende forstår informasjonen (ibid). Kravene til privatliv og konfidensialitet er der for å beskytte intervjupersonene. Selv om mine spørsmål primært vil være rettet mot jobbsituasjonen, kan enkelte føle at det de forteller meg ikke er noe alle andre skal få vite om. Dette innebærer bl.a. at jeg må anonymisere enkeltpersoner når jeg refererer til ting de

har sagt (Thagaard, 2018). At intervjupersonene skal bli korrekt gjengitt og at gjengivelsen settes inn i riktig sammenheng er også et krav som må etterleves. Uriktig presentasjon av data kan defineres som juks (Jacobsen, 2015).

I min intervjusituasjon måtte jeg også være oppmerksom på faren for å identifisere tredjepersoner. Byen jeg bor i er liten og noen av mine informanter var fra samme by som meg og jobbet eller hadde jobbet på sykehjem jeg kjente til. For at jeg ikke skulle stille meg til doms over lederkolleger eller andre arbeidsplassers arbeidsmiljø passet jeg på å be intervjuobjektene om ikke å nevne navn på lederen de omtalte eller si navnet på stedet der de hadde jobbet da hendelsene fant sted. De måtte heller ikke nevne navnet til pasientene eller pårørende i de historiene som de fortalte om. Dette ble i alle tilfeller respektert.

5.8 Refleksjon over egen forforståelse og forskerrolle

Enhver forsker kommer går inn i sin rolle med en forforståelse. Både når vi møter tekster, fenomener og personer vil vi forstå dem i lys av noe vi tidligere har lest, opplevd, erfart osv. (Gilje & Grimen, 1993). Som sykepleier og leder vil jeg være preget av to ulike forforståelser. Jeg vil på den ene siden se pasientens ståsted; dette at de er sårbare, syke og kanskje engstelige og redde. I så måte vil jeg muligens ha en forståelse for at pasientene kan reagere på mennesker som ser og oppfører seg annerledes enn majoriteten. På den annen side har jeg møtt medarbeidere som forteller om graverende opplevelser med rasistiske pasienter og de utfordringene dette gir dem, følelsesmessig så vel som i utøvelsen av yrket. Min forforståelse var at jeg dette var noe som var vanskelig å håndtere, uten noen «quick fix».

Jeg var spent på hva informantene kom til å fortelle og prøvde å være åpen og lyttende. Samtidig måtte jeg være bevisst hvem jeg selv er, og hvilken rolle jeg har, i møte med informanten; jeg er leder og hører til majoritetskulturen. Jeg er riktignok ikke deres leder, men for dem kan jeg representere den de skal snakke om, noen som kan gjøre det mer utfordrende for dem å være helt åpne om det de mener. Også det at jeg selv hører til majoritetskulturen i Norge, vil kunne påvirke intervjusituasjonen. Dette kan skape en større avstand enn hvis også jeg hadde vært av minoritetsbakgrunn (Johannessen et al. 2010). Også

det faktum at jeg er helt ny i rollen som intervjuer i forskningssammenheng vil kunne påvirke negativt, da jeg kan framstå som usikker. Likevel kan av og til forskjellene være positive. Kanskje kan det at jeg har majoritetsbakgrunn gjøre at jeg oppleves «nøytral». Jeg har ikke opplevd rasisme, og kan således ikke dømme dem og si at «ja, men jeg har også opplevd dette, og slik må man tåle», og at min usikkerhet som ny intervjuer gjør at det føles mindre som en «ovenfra og ned»-samtale, men mer en samtale på likt nivå som gjør det lettere for dem å åpne seg (ibid).

6. Presentasjon av funn

I dette kapitlet vil jeg presentere funnene jeg har gjort i arbeidet med problemstillingen og søke å besvare denne. Jeg tar utgangspunktet i intervjuene jeg har hatt og vil trekke fram de kategoriene og temaene jeg mener utmerket seg under analysen av intervjuene. Jeg fant at informantene hadde ulike måter å håndtere hendelser med rasisme. Jeg opplevde da informantene mine snakket om opplevelsene av rasisme på arbeidsplassen, at dette er vanlig å oppleve og at det er mange som har opplevd det. De fortalte om sine egne opplevelser, men nevnte også hendelser som kollegaene hadde opplevd. I presentasjonen vil jeg trekke ut meningsinnholdet fra det informantene sa og jeg trekker fram sitater som jeg mener er viktige meningsbærere for datagrunnlaget jeg senere vil bruke i drøftingen. Jeg mener at funnene peker på tre nivåer for hvordan deltakerne håndterer disse opplevelsene, hvor de tre nivåene er: det individuelle plan, det kollegiale plan og det ledelse- og organisatoriske plan.

6.1 Individuell håndtering

Noe som pekte seg ut tidlig var at informantene hadde en måte å håndtere opplevelsene med rasisme på et individuelt nivå. Når de møtte pasienter som viste rasistiske holdninger i handling eller ord sto de ofte alene. De var i rommet, i situasjonen, i møtet med den enkelte pasient, og de opplevde det derfor som noe de måtte takle der og da, individuelt. De måtte finne en måte slik at de ikke vendte problemet innover, men la det over på noe utenfor dem selv. Men det var også den individuelle følelsen og beslutningen de måtte ta, som gjorde at de trengte å møte dette individuelt. Å stå i møte med pasienter og pårørende som klart ikke ønsket dem der, eller ikke stolte på dem pga. hudfarge eller at nasjonalitet, ga dem negative følelser og dilemmaer som de måtte forsøke å mestre på ulike måter. Jeg har sett på to underpunkter i dette temaet, som jeg synes skiller seg ut. Disse er håndtering av følelsene og dilemmaene i pleien og årsaksforklaringer, erfaringer og kunnskap.

6.1.1 Håndtering av følelsene og dilemmaene

Et tema som alle informantene var klart opptatt av, var spenningspunktet mellom følelser og profesjonalitet. Informantene fortalte at de hadde ulike grader av negative følelser knyttet til opplevelsen av rasisme. Noen av dem kjente på sjokk og ubehag kanskje bare første gangen for så å håndtere det fint i ettertid. Andre opplevde at de negative følelsene ble verre etter hvert som tiden gikk, i alle fall hvis det var gjentakende fra samme pasient. Likevel kjente alle at de ubehagelige følelsene kunne komme i veien for en profesjonell utøvelse av yrket. En informant sa det slik;

ok, du kan ta det på en profesjonell måte, ikke sant, han er en syk mann og (...) men når du får høre det hver dag, om og om igjen (...) bare fordi han ser deg (...) ja, da spør du deg selv hvordan kan jeg håndtere det, dette dilemmaet mellom profesjonaliteten og egne emosjoner (Hans).

Opplevelsen mange har er at de i utgangspunktet gir mye av seg selv i yrket. Omsorgsyrkene er å gi av seg selv, og man gir med hele seg; følelser, kunnskap og praksis. Disse negative emosjonene kunne for noen gi en følelse av at de ikke klarte å yte sitt beste. En annen sa det slik i sitt møte med en pasient som ikke ville ha hjelp pga. pleierens hudfarge: «...du føler deg ubrukelig (...) sier at jeg er her for å hjelpe og prøver å være så profesjonell som mulig.» (Milena).

For henne ble en slik negativ følelse vanskelig å takle, og hun ble usikker på hva hun skulle gjøre videre. En annen påpekte hvordan selvtilliten kunne knekkes i stadig møte med rasistiske holdninger, noe som kunne på sikt være skadelig og farlig. En annen kjente at grensen var nådd for hva hun kunne tåle da hun ble møtt med sterke rasistiske holdninger fra en pasient og pasientens pårørende som var på besøk. Dette førte til at hun rett og slett ikke kunne gjøre en god jobb, og uttrykte sine tanker i forbindelse med dette: «jeg er her, jeg skal gjøre jobben min, liksom. ... men jeg klarte ikke, jeg var så sint og såret» (Liya).

En annen fortalte om en vond opplevelse der hun opplevde hatefulle rasistiske ytringer og holdninger fra en pasient og hun visste ikke hvordan hun skulle håndtere dette:

Hvis det var en kollega som hadde sagt det til meg, visste jeg hva jeg skulle gjøre, men hvis det er en pasient – de har jo pasient- og brukerrettighet. Men vi har ikke helsepersonellrettighet, vi har bare plikt! (Karen).

For denne informanten og for flere av de andre, ble dette et dilemma. Hvordan de skulle jobbe videre som om ingenting hadde skjedd, men likevel kjenne på de negative følelsene som de følte påvirket jobben, var vanskelig å håndtere. Noen valgte å jobbe videre og å bli værende hos pasienten for å gjøre jobben sin, fordi de visste at pasienten hadde behov for og rett på denne hjelpen, mens andre forlot oppdraget.

I tillegg til de følelsesmessige dilemmaene, opplevde de også faglige dilemmaer. Flere følte at de sto i en svis når pasienter ikke ønsket å få hjelp fra dem fordi de var utenlandske, men samtidig visste de at de trengte den hjelpen. En sier:

Hun er en klar og orientert dame så hun bestemmer selv, hun vil ikke ha deg der. Det er som et dilemma, hun må ha hjelp, men så var det ingen andre som kan hjelpe henne, hva skal du da gjøre som helsepersonell (Cristin).

Mange lurte på om de skulle presse seg på og bare utføre hjelpen, selv om det kunne hagle med ukvemsord, eller om de skulle trekke seg ut. De fleste trakk seg ut og spurte andre om hjelp, men noen ganger, spesielt for sykepleierne kunne dette være vanskelig. Dette var fordi sykepleierne hadde kompetanse og tillatelse til å gjøre oppgaver som de andre pleierne ikke hadde. En sykepleier sa: «hvis det er ting som bare sykepleier kan gjøre, f.eks. insulin, da sier jeg; det er bare jeg som kan hjelpe deg med dette, og du velger selv om du vil eller ikke. Noen sier likevel nei» (Halima).

Denne sykepleieren syntes likevel dette var vanskelig for hennes kunnskap om sykdommen gjorde at hun visste hvor stort behov pasientene hadde for enkelte medikamenter og behandlinger. Dette gikk igjen hos flere, og mange fortalte også om at de brukte store ressurser på å «overtale» pasientene til å motta hjelp. Denne tidsbruken gjorde at det igjen kunne gå ut over andre pasienter, altså nok et dilemma; skulle de bruke så mye tid på en som ikke vil, når dette går ut over de andre pasientene på avdelingen?

6.1.2 Årsaksforklaringer, erfaringer og kunnskap

De aller fleste hadde gode forklaringer og dermed også forståelse for hvorfor pasientene oppførte seg slik de gjorde. Alle jeg intervjuet fortalte om opplevelser de hadde mens de jobbet i eldreomsorgen, der svært mange har en form for kognitiv svikt. I tillegg er pasienten sårbar og syk, hadde kanskje smerter og var redd. De kom også med forklaringer som at de

eldre hører til en annen generasjon, som ikke var oppvokst i et multikulturelt samfunn og ikke var vant til så mange utenlandske. Dette gjorde at informantene også hadde lettere for å akseptere pasientenes handlinger og ord, selv om disse i seg selv ikke var greit. En av dem sa: «jeg tenker at disse menneskene er gamle og syke og de er ikke vant med mørkhudete eller folk med en annen religion» (Halima).

En som jobbet i hjemmesykepleien forklarte det slik etter at en pasient hadde reagert på henne som utenlandsk: «de gamle er kanskje ikke vant til å se oss utenlandske i deres hus, eller ha kontakt med oss i det hele tatt. Og så jeg skjønner at de ikke er vant til det, så jeg tok det ikke personlig.» (Karen).

Samtidig ønsket ingen å «gi opp» eller la være å møte pasientene, for de mente at også pasientenes erfaringer med utenlandske pleiere kunne være med å gjøre arbeidet lettere for dem som kom etter. En av pleierne sa: «hvis de er vant til meg, så vil de være vant til de som kommer etter meg også.» (Gina). Et par sykepleiere som hadde jobbet lenge i pleie, fortalte også at de opplevde mindre rasisme nå, enn da de startet sin karriere. Dette gjorde dem optimistiske på at ting ville bli enda bedre når alle i samfunnet får mer erfaring med mangfoldet og kunnskaper om hverandres kultur.

Mange opplevde at informasjon og økt kunnskap var avgjørende for hvordan de taklet situasjonen. Kunnskap om sykdommen til pasientene var viktig, spesielt for de nye. Etterhvert som de fikk kunnskap kunne flere henge oppførselen på ulike knagger. En som jobbet som pleieassistent, men gikk på fagarbeiderskole sa:

etterhvert, da jeg gikk på skolen, så vet jeg at det er sykdommen som gjør det. De vet ikke alltid hva de sier eller sykdommen gjør den personen slik. Jeg aksepterer dette da, og det går fint. (Gina).

En sykepleier med lang erfaring mente det alltid var mer å hente av kunnskap og sa:

vi trenger informasjon og kunnskap om hvordan vi håndterer det (...) så vi er forberedt på en situasjon som det. Fordi du kan ikke si at den ikke skal oppleve det, at det ikke skal skje igjen, for det skjer igjen, jeg vet at det skal skje... (Cristin).

Det var også tydelig at både de med høyere utdanning, men også med lang erfaring taklet dette på en bedre måte enn de som var uerfarne og/eller hadde lavere utdanning. En av sykepleierne sa:

Erfaring er viktig ... Før var det sånn, jeg tenkte jeg skulle vært i hjemlandet mitt der ingen kom til å stille meg sånne spørsmål. Men nå er det liksom ... jeg har jobbet innen dette lenge og jeg tar det ikke med meg hjem og jeg tenker ikke på det (Halima).

Mange mente det var viktig at nye og uerfarne fikk informasjon om at rasisme kunne skje, og hvis de visste om enkeltpasienter som uttrykte seg spesielt rasistisk kunne dette bli informert om før de gikk inn til pasienten. Det var tydelig at sykepleierne følte et ansvar her. En av dem sa: «vi må sørge for assistentene som ikke har erfaring og kunnskap slik som oss, som sykepleierne (...) vi må hjelpe dem, så de ikke tar det personlig.» (Cristin).

Et annet fokus som alle hadde, var at de var opptatt av å ikke automatisk tillegge pasienten rasistiske holdninger, selv om de sa stygge ting. En av informantene sa: «selv om de nekter meg å komme, kan de godta neste person selv om den er mørkhudet, det trenger ikke handle om rasisme, det kan også ha med kjemi å gjøre. Vi er alle forskjellige» (Halima). Det var ingen ting som tydet på at informantene var raske med å konkludere med at pasientene var rasister, men tilla dem ofte andre forklaringer på oppførselen. De var også klare på at opplevelsen av å bli utsatt for rasisme er subjektiv. Flere opplevde at det andre opplevde rasistisk, kanskje ikke ville følt slik på dem selv. En av informantene sa:

Jeg tror hver definerer rasisme eller diskriminering for seg selv. Altså det jeg kaller diskriminering kan en annen person si at «det er ikke noe diskriminering for meg, men kanskje for deg». Så derfor er det av og til vanskelig å si, det har med individuelle oppfatninger å gjøre (Hans).

Noen nevnte andre kollegaer som de så taklet det dårligere enn det de gjorde selv og tilsynelatende opplevde mer rasisme enn andre, uten at de kunne påpeke noe grunn til det annet enn at man kanskje tolket ting forskjellig. Det var altså ulike forutsetninger for å håndtere det, alt etter hva de hadde opplevd tidligere og hva de hadde av kunnskaper.

6.2 Håndtering med kollegaer

En annen måte å mestre det på, var å støtte seg til kollegaene og fellesskapet. Dette ble gjort både følelsesmessig ved at de trengte noen å «luften ut» til, men også i form av erfarings- og kunnskapsutveksling. Informantene jeg snakket med fortalte stort sett om opplevelser i sykehjem, kun en fortalte fra hjemmesykepleien. I sykehjemmet hadde de alltid noen kollegaer rundt seg, som de kunne gå til når de gikk ut av rommet til pasientene. De følte seg lite alene og fikk brukt kollegaene sine som støtte når de måtte dele de negative opplevelsene. At kollegaene var fleksible og ga dem valg, bidro også til bedre håndtering. Jeg vil se på dette nærmere i avsnittene under.

6.2.1 Støtten fra kollegaene

Mange uttrykte behovet for ganske raskt å snakke ut om opplevelser de hadde hatt og følelser knyttet til disse, for å få ut følelsen. I en heldøgns omsorgsinstitusjon var det ikke alltid mulighet for å ta det opp med lederen der og da i og med at lederen ikke alltid var til stede når hendelsene skjedde. Da ble det viktig med støtte fra de kollegaene som var på jobb. Slik sa en det: «jeg tok det ikke opp med lederen, det var helg (...) så jeg tok det opp med ansvarlig sykepleier.» (Karen).

Flere fant hjelp i å bare ta det opp med en kollega og å bli ferdige med det. Det var også gjennomgående at de som ikke var sykepleier gikk til sykepleierne og snakket med dem, da disse ofte har mest kunnskap og/eller er ansvarlige på sitt skift. En av pleieassistentene uttrykte at «jeg føler at jeg kan ikke springe til lederen hver gang» med den tanke om at lederen ofte hadde det travelt. Hun tok det gjerne bare opp med sykepleieren.

Ikke alle opplevde støtte fra kollegaene. En av pleierne fortalte at kollegaene «truet» en vanskelig pasient med å hente «utlendingen» dersom pasienten ikke samarbeidet, noe som opplevdes ubehagelig og han sa: «det er jo en helt uprofesjonell måte, at de truer med meg for å få stelle en beboer...jeg tenkte at dette er helt feil.» (Hans). Opplevelsen forverret seg også av at ikke lederen plukket opp denne holdningen blant de ansatte og slo ned på det.

Noen opplevde også at kollegastøtten kjentes bedre og mer genuin om den kom fra noen som hadde opplevd det selv. Andre følte ikke at dette var spesielt avgjørende, så lenge de ble hørt og trodd på av kollegaene og de fikk forståelse for følelsene sine. Det verste var nok å bli fortalt direkte at dette er noe en ikke må ta personlig eller alvorlig, de følte da at de ikke fikk gehør for at de opplevde det som vondt.

En sykepleier sa:

Jeg tok det opp med avdelingsleder og en annen sykepleier. De sa jeg ikke måtte ta det alvorlig eller personlig... men jeg følte at det ble litt for mye, for min del, og at det ikke var geit (Cristin).

En annen uttrykte det slik:

Jeg hadde forventet mer støtte fra sjefen min og kollegaene mine. Og at de ikke tar det sånn; du må ikke høre på ham, ikke ta det personlig. Vi kan ikke være så profesjonelle at vi blander ut følelsene (Hans).

Jeg opplevde at informantene mente det var viktig at man kunne vise følelser på jobb og snakke om det. Det at man ble sett på som et helt menneske, ikke bare som en profesjonsutøver som skulle tåle det meste. Kollegaene er mye mer til stede enn leder, kollegaene er der hele tiden og det var viktig for informantene at også disse kunne være støttende.

6.2.2 Tilrettelegging og selvbestemmelse i arbeidet.

En måte informantene kjente på støtte fra kollegaene, var gjennom å til en viss grad tilrettelegge arbeidet, eller hvem man skulle arbeide med. Alle informantenes arbeidsoppgaver involverte stell og pleie av pasienter hver gang de var på jobb. Det jeg så var gjennomgående for alle informantene, var at de måtte ha mulighet til å si at de ikke ønsket å gå inn til spesielle pasienter. Det kunne være basert på en hendelse de selv hadde opplevd, eller de kunne bli «advart» av kollegaene sine om at enkelte pasienter uttrykte seg rasistisk overfor pleiere. Noen ønsket lange pauser fra visse pasienter, men for andre holdt det med kun noen vakter. Arbeidet var lagt opp litt ulikt på de ulike sykehjemmene, men jeg fikk forståelse av at alle hadde en viss fordeling av pasientene før vekten begynte. En av informantene, en pleieassistent fortalte at hun kunne be om å ikke bli plassert på en viss gruppe etter en ubehagelig hendelse; «jeg sa ifra til kollegaen som delte ut (gruppene de skulle være på), at jeg ikke ville være der. Men nå er jeg tilbake der (...) jeg har lært å

håndtere det». En annen hadde unngått å gå inn til en pasient nesten et helt år etter en ubehagelig opplevelse hun hadde, og kollegaene hadde støttet henne i dette.

En av de andre opplevde at det rett og slett var umulig for ham å stelle en pasient pga. at pasienten ikke tillot at han stelte ham. Det var da viktig for ham at de han jobbet sammen med viste forståelse for dette. Dette var dessverre ikke alltid tilfellet. Han savnet også at lederen var oppmerksom på problemet og kunne gi de andre beskjed om at han måtte slippe å gå til denne pasienten.

jeg var veldig skuffet både av sjefen min og kollegene mine at de ikke så det (...) og at det alltid var det samme spørsmålet; hvem skal gå til ham? (...) men det var klart at jeg KUNNE ikke gå inn til ham, fordi han likte meg jo ikke, det nyttet ikke for meg å prøve å stelle ham (Hans).

Det var også viktig for dem å ha muligheten til å bytte oppgaver eller hvilke pasienter de hadde ansvar for «ad hoc». Ikke bare fordi de selv opplevde ubehag, men også fordi pasienten kunne nekte dem å hjelpe til i stell én dag, selv om de ikke var ubehagelige eller nektet dagen før. Dette gjaldt spesielt demente pasienter, og disse kunne også endre seg i løpet av en og samme dag. En av pleierne fortalte; «jeg var ute på tur med pasienten og plutselig endret hun seg og sa hun ikke ville gå på tur med en svart person (...). Jeg ble redd hun skulle stikke av og ringte avdelingen etter hjelp» (Gina). Denne pleieren sa at hun alltid fikk god hjelp i slike situasjoner og mente dette hadde å gjøre med fleksible og hjelpsomme kollegaer, og godt arbeidsmiljø generelt.

6.3 Håndtering med støtte fra leder og organisasjon

På et tredje nivå mener jeg tematikken handler om hvordan dette skal håndteres på leder- og organisasjonsnivå. Lederen var viktig fordi de måtte ha mulighet til å henvende seg til lederen for støtte, forståelse og om mulig, hjelp til å møte pasientene og til å ta problemene høyere opp i organisasjonen. Her opplevde informantene ulikt hva som hadde blitt gjort, men de var alle inne på at det bør gjøres noe, og at det bør gjøres mer enn det som blir gjort i dag. De temaene jeg så gikk igjen her var åpenheten om utfordringene, fokuset på verdiene og holdninger til lovverket.

6.3.1 Åpenhet om utfordringene

Det var litt ulikt hvordan åpenheten rundt temaet rasisme var i de ulike avdelingene som informantene hadde jobbet. Det var likevel bred enighet hos informantene om at åpenhet var svært viktig for å få bukt med problemet. I noen avdelinger ble det snakket bare litt om det, mens andre følte på stor åpenhet der de jobbet. En opplevde at hun nærmest var den som startet åpenheten rundt det på sin avdeling og kunne fortelle:

Med en gang jeg begynte å si det, at det var sånn og sånn og sånn (handlinger og utsagn fra en pasient), så hørte jeg; «jeg har opplevd det» og «Jeg har også opplevd det». Og vi må ta det ut og snakke om det (Halima).

Likevel var det flere som uttrykte at selv om det til en viss grad er åpenhet i en avdeling, så skjedde det ofte flere tilfeller av rasisme enn det som ble rapportert. En av sykepleierne sa: «Jeg tror vi tåler ganske mye. Vi tar det ikke opp med lederen.» (Liya).

Jeg så også at å være åpen om det gjorde at den ubehagelige følelsen ikke ble like personlig. En av informantene sa: «Åpenhet hjelper på at ikke hver enkelt går og tenker at det er MEG liksom» (Cristin). Da fikk de kjennskap til at pasienten bare «var sånn», og at det ikke var rettet mot den enkelte pleierens handlinger eller personlighet. Dette i seg selv gjorde at de kunne legge det litt mer fra seg da de gikk ut fra pasienten og ikke vende den negative følelsen innover.

Sykepleiere som opplevde dette, kunne gå til hverandre. Men det var også oftere at det var disse som ønsket å vente til lederen var på plass. En sykepleier fortalte at hun ventet til lederen var på plass dagen etter for å ta opp en spesiell hendelse, selv om det medførte en dårlig natt: «jeg tok det opp neste dag da hadde jeg dagvakt. Jeg klarte ikke sove hele natten fordi jeg tenkte på det» (Liya). En annen sa hun hadde satt pris på oppfølging fra leder ved enkelte episoder, men helst dagen etterpå mens følelsen fortsatt var fersk.

Kun en hadde opplevd at det var et tema f.eks. på et personalmøte, avdelingsmøte e.l. men det hadde bare skjedd en gang for lenge siden. Dette var et savn fra flere. Flere foreslo at det burde bli tatt opp på et allmannamøte 1-2 ganger i året. Der kunne man sette søkelys på problemet, drøfte tiltak og diskutere eventuelle løsninger. På spørsmål om det var noe lederen burde gjøre for å øke åpenheten rundt dette sa en at man burde «ta det opp en

gang iblant, kanskje en gang i året eller så, og snakke om det. Jeg tror det kommer til å hjelpe» (Halima).

At lederen så dem og spurte om hvordan de hadde det med disse opplevelsene og slik sett la til rette for åpenhet, var viktig, da flere mente at dersom du var ny i landet kunne man være usikker på hva man faktisk hadde lov til å snakke med lederen om. En sa det slik:

det er viktig at du venter litt med utlendinger når de snakker, så de får snakke ut, ikke sant, fordi av og til er det sånn at de vet ikke helt om de har lov til å si slike ting (Hans).

Det ble også oppfordret til åpenhet fra kollegaer som hørte at pasientene snakket om dette, fordi flere av informantene fortalte om at de kunne overhøre at pasientene snakket seg imellom, eller at pasientene fortalte noen pleiere om de andre pleierne. De ønsket at når slikt snakk ble overhørt, kunne kollegaene komme med kommentarer som støttet opp om mangfoldet, kunnskapen og kompetansen til de andre kollegaene sine.

6.3.2 Fokuset på verdier i organisasjonen

Informantene mente også at man må være enda mer bevisst på å snakke om hvilke verdier man ønsket å ha i avdelingen og organisasjonen. De ønsket ikke bare å sette søkelyset på det negative med at de opplevde rasisme, men også et større fokus på gode verdier man ønsket å dyrke på arbeidsplassen. De ønsket synlige verdiformuleringer, f.eks. i en velkomstbrosjyre eller på veggene i avdelingen med temaer som f.eks. verdien og viktigheten av alle som jobbet der og at pasienter og pårørende måtte vise respekt for dem. Dette mente de kunne ha en effekt på holdningen til de som jobbet der og de som kom på besøk. Det ble av noen påpekt at det var viktig at disse holdningene kom fra høyt oppe i systemet. En av sykepleierne sa det slik:

Jeg tror vi kan gjøre mye som forebygger diskriminering. Altså, det begynner helt i politikken, ikke sant, sykepleierforbundet kanskje, sykehjemsleder, avdelingsleder og så går det sånn ned og ned... (Hans).

Det kom også forslag om å ta et informasjonsmøte med pårørende der man kunne informere om det multikulturelle helsevesenet vi har og oppfordre pårørende til å snakke positivt om arbeidstakere fra andre land fordi de mente at pårørende hadde en positiv virkning på hva pasientene mente om ulike ting.

Noen av informantene tenkte at i tillegg til at man kunne prøve å ta det opp med pasientene, også kunne forsøke på et vis å endre pasientene sine holdninger til utenlandske, ved at alle ansatte på avdelinger stiller seg bak dette med at vi er likeverdige uavhengig av hvor vi kommer fra. De opplevde også at pasienter snakket om ansatte bak ansatte sin rygg, og det ble påpekt viktigheten av solidaritet mellom ansatte dersom de overhørte slike samtaler. En av sykepleierne sa:

når man opplever sånn (rasisme) er det greit å snakke generelt med alle, da vet alle det og på en måte kan prøve å endre pasientens tanke (...). Vi lever jo i et multikulturelt land og vi må prøve å vise det positive ved dette (Liya).

En annen fortalte at hun gjerne var til stede sammen med en norsk dersom pasienten krevde norsk pleier. Dette fordi hun tenkte at pasienten da ville bli tilvendt mennesker fra andre land og se at hudfarge ikke spiller noen rolle. Dette krevde da at den norske pleierens holdning til at hun var der, var positiv og støttende.

6.3.3 Leders holdning til lovverket

At lederen kjente til og forholdt seg til lovverket og rammene som er lagt for et godt arbeidsmiljø gjennom arbeidsmiljøloven og diskrimineringsloven var viktig. De fleste av informantene hadde opplevd kommentarer fra både kollegaer og leder, på at dette var noe de måtte tåle, eller at det var underforstått at sånn er noen pasienter og vi må bare akseptere at det er slik. Likevel følte ikke dette riktig, da lovverket vi har sier klar at dette ikke er lov. Her ble det til en viss grad forventet at lederen skulle være en som sto opp for sine ansatte overfor pasienten. En av sykepleierne sa det slik om en hendelse som hun hadde opplevd mens hun enda bare var assistent:

jeg følte ikke det var greit at de bare ba meg om å godta det...jeg forventet at de kunne snakke med pasienten, enten sykepleieren eller avdelingslederen, kunne si at han ikke må gjøre sånn, eller at han må oppføre seg litt fint (Cristin).

Etter en stund opplevde denne informanten at noe faktisk ble gjort, og videre fortalte hun:

han ble veldig snill etter hver mens jeg jobbet der. Men da var det avdelingsleder eller sykepleier og personalet som jobbet der som tok det opp, sammen med pårørende. De hadde et møte (Cristin).

For flere var det vanskelig å konfrontere pasientene eller de var usikre på hvor grensen går mellom hva som faktisk er ulovlig å si, og hva man har lov til å ytre av rasistiske ord og holdninger. Dette gjaldt spesielt pleieassistenter og helsefagarbeider. En av dem sa:

vi har liksom ikke lov til å si hva man mener, for vi skal ha respekt for de eldre. Men jeg skulle ønske vi kunne sagt noe (til dem), for vi har jo det med lovverket og sånt, at det finnes jo en grense for hva de kan si (Milena).

Flere påpekte leders rolle i denne sammenhengen. De mente at lederen oftere burde gå inn til pasienten og fortelle at slik atferd ikke var greit. De trengte også støtte og råd fra leder på hva som var tillatt å si til pasientene og hva som var berettiget reaksjon på rasistiske uttrykk og holdninger. De mente det måtte gå an å ha møter, der også pårørende kunne være med, der man forklarte problemet og ba pasienten være takknemlig for den hjelpen som ble gitt. Pårørende var spesielt viktige i de tilfellene der pasientene hadde en form for kognitiv svikt. I slike møter mente man at det var leder som måtte ta hovedansvaret for å gi tilbakemelding. Samtidig viste de forståelse for at lederen ikke alltid kunne gjøre så mye med pasientens holdning og at de ikke bestemte hvem som skulle få plass på sykehjemmet. En sa det slik:

Hva kan lederen gjøre med hvem du får inn, det er liksom, hun bestemmer ikke det, ikke sant? Men det er bare å følge opp når sånt skjer, når vi har fått de pasientene (...), da følger vi opp og tar en samtale med de om at det ikke skal være sånn her, og ja.... (Halima).

Likevel var holdningen til lederen og viljen til å forsøke å snakke med pasienten sett på som viktig.

Kun en av informantene fortalte om en konkret opplevelse fra pårørende til pasienten.

Denne opplevelsen følte hun var verre enn det hun opplevde fra pasienten, da pårørende ikke hadde noe å skylde på. Hun sa:

hvis det hadde vært pasienten, så kanskje var det sykdom (...), kanskje irritasjon, det er smerter, alt dette her, da kunne jeg forstått det, men pårørende som er 50-60 år og oppfører seg på den måten, det kan jeg ikke akseptere. (Liya).

Dette møtet kjente hun var virkelig ikke greit, og hun sa at i slike tilfeller har leder et stort ansvar for å konfrontere pårørende, og si at slik oppførsel ikke er akseptabelt.

Flere så også at det ikke var avdelingslederen alene som måtte ta tak i eller kunne løse problemet med rasisme fra pasienter og pårørende. De så at rasisme er et samfunnsmessig problem som krever at alle gjør en innsats for at det skal bli satt fokus på og håndtert på en riktig måte. En av informantene sa «Jeg håper det at de (ledere, folk høyere i systemet) tar det opp litt for alvor, kanskje generelt i hele Norge, at ja, ikke bare på vår arbeidsplass...» (Cristin).

6.4 Oppsummering av funn

Jeg har i dette kapitlet presentert de funnene jeg har trukket ut fra intervjuene av informantene mine. Funnene peker mot at det er ulike strategier for å håndtere opplevelsene av rasisme i arbeidet; det individuelle, det kollegiale og det organisatoriske. Mye av essensen i funnene går på dette at de evner å plassere dette utover fra seg selv og ikke ta det innover seg. Jeg har presentert hvordan informantene håndterer sine opplevelser og hvilke tanker de har om å møte rasisme. Disse opplevelsene og følelsene må leder i neste omgang møte og ta stilling til. Jeg vil drøfte dette i neste kapittel.

7. Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte funnene jeg har gjort i intervjuene opp mot teorien jeg har valgt og i lys av problemstillingen «Hvordan kan ledere i helsetjenesten møte medarbeidere som opplever rasisme fra pasienter/brukere og pårørende?»

Funnene pekte på tre nivåer for hvordan de håndterte møtet med rasisme; individuelt nivå, kollegialt nivå og leder/organisatorisk nivå. Jeg vil i drøftingsdelen diskutere hvordan de tre nivåene kan møtes og håndteres av leder slik at leder kan, på en så god måte som mulig, møte medarbeidere som opplever dette. Dette innebærer også at hvordan de møter problemene på et individuelt nivå kan løftes opp til kollegialt og ledernivå, og hvordan de møter det på kollegialt nivå kan løftes opp på leder og organisasjonsnivå. En vil kunne flytte seg mellom nivåene, samtidig som de også glir inn i hverandre.

7.1 Individuelt nivå

I intervjuene med informantene, så jeg at mye av det de opplevde som et problem i møte med dette, handlet om individets møte med opplevelsen. Det de ofte slet med, er det som foregår inni oss av tanker og følelser, og de reaksjonene og handlingsmønstrene som springer ut fra dette.

7.1.1 Å møte følelsene og håndtere dilemmaene

Mine funn viste at informantene kjente på negative følelser, og de ga uttrykk for at de ikke alltid klarte å være profesjonell i møte med rasisme hos pasienter og pårørende. For at lederen skal møte dem i disse følelsene, vil jeg støtte meg på teorien om anerkjennelse. Anerkjennelse som fenomen handler om å gi et menneske identitet (Espedal, 2017b). Når lederen har en anerkjennende holdning kan man se på dette som en prosess som er konstruerende for relasjonene. Begrepet handler både om å ha respekt og om å erkjenne og forstå den andre og gi den andre identitet. Det handler også om å gjenkjenne den andres tanker og følelser og speile dette slik at de kjenner igjen seg selv (ibid). Her kan leder også speile medarbeideren på det som ble gjort av profesjonelle oppgaver. Identiteten som en

verdifull, profesjonell helsearbeider vil kunne løftes opp ved en anerkjennelse. Jeg fant at informantene som ble avfeid for sine opplevelser og bedt om å bare tåle det, kjente en forsterkning av negative følelser. En av informantene sa også at; «jeg tror alle definerer rasisme for seg selv», og det vil derfor være nødvendig at man ikke avfeier den andres opplevelse og følelser. Her vil jeg støtte meg på det Uhl-Bien skriver i sin artikkel om relasjonell ledelse, at hva som er sant er sosialt konstruert og er i stadig utvikling i relasjonen mellom leder og medarbeidere (Uhl-Bien, 2006). At lederen har en relasjonsorientering går ikke her på at medarbeiderne skal identifiseres og roses for sine egenskaper, altså evnen til å håndtere rasistiske pasienter, men at relasjonen er støttende og i bevegelse mot en bredere forståelse for den andres opplevelser. Slik anerkjennelse viser seg også å være viktig for å skape de positive følelsene i medarbeideren. Dette har vist seg gjennom teoriene bak Appreciative Inquiry (AI.). Følelser er knyttet til handlinger og personer med positive følelser vil mestre problemer på en mer konstruktiv måte. De vil også ha en større følelsesmessig distanse til stressende negative hendelser (Hauger et al., 2008). Slik kan holdninger og tiltak fra leder vil være positivt for medarbeidernes håndtering av rasisme ved en senere opplevelse av dette.

Informantene fortalte at de ofte opplevde at de sto i dilemmaer når de måtte la være å hjelpe pleietrengende pasienter, selv om det var pasientene selv om nektet dem grunnet hvor de kom fra. De brukte også mer tid på disse pasientene. Selv om de ikke brukte uttrykket etisk dilemma, vil jeg forklare opplevelsene deres som nettopp dette. Dette kan man kjenne igjen når vi står ovenfor to ulike valg, der hvert av valgene representerer et verdisett. Da blir vi stående med en usikkerhet på hvilken verdi som er etisk riktig å handle etter (Aadland, 2018). For helsefagarbeidere og sykepleiere vil profesjonsetikken handler om dette med å lindre smerter hos pasienter, utføre godt stelle og pleie, bidra til en bedre helse osv. samtidig med at de kjenner til pasientens rett til autonomi. De står således i en skvis mellom autonomi og paternalisme (Aadland, 2018). Valget om å ikke motta hjelp, tar pasienten på grunnlag i at pleieren har et annet etnisk opphav enn norsk, og kan derfor føles totalt ulogisk å gi etter for. Pleierne kunne føle seg maktesløse, da de visste at pasientene trengte hjelp. Her ser vil at selv om en sykepleier er i en maktposisjon overfor en sårbar pasient, vil det ikke nødvendigvis bety at hun kan utøve denne makten. Maktforholdet

mellom den dominerende kulturen og den fremmede, vil også bidra til at pleierne lettere blir usikre, rådville og bøyer av for pasientenes vilje (Van Laer & Zanoni, 2020; Debesay, 2011). Informantene mine savnet et verktøy de kunne bruke for å håndtere slike dilemmaer. Et verktøy for å håndtere etiske dilemmaer er etisk refleksjon. Lederen må være den som er pådriver i en etisk refleksjonsgruppe. Slik vil også dette personlige dilemmaet pleieren står med i situasjonen, bli løftet opp på et høyere nivå. Dilemmaet er ikke bare ens eget, og de vil, slik informantene uttrykte det, få støtte fra flere hold. Lederen kan ha nytte av å bruke Etikkhåndboka og jobbe med etiske refleksjonsgrupper (Eide & Aadland 2008). Når man jobber med etisk refleksjon, får man hjelp til å sette ord på dilemmaene. Den som eier dilemmaet vil kunne vise hvilke ulike valgmuligheter han eller hun har, og hvilke verdier som taler for å velge det ene eller det andre handlingsalternativet. Gruppen som er med i refleksjonsprosessen kan bidra til å hjelpe den som opplever dilemmaene til å legge utfordringene der de hører hjemme, og løfte det bort fra seg selv og ikke ta det innover seg (ibid).

7.1.3 Økt kunnskap og kompetanse

På en arbeidsplass har leder en viktig funksjon når det kommer til å sikre at medarbeidere har den kompetansen som skal til for å utføre oppgavene. I mine funn så jeg at informantene var hjulpet av å ha kunnskap om sykdommer, pasientenes tilstander og lengre erfaring for å håndtere sine opplevelser med rasisme. Flere av informantene ga uttrykk for at økt kompetanse om sykdommene og reaksjonsmåtene til pasienten ville gjøre møte med de rasistiske holdningene og uttrykkene lettere. Har vi kunnskap om teori og hvordan man kan handle i praksis, vil kompetansen øke. Kompetansebegrepet er vidt, og omhandler kombinasjonen av kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gjør det mulig å utføre de oppgavene vi er satt til å gjøre (Martinsen, 2014). Når man opplever at man er kompetent, gir dette følelsen av mestring (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Dersom man selv har troen på at man mestrer en oppgave, vil dette øke sannsynligheten for at man velger å utføre denne oppgaven. Omvendt vil frykten for å ikke mestre, gjøre at vi velger bort eller trekker oss unna oppgavene (Lai, 2011). Dette kan jeg til en viss grad se igjen i det informantene mine sier. Når de ikke mestret å møte den negative følelsen, eller at de ikke mestret å gjennomføre et stell, grunnet uvilje fra pasienten, var den naturlige reaksjonen å ikke oppsøke oppgaver som involverte disse pasientene. Dersom man føler at man mester

opplevelsen og har kompetanse om hvordan man kan utføre jobben kan dette bidra til at motivasjonen for å gå på jobb økes og man er bedre rustet til å håndtere de negative opplevelsene. Mestringstro henger også sammen med indre motivasjon. Tror man at man klarer noe, øker sannsynligheten for at man også er motivert til å gjøre det (Lai, 2011). Videre henger dette sammen med kompetansemobilisering. Å tro at man mestrer noe, gjør at man henter fram det man har av kompetanse. Kompetanse er også en kilde til indre motivasjon (Løvaas, 2017). Her kan anerkjennelse fra lederen være med på å styrke medarbeidernes følelse av mestring. Om lederen inntar en anerkjennende holdning, vil dette innebære å ha tro på medarbeideren, tro på at medarbeideren har noe å komme med og at hans eller hennes bidrag betyr noe (Espeland, 2017). Anerkjennende holdning fra lederen vil igjen generere positive følelser for hva man mestrer og disse positive følelsene vil gjøre medarbeideren bedre rustet til å takle motgang ved en senere anledning (Hauger et al., 2008).

Å øke kunnskapen og kompetansen vil også virke positivt på motivasjonen for å utføre arbeidsoppgaver knyttet til pasienter som uttrykte seg rasistisk. Gagné & Deci skriver i sin studie at f.eks. hvis en pleier sterkt verdsetter pasientens helse og velbehag og forstår viktigheten av å gjøre sin del av de ubehagelige oppgavene for pasientenes velvære, vil pleierne føle seg relativt autonome mens de utfører slike oppgaver, selv om oppgaven i seg selv ikke nødvendigvis er så interessant (Gagné & Deci, 2005). Her vil jeg trekke en parallell til opplevelsene til mine informanter, selv om det ikke er arbeidsoppgavene, men de negative opplevelsene i møte med rasisme vi snakker om. Når pleierne vet hvor viktig det er med godt stell og pleie, samtidig som de har kunnskap om pasientens sykdom, vil egenmotivasjonen styrkes. Dette kan igjen føre til at de kjenner at de kan legge bort de negative følelsene, eller klare å stå i dem der og da. Vissheten om at man har gjort en god jobb og kan gå ut av rommet med god samvittighet, kan gi tilbake selvtilliten og den gode følelsen.

En undersøkelse om immigranter i helsevesenet i Sverige viste at faren for å bli utsatt for kritikk var høyere jo yngre og mindre utdannet en var, uavhengig av hvor pleieren kom fra (Jönson & Giertz, 2013). Dette understøtter viktigheten både av å inneha kunnskap, men også at en viser trygghet i utøvelsen av kunnskapen noe som ofte kommer med alder og

erfaring. Her vil leder spille en viktig rolle ved å kunne gi mulighet til erfaringsutveksling enten i smågrupper eller ved mer strukturert undervisning. Ulik attribusjon gir ulik tolkning av en opplevelse, og kunnskap om sykdom vil bidra til at rasismen kan avdramatiseres fordi den tolkes i lys av sykdom. Da kan også forventninger om å oppleve rasisme bli redusert, og pleierne kan snu den selektive persepsjonen fra å forvente noe som bekrefter deres bilde av pasienten «han er rasistisk», til å forvente bekreftelse på å møte en syk pasient som sliter med ulike psykiske og somatiske sykdommer (Ekeland 2014). Dette kjenner jeg igjen hos sykepleierne med erfaring, kontra de uerfarne assistentene, jeg intervjuet. Sykepleierne klarte mer å se nyansene hos pasientene, at ikke alt nødvendigvis handlet om rasisme, men om smerter, utrygghet, demens eller rett og slett bare dårlig «kjemi».

Arbeidere på en arbeidsplass kan også ha nytte og en fordel med kunnskaps- og utviklingstiltak (Kuvaas & Dysvik, 2016). Dette stemmer overens med mine informanter, der bla. en av dem sa; «vi trenger informasjon og kunnskap om hvordan vi håndterer det (...) så vi er forberedt på en situasjon som det.» (Cristin). Informantene fortalte at de støttet hverandre og at de med lang erfaring og mye kunnskap delte denne med de som ikke hadde dette fra før. Dette kalles uformelle læringsprosesser og det er naturlig at disse er til stede på en arbeidsplass (Kuvaas & Dysvik, 2016). Lederen må legge til rette for småsnakk og gi rom for erfaringsutveksling slik at disse uformelle læringsprosesser kan skje. Samtidig kan leder også være pådriver til at det arrangeres kurs og seminarer som vil bidra til at medarbeiderne tilegner seg den kunnskapen og ferdighetene de trenger for å bedre kunne håndtere møte med rasistiske pasienter.

7.2 Kollegialt nivå

Det kollegiale så jeg også var viktig for informantene. Hvorfor dette er viktig, og hva leder kan gjøre for å skape støttende kollegafellesskap vil jeg drøfte i dette avsnittet.

7.2.1 Autonomi og fleksibilitet

I mine funn viste deg seg at autonomien i arbeidet, altså muligheten til å bestemme selv, hjalp informantene med å håndtere opplevelser med rasisme. Når lederen ikke detaljstyrer

om hvem som skal stelle hvilken pasient, men lar medarbeiderne ha en rolle og noe de skulle ha sagt, vil dette være med på å fremme følelsen av autonomi. Å kommunisere til medarbeiderne om at de må samarbeide om hvem som steller hvilke pasienter og fremme verdien av tillit slik at de ser hvem som kan gjøre hva i avdelingen, kan være et positivt tiltak som lederen kan bidra med. Informantene satte pris på deltakelsen i hvordan arbeidsoppgavene skulle utføres, og hvem som skulle være involvert. Autonomi på arbeidsplassen gjør at vi har en opplevelse av valgmuligheter. Når handlingen er selvbestemt er den fri fra press (Løvaas, 2017). Autonomien blir regnet som en av de viktigste faktorene for å beholde den indre motivasjonen, og for å utvikle denne. Den er også en av de tre hovedfaktorene i egenmotivasjonsteorien SDT (Lai, 2011; Ryan & Deci, 2000). Forskning viser at mennesker trenger å føle seg autonome og kompetente i sitt arbeid. De sosial-kontekstuelle faktorene som fremmer følelser av autonomi og kompetanse forsterker den indre motivasjonen. Faktorer som reduserer disse følelsene undergraver den indre motivasjonen, og etterlater mennesker enten med en følelse av å være kontrollert av tilfeldigheter eller av å være umotivert (Gagné & Deci, 2005). At informantene kunne be om å slippe å gå til en pasient, kan ha bidratt til å styrke opplevelsen av autonomi og derfor ble dette satt pris på. Det å få luften hva som hadde skjedd hos pasienten, og å ha støtte for opplevelsene for så å få forståelse fra kollegaer og leder for at man ønsket andre oppgaver, kan ha vært med på å fremme denne autonomien. At lederen støtter en slik selvbestemmelse i arbeidet virker å være viktig for informantene. Gagné og Deci sier i sin studie at autonomistøtte er den viktigste sosiale-kontekstuelle faktoren for å forutsi identifikasjon og integrering, og dermed autonom oppførsel. Faktisk har flere studier funnet at autonomistøttende mellommenneskelige miljøer fremmer evnen til å ta til seg gode verdier og integrering av motivasjon (Gagné & Deci, 2005).

En ekstern faktor som kan forsterke følelser av autonomi kan være at lederen gir muligheter for valg. Ved muligheter for valg vil man få en følelse av at det som motiverer oss er valget vi selv har tatt, og at dette kommer innenfra. Således kan den indre motivasjonen styrkes (Gagné & Deci, 2005). Det viser seg også fra undersøkelser at det i enkelte kulturer forventes at lederen i større grad skal bestemme hva medarbeidere skal gjøre, enn hva som er vanlig i Norge (Sandal et al. 2013). Mine informanter sier også noe om at de av og til måtte gå til visse pasienter, enten pga. deres rolle og kompetanse eller pga. sammensetningen av

personalet. Lederens beslutninger må også være tilpasset de oppgaver som skal gjøres og en leder kan ikke beslutte at alle med minoritetsbakgrunn skal slippe å gå inn til den rasistiske pasienten dersom oppgavene der krever den utenlandske sin kompetanse. I slike situasjoner vil det kunne være en mulighet for å velge å ha med seg en kollega som støtte, eller dersom det er mulig i situasjonen, lederen.

7.2.2 Støttende arbeidsmiljø

For informantene viste det seg at arbeidsmiljøet var viktig, i og med at de brukte kollegaene i håndteringen av opplevelsene sine. Forskning viser at lederen har også en viktig rolle i opplevelsen av tilhørighet og gode arbeidsrelasjoner på arbeidsplassen (Lai, 2011). Dette innebærer at lederen må legge til rette for positive og gode relasjoner av høy kvalitet. Dette kan bl.a. gjøres ved å ha en anerkjennende og relasjonsorientert lederstil der man legger vekt på det relasjonelle samspillet i organisasjonen, både mellom ledere og medarbeidere, men også medarbeiderne seg imellom (Uhm-Biel, 2006). Studier peker på at relasjonene mellom de ansatte på arbeidsplassen er blant de viktigste grunnene til at de opplever arbeidet som meningsfullt og kjenner velvære (Løvaas, 2017). SDT sier at sosial tilhørighet er ett av de tre behovene som fremmer indre motivasjon (Ryan & Deci, 2000). Likevel kan relasjoner være både nedbrytende og livgivende, alt etter kvaliteten på relasjonen. Høykvalitetsrelasjoner gir oss evnen til å tåle større variasjon i følelser, bedre evne til å tåle påkjenninger og gir oss åpenhet for nye ideer (Hauger et al., 2008, s. 76). Dette viser også informantene når de påpeker at det hjelper å snakke med kollegaene og at kollegaer stiller opp og tar over oppgaver når de trenger en pause fra de rasistiske pasientene og oppgavene knyttet til de disse pasientene. På en annen side ser man at noen oppgaver må gjøres av spesielle yrkesgrupper. Å vise forståelse for de ulike rollene og oppgavene de ulike profesjoner har, og dette samarbeidet som var nødvendig i avdelingen for at hjulene skulle gå rundt, var for mine informanter nødvendig for at de skulle kjenne at de hadde et godt arbeidsmiljø og kollegafellesskap. Når de hadde kollegaer de kunne støtte seg til etter de var ferdig med oppgavene, eller kunne ha med seg inn til pasienten sammen med seg, hjalp det dem å håndtere rasistiske pasienter bedre. De informantene som opplevde godt arbeidsmiljø og kollegaer de kunne støtte seg til sa at de følte seg trygge og at deres støtte hjalp. En av informantene var skuffet over kollegaene og han var i neste omgang skuffet over at lederen ikke tok tak i kollegaenes holdninger. Når man ser på hvor viktig arbeidsmiljøet i

organisasjonen og kollegastøtte viser seg å være, vil det være en naturlig forklaring på at informanten møtte disse følelsene (Kaufmann & Kaufmann, 2009).

Det er ikke gitt at et kollegafellesskap blir fullt av trygge og gode relasjoner, og spesielt ikke i et mangfoldig arbeidsmiljø. En undersøkelse fra Sverige viser til at følelsen av å ikke være verdsatt av kollegaene er dobbelt så høy hos ikke-nordisk innvandrere som innfødte (Jönson & Giertz 2013). I studien til Turritin et. al (2002) så man at i utenlandske medarbeidere oftere utviklet kalde følelser og å beskytte seg selv mot det de opplevde av rasisme. Dette var motsatt hos de hvite kollegaene, som utviklet varme følelser og solidaritet i kollegafellesskapet (Turritin et. al., 2002). Dette samsvarer likevel ikke med det mine informanter sa om sine kollegaer. De følte seg for det meste sett og verdsatt, og de fortalte om et godt arbeidsmiljø. Det var heller ikke grupperinger som gikk på norske versus ikke-norske. Noe som kan forklare dette er at de også fortalte at det er veldig få med etnisk norsk bakgrunn som faktisk jobbet der, og noen vakter kunne være helt uten etnisk norske i det hele tatt. Likevel er dette en noe en leder må ta med seg i sin vurdering av hva som skal gjøres for at et arbeidsmiljø skal bli godt og støttende. I relasjonell ledelse påpekes at man i samtaler og væremåte i forhold til andre, gir dem et moralsk ansvar for å behandle mennesker som mennesker, å ha hjerte for hverandre, verdsette andre og oppmuntre dem til å vokse og å lære av hverandre (Cunliffe og Eriksen 2011). Ved mangfoldsledelse ansees det som viktig at lederen bidrar til at alle føler seg som en del av fellesskapet, at det er nulltoleranse for mobbing, rasistiske kommentarer og vitser, og at lederen ikke forskjellsbehandler medarbeidere fra minoritets- og majoritetskulturen (Sandal et al. 2013). Om lederen mestrer dette, vil dynamikken i kollegagruppen bli støttende, lærerik og trygg, og medarbeiderne har mulighet til å spille på hverandre til enhver tid, og ikke konkurrere mot hverandre, men løfte hverandre opp og gjøre hverandre gode.

7.5 Leder- og organisasjonsnivå

Lederen er bindeleddet mellom to nivåer i avdelingen. Lederen har relasjon til pasienter, pårørende og ansatte, men er også et bindeledd opp til nivåene over seg selv slik som sine ledere og organisasjonen som helhet. Lederen vil representere organisatoriske verdier og er

viktig for å vise ståsted når det kommer til rasisme. Hva lederen kan gjøre for å vise sin støtte på et høyere nivå vil jeg diskutere under.

7.5.1 Åpenhetskultur

Alle informantene mine ønsket at dette temaet var noe man skulle være åpen om og snakke om. For å bygge opp om en organisasjonskultur der man kan være åpen om opplevelsene sine må lederen være bevisst hva som ansees som greit å snakke om i organisasjonen. I den relasjonelle ledelsesteorien tar man fram språket som noe av nøkkelen. Cunliffe og Eriksen trekker fram viktigheten av å snakke med folk og få synspunkter på hva som må gjøres (2011). Dette mener jeg støttes av informantene. Ingen av dem visste nødvendigvis hva som var riktig å gjøre i de ulike situasjonene, men å luften det og snakke om det mente de ville hjelpe. Å gi språk til sine opplevelser hjalp dem også til å plassere sin tolkning av hendelsen; de så at det handlet ikke om dem personlig, men om pasientens motstand mot fargede og ikke-etniske norske generelt. Språket kan gi mening, kunnskap og forståelse, og det kan føre til handling. Lederen må være åpen på hva som rører seg i avdelingen, hva det snakkes om, og de må være følsomme for hvilke endringer som oppstår og være villige til å jobbe med disse (Cunliffe & Eriksen, 2011). Har man en god relasjon til lederen vil dette være positivt når man skal åpne seg opp om utfordringer og problemer. Dette viser igjen hos mine informanter, ved at ledere de visste var «enkle å snakke med» og lyttende, gjorde at de lettere kjente at de kunne gå til denne for å snakke sammen og diskutere løsninger på problemet. På den andre siden var det en av informantene som uttalte at mange utenlandske var usikre på hva de fikk lov til å gå til lederen med, spesielt hvis de var relativt nye i landet. Dette viser igjen blant annet i Hofstede's forskning på maktforholdet mellom leder og medarbeider i ulike land, der man ser at i land med stor maktavstand mellom ledere og medarbeidere vil det være mer problematisk å komme til leder for å fortelle om problemer (Lindheim 2020). Man har også sett at diskursen i samfunnet – maktforholdet mellom de utenlandske og de som tilhører landet – påvirker hvordan individet plasserer seg i organisasjonen. I neste omgang vil disse diskursene bidra til å bevare de samme maktkonstellasjonene som de er basert på. (Van Laer & Zanoni, 2020) I studien til Turritin et al. (2002) sa informantene at de opplevde at når de meldte om rasisme, la ledelsen nærmest lokk på det. Dette så jeg ikke i det mine informanter fortalte. De ble hørt på der og da, når de fortalte om det, selv om reaksjonen til ledere og kollegaer ikke nødvendigvis var den de

ønsket. Lederen vil ha en rolle i hvordan kulturen for åpenhet er i avdelingen. Når lederen tør å prate om et tema, vil det sette en standard for hva som er «lov» til å prate om i avdelingen. Relasjonell ledelse handler også om å skape relasjoner og etablere tillit slik at folk skal våge å uttrykke seg (Cunliffe & Eriksen, 2011).

Flere av informantene mente at rasisme måtte være et tema på et avdelingsmøte eller et allmøte en til to ganger i året. Dette kan lederen legge til rette for og invitere til. Det kan gjerne løftes opp på et høyere nivå i organisasjonen, slik at ikke bare en avdeling får dette med seg, men at hele sykehjemmet eller hele hjemmetjenesten får informasjon om problemet. Slik kan lederne bidra til å skape en lav terskel for å fortelle om dette til andre.

7.3.2 Verdiarbeid i organisasjonen

Informantene mine ønsket også å ha fokus på verdiarbeid for å løfte frem de verdiene vi ønsker skal være gjeldende i organisasjonen. For at verdiene skal bli integrert i praksis, bør det være formulert verdier for praksis i første omgang. En slik prosess vil være et lederansvar. Lederen må klargjøre hvilke verdier som skal formuleres, men gjerne i samarbeid med medarbeiderne, i en prosess der idé, drøftinger og diskusjoner løfter fram de verdiene som alle i avdelingen eller organisasjonen ønsker seg (Aadland & Askeland, 2017). I denne prosessen bør det også komme fram hvilke verdier vi ikke ønsker å ha. Videre bør man søke å avdekke hvilke verdier som faktisk er gjeldende i praksis. Her må man ta med både strukturelle, organisatoriske og personlige verdier (ibid). Hvilke holdninger har de ansatte og ledelse til rasisme og diskriminering, hvilke holdninger har pasientene til det. Slike ting må komme fram. En må også vurdere om de holdningene vi sier å ha, viser seg som utøvd i avdelingen. I mitt tilfelle vil det være naturlig å si at rasisme ikke er en verdi man ønsker å ha, i og med at den faktisk er ulovlig. Men likevel ser man at holdningene forekommer og det må tas oppgjør med disse med fokus på endring i praksis. Lederens relasjonelle integritet handler også om å ikke bli en skapning av miljøet, men vite hva du skal stille spørsmål ved for å se de etiske og moralske aspektene som man ikke ønsker å ha i avdelingen (Cunliffe & Eriksen, 2011).

Verdiutvikling skjer også gjennom kognitiv læring. Kognitiv læring gir ny kunnskap som ikke kobles til enkeltbiter, men som bindes sammen i strukturer som er integrert i hverandre.

Læringen begynner allerede fra fødselen av og dannes både av språk og erfaringer (Busch, 2012). Informantene mine pekte på at de gamle ikke hadde erfaring med utenlandske og spesielt ikke mørkhudete, fordi de vokste opp i en tid der få andre enn nordmenn bodde i landet. Dette, i tillegg til den holdningen mange hadde til fremmede kulturer for 50-60 år siden, mente de bidro til den negative og rasistiske holdningen. Informantene mine ønsket å vise at de var like gode som norske, og at farge ikke hadde betydning for utøvelsen av yrket, ved å snakke positivt om hverandre og vise i praksis at de var like gode. Informantene pekte også på at kollegaene burde snakke positivt om det flerkulturelle samfunnet vi er en del av, slik som en informant sa; «alle må bidra til at pasientene endrer holdningene sine.» (Liya). En slik tanke støttes av teorien om at man gjennom språk og forståelse skaper endring og utvikling av verdier og tanker til det bedre for organisasjonen og samfunnet (Aadland & Askeland, 2017). Her må også lederen på banen ved å være bevisst språket i avdelingen, hvordan man snakker sammen, til hverandre og om hverandre, både de ansatte, men også pasienter og pårørende i et meningsdannende fellesskap (Uhl-Bien, 2006).

I studien til Turrutin et. al (2002) så man at sykepleierne var villige til å kjempe mot rasisme selv om det gikk ut over dem selv på en negativ måte, for å bane vei for dem som kom etter. Dette gjenkjenner jeg til en viss grad hos mine informanter. Ingen snakket om å «kjempe en kamp» eller stå på barrikadene for saken, men flere av dem hadde en slags omsorg for at når de åpnet seg om dette og adresserte dette som et problem, ville det hjelpe dem som kom etter ved at verdiene og diskursene ville endre seg. En fersk studie viser at i en verdiskapende prosess på en arbeidsplass med mangfold, vil man også måtte gi rom for at medarbeidere deler sine ideer og erfaringer med ledelse på tvers av kulturer. Det trengs dialog om forventninger fra både ledere og ansatte, og ledernes reaksjon på disse innspillene vil påvirke kommunikasjonen og samarbeidet (Lindheim, 2020). I et multikulturelt arbeidsmiljø vil det være nødvendig for lederen å være ekstra oppmerksom på hvilke verdier medarbeidere har med seg fra sin kultur og lytte til dem.

Informantene mine nevnte at det burde være plakater i avdelingen der det sto noe om «hvordan vi vil ha det hos oss...». Videre sa de at på informasjonsmøter kanskje en gang i året, for både pårørende og pasienter, må man også fortelle om hvilke holdninger man skal ha i møte med det flerkulturelle sykehjemmet. Slike ønsker gir gjenklang i teorier om å ha

fokus på verdier i praksis. Lederen kan enkelt legge til rette for og arrangere slike informasjonsmøter på et sykehjem. Det vil likevel være viktig i arbeidet for å utrydde alle former for rasisme, at dette ikke bare blir en årlig kulturutveksling eller mangfoldsoplæring, men også en arena for å adressere at rasisme forekommer, og at man har en forpliktelse til å jobbe mot det også i helseinstitusjoner (Garran & Rasmussen, 2019).

7.3.3 Forholdet til lovverket og overordnede systemer

Til syvende og sist har leder et ansvar for å forholde seg til lovverket. Rasisme er ulovlig, men et resultat av samfunnsmessige strukturer som man ikke kan forvente at en enkelt mellomleder skal klare å løse alene i sin avdeling, fordi det også må håndteres organisatorisk, politisk og samfunnsmessig. Det er alltid en sammenheng mellom de rådende strukturer og diskurser, og menneskers valg og handlinger, men hver enkelt har likevel ansvar for hva de sier og hva de gjør (Rogstad & Midtbøen 2010; Van Laer & Zanoni, 2020).

I en studie fra Canada fortalte pleiere som ble utsatt for rasisme, at de selv noen ganger sa klart ifra til pasienten der og da, og at de nektet å bli behandlet rasistisk. Noen hadde også sendt inn formell klage til ledelsen (Turritin et al., 2002). Dette viser ikke igjen hos noen av mine informanter. Pleierne var mye mer forsiktige med å rettvise pasienter, noe som er en strategi som viser igjen i studien til Batnitzky og McDowell (2011), der informantene mente at å argumentere mot pasienters oppførsel ville skape sinne og distanse til pasientene. Dette kan også henge sammen med de rådende diskurser, om at man ikke skal irettesette pasienter eller vise sinne i møte med pasientene (Van Laer & Zanoni, 2020) Mine informanter adresserte denne jobben mer over på lederen. De fortalte heller ikke om at de meldte avvik i avvikssystemet, selv om det klart er et avvik når noen bryter lovverket i sin behandling av andre. I studien til Turritin et. al. (2002), sa sykepleierne at de møtte reprimander og negative holdninger fra ledelsen dersom de klaget på at de opplevde rasisme. Slike opplevelser har heldigvis ikke informantene i min studie hatt, selv om noen av dem har blitt delvis avfeid og ikke blitt tatt på alvor. Ingen av informantene har fortalt at lederen har konfrontert pasientene med at rasistiske ytringer faktisk er ulovlige. Dette kan forklares med at også avdelingslederne i de aller fleste sykehjemsavdelinger og i hjemmesykepleien er sykepleiere og har sin profesjonsetikk i ryggen. Denne gir ofte pasienten store rettigheter og man har fokus på at pasienten er den sårbare og svake, mens

pleieren er den som ikke trenger beskyttelse (Aadland, 2018). Samtidig er selvbestemmelsen et rettsvern som står sterkt og er nedfelt i bruker- og pasientrettighetsloven. Spesielt de som selv ikke opplever rasisme, tenker kanskje ikke så mye over at det er rasisme som er grunnen til at pasienten ikke ønsker hjelp, men snarer bare godtar autonomien til pasienten.

Garran og Rasmussen reflekterer over dette problemet i sin artikkel

«Gitt de etiske (og lovlige, i noen tilfeller) kravene om å gi omsorg og ikke å behandle pasienter mot deres ønsker, betyr ikke nulltoleranse ved å la uttrykk for diskriminering passere; snarere betyr det å erkjenne det som ble sagt og adressere den rasistiske oppførselen. Det som kreves er kapasitet, dyktighet og vilje til å føre disse vanskelige samtalene og faktisk håndheve, ikke bare annonsere, organisasjonspolitik». (Garran & Rasmussen, 2019, min oversettelse).

Dette kjenner jeg igjen i det informantene sier når de adresserer leders rolle med tanke på å løfte problemene opp på et høyere nivå enn bare pleier – pasient nivået. En fersk studie om mangfoldsledelse i norske sykehjem viste at informantene der stolte på at lederen fulgte de norske reglene (Lindheim, 2020). Dette viser en grad av tillit som medarbeidere med minoritetsbakgrunn har til lederen. Dette kan være viktig for lederen å kjenne til slik at lederen viser seg verdig tilliten. I studien til Sandal et al. sies det at ved mangfoldsledelse tilskrives lederen et stort ansvar når det gjelder hva som er akseptabel atferd på arbeidsplassen. Leder må være klar på forventningene til den enkelte ansatte både når det gjelder arbeidsutførelsen og det psykososiale arbeidsmiljøet. Samtidig må lederen erkjenne, respektere og verdsette de kulturelle ulikhetene (Sandal et al., 2013, s. 42).

Informantene mine ga uttrykk for at de ikke kunne håndtere dette alene, men trengte støtte fra ledelsen, organisasjonen og at det måtte bli fokusert på i samfunnet. Jeg opplevde at mine informanter mente at en leder må kunne gå til pasienter og konfrontere dem og ta samtaler med pårørende. Når informantene sier at de ønsker at det er lederen som skal prate med pasientene, så bør lederen faktisk gjøre det bl.a. fordi det er en lederoppgave å påse at lover og regler i avdelingen overholdes, jf. arbeidsmiljøloven og likestilling- og diskrimineringsloven. Dette pålegget gjelder uavhengig av om det er ansatte eller pasienter som utøver rasismen. Det bør også legges fokus på lett tilgjengelige systemer for å kunne

melde fra om og å håndtere avvik, og lederen bør oppfordre til å melde avvikene. Når avvikene kommer skriftlig har leder en aktivitetsplikt ved å håndtere og lukke avviket og vise til tiltak som er gjort for forbedring.

En organisasjon står ikke alene, men er en del av et større system; lokalsamfunn, samarbeidspartnere, leverandører, brukere osv. (Hauger et al. 2008). Noe av det samme synet kommer også til uttrykk i relasjonell ledelse. I relasjonell ledelse løftes også fokuset opp til å se lederen i forhold til både medarbeidere og eksterne aktører og se på hvordan de kan samarbeide i kompleksiteten i opplevelsene. Relasjonelt lederskap betyr å anerkjenne den sammenflettede naturen i våre forhold til andre (Cunliffe & Eriksen 2011). Dette vil gjelde både på det institusjonelle og det samfunnsmessige plan. Et par av informantene nevnte også at Norsk sykepleierforbund burde ha mer fokus på, og ta mer tak i problemet. Intervjuene mine holdt jeg i vår og sommer, og nå på sensommeren kom artikler som omhandlet nettopp dette problemet. Dette, i tillegg til hendelser internasjonal, spesielt i USA, kan vise til at vi endelig får mer fokus på rasismeproblematikken også innenfor helse- og sosial arenaen.

8. Avslutning

Hensikten med denne studien var å besvare problemstillingen «hvordan kan ledere møte medarbeidere som opplever rasisme fra pasienter og pårørende?». Jeg har nå sett på funnene mine i lys av problemstilling og teori og vil i det følgende trekke sammen trådene i det jeg har funnet i en konklusjon. Videre vil jeg ser på hvordan dette kan ha for relevans for egen og andres lederpraksis, samt tanker om videre forskning på området.

8.1 Konklusjon

Hvordan å møte medarbeidere som opplever rasisme fra pasienter og pårørende har ikke et enkelt svar med to streker under. Oppgaven er kompleks og utøves på flere nivåer av ledelse. Jeg har sett at den enkeltes håndtering av rasisme ligger på ulike plan; det individuelle, ved hjelp av en gruppe og ved hjelp av leder og organisasjon. For å støtte dem i håndteringen har jeg sett på hvordan leder kan bygge opp om de gode følelsene og styrke den indre motivasjonen til medarbeiderne. Ikke fordi indre motivasjon er løsningen på rasismeproblemet, men fordi rasismeproblemet finnes, og de som opplever dette trenger en måte å håndtere dette på. De trenger støtte til å finne indre styrke og motivasjon når det røyner på og når ulovlige og meningsløse hendelser møter dem på arbeidsplassen. Denne støtten går både på det individuelle, følelsesmessige plan, men også innad i kollegagruppen. Kunnskap om motivasjonsteorier, relasjonell ledelse og anerkjennelse vil hjelpe til med å støtte de som opplever slike ting. Ledere må våge å sette dette på agendaen og adressere dette som et problem lenger opp i systemet, ikke bare i egen avdeling men også i virksomheten. Lederen har et ansvar for å ta dette på alvor og møte det på ulike plan. De ulike planene medarbeiderne håndterer rasisme på, glir inn i hverandre, og det samme ser man at lederens håndtering vil måtte gjøre. Mellomlederne har en spesiell rolle når det gjelder å ta vare på medarbeiderne som opplever rasisme fra pasienter og pårørende, fordi lederne er nært til både ansatte, til pasienter og til pårørende i det daglige arbeidet i en avdeling.

8.2 Relevans for praksis

Før prosjektet var jeg nysgjerrig på hva jeg kunne gjøre som leder for å møte de som opplevde rasisme fra pasienter og pårørende. For min egen del ser jeg at i min egen praksis må jeg være enda mer åpen og adressere dette som et problem. Jeg må adressere problemet både i møte med den enkelte, men også på et høyere nivå, slik som i avdelingen, organisasjonen, men også i samfunnsmessig for øvrig. Vi må jobbe mot et mindre rasistisk samfunn, der de som velger omsorgsyrker skal kunne gjøre jobben sin uten å oppleve rasisme eller diskriminering på sin arbeidsplass. Det kan også være nødvendig å sette av tid til å jobbe med verdiarbeid i organisasjonen og å gi rom for refleksjonsgrupper og mulighetene for å drøfte de etiske dilemmaene. Ledere må være lydhøre for det som rører seg i avdelingene, hva det snakkes om, og ha fokus på åpenhet om følelser og opplevelser. Lederen må legge til rette for motivasjonsfremmende aspekter, som autonomi, kompetanse og tilhørighet. Videre kan det være en idé og arrangere møter for både ansatte og pårørende der man informerer om utfordringer og oppfordrer til å dykke ned i egne verdier for å se hvor man selv står.

8.3 Videre forskning

Rasisme i helse- og sosialsektoren er et tema det kan forskes mer på. Norge har en forholdsvis ny multikulturell befolkning i motsetning til f.eks. USA der mye av rasismeforskningen kommer fra. De historiske forholdene i Norge, og grunnlaget for at mennesker fra andre land har flyttet hit er også ulikt fra f.eks. USA. Derfor kan det være interessant å fortsette se på dette i norsk perspektiv. En mulig innfallsvinkel for forskning kan være å se på det fra ledernes perspektiv. Hvor ofte de har medarbeidere som kommer til dem og forteller om rasisme, og hva de gjør for å håndtere dette kunne være interessant å se på. Det kunne også vært nyttig å gjøre en kvantitativ undersøkelse i befolkningen om hvordan de stiller seg til å bli pleiet av hovedsakelig ikke-norske pleiere for å få se på holdningene til de som mottar eller skal motta pleie- og omsorgstjenester.

Videre forskning kunne også være å foreta en case-study f.eks., der man ser på om etisk refleksjonsveiledning har direkte påvirkning på hvordan de ansatte håndterer dilemmaene i møte med rasistiske pasienter eller om de ulike lederstilene og motivasjonsteoriene har

direkte effekt på dette slik som jeg har konkludert med. Slik sett kan man bruke konklusjonen til å skape en ny problemstilling.

Litteraturliste

- Arbeidsmiljøloven (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Askeland, Harald og Einar Aadland (2017). Hva er verdier og hva tjener de til? I Einar Aadland og Harald Askeland (red.) *Verdibevist ledelse* (s. 26-49). Cappelen Damm.
- Bangstad, Sindre og Cora Alexa Døving (2015), *Hva er rasisme?* Universitetsforlaget.
- Batnitzky, Adina og Linda McDowell (2011). *Migration, nursing, institutional discrimination and emotioal/affective labour; ethincity and labour stratification in the UK National Health Service*. I: Social & Cultural Geography, Vol. 12, No. 2, March 2011.
- Berg-Nordlie, Mikkel, Ingunn Ikdahl og Torgeir Skorgen, (2019, 4. januar). *Rasisme*. I Store norske leksikon. Hentet 16. mai 2019 fra <https://snl.no/rasisme>
- Bergsagel, Ingvald (2020). *Sykepleiere diskrimineres på grunn av hudfarge: «Pasienten ville ikke bli stelt av svarte folk»*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2020/08/sykepleiere-diskrimineres-pa-grunn-av-hudfarge-pasienten-ville-ikke-bli-stelt-av-svarte>
- Birkelund, Gunn Elisabeth, Jon Rogstad, Kristian Heggebø, Tove Mogstad Aspøy og Heidi Fischer Bjelland (2014). *Diskriminering i arbeidslivet - Resultater fra randomiserte felteksperiment i Oslo, Stavanger, Bergen og Trondheim*. I: Sosiologisk tidsskrift04 / 2014 (Volum 22), 352-382. Hentet fra: https://www-idunn-no.ezproxy.vid.no/st/2014/04/diskriminering_i_arbeidslivet_-_resultater_fra_randomiserte
- Blom, Svein og Kristin Henriksen (red.) (2008). *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*. Rapporter 2008/5 • Statistisk sentralbyrå 2008. Hentet fra https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200805/rapp_200805.pdf
- Brenna, Lovleen Rihel (2018). *Mangfoldsledelse. Mangfold og likestilling som bærekraftig konkurransefortrinn*. Cappelen Damm.
- Busch, Tor (2012), *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*. Fagbokforlaget
- Chiaburu, Dan S. og David A. Harrison (2014). *Do Peers Make the Place? Conceptual Synthesis and Meta-Analysis of Coworker Effects on Perceptions, Attitudes, OCBs, and Performance*. Hentet fra: https://www.researchgate.net/profile/David_Harrison22/publication/23274139_Do_Peers_Make_the_Place_Conceptual_Synthesis_and_Meta-Analysis_of_Co-Workers_Effects_on_Perceptions_Attitudes_OCBs_and_Performance/links/5446eb360cf2f14fb811cd61/Do-Peers-Make-the-Place-Conceptual-Synthesis-and-Meta-Analysis-of-Co-Workers-Effects-on-Perceptions-Attitudes-OCBs-and-Performance.pdf?origin=publication_detail
- Claus, Gunnar (2018). *Innvandrere sto for 1 av 6 årsverk innen omsorg*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/innvandrerne-sto-for-1-av-6-arsverk-innen-omsorg>

- Cunliffe, Ann L. og Matthew Eriksen (2011). *Relational Leadership*. I Human Relations 2011 64: 1425. Hentet fra:
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0018726711418388>
- Danielsen, Tone (2001). *Sykepleie – holdninger og handlinger i et flerkulturelt arbeidsmiljø*. Rapport fra et samarbeidsprosjekt mellom norsk sykepleierforbund, høyskolen i Oslo og senter for flerkulturelt og internasjonalt arbeid (SEFIA). Hentet fra:
https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2009021804037?page=1
- Debesay, Jonas (2011). Etnisitet og kjønn i hjemmesykepleien. I Anne Leseth og Kari Nyheim Solbrække (red), *Profesjon, kjønn og etnisitet*. (s. 187-208). Cappelen Damm.
- Ekeland, Tor-Johan (2014). *Konflikt og konfliktforståelse – for helse- og sosialarbeidere* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Espedal, Gry (2017a). Troverdige eller autentiske? I Einar Aadland og Harald Askeland (red.) *Verdibevisst ledelse*, (s. 267-285). Cappelen Damm.
- Espedal, Gry (2017b). *Tøff love*. I Einar Aadland og Harald Askeland (red.) *Verdibevisst ledelse* (s. 286-302). Cappelen Damm.
- Gagné, Marylene og Edward L. Deci (2005). *Self-determination theory and work motivation*. Journal of Organizational Behavior. J. Organiz. Behav. 26, 331–362 (2005)
 Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI:
 10.1002/job.322
- Garran, Ann Marie og Brian M. Rasmussen (2019). *How Should Organizations Respond to Racism Against Health Care Workers?* I: AMA Journal of Ethics® June 2019, Volume 21, Number 6: E499-504. Hentet fra: https://journalofethics.ama-assn.org/sites/journalofethics.ama-assn.org/files/2019-05/cscm4-1906_0.pdf
- Gilje, Nils og Harald Grimen (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Universitetsforlaget
- Grenness, Tor (2012), *Hvordan kan vi vite at noe er sant?* Cappelen Damm
- Grimen, Harald (2001), *Tillit og makt – tre sammenhengar*. I Tidsskrift for den Norske Legeforening. 2001;121: 3617-9. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2001/12/tema-helse-og-kultur/tillit-og-makt-tre-sammenhengar>
- Grimen, Harald (2009), *Hva er tillit*. Universitetsforlaget
- Grosfoguel, Ramon (2016). *What is Racism?* I: JOURNAL OF WORLD-SYSTEMS RESEARCH. ISSN: 1076-156X | Vol. 22 Issue 1 Page 9-15 | Hentet fra:
<http://dx.doi.org/10.5195/jwsr.2016.609>
- Harket, Håkon (2014). *Paragrafen, Eidsvoll, 1814*. Dreyers Forlag
- Hauger, Bjørn, Thomas Højland og Henrik Kongsbak (2008). *Organisasjoner som begeistrer. Appreciative Inquiry*. Kommuneforlaget.
- Helland, Frode (2014). *Rasisme uten rasister i Norge*. Agora03-04 / 2014 (Volum 31). Hentet fra: https://www-idunn-no.ezproxy.vid.no/agora/2014/03-04/rasisme_uten_rasister_i_norge
- Jacobsen, Dag Ingvar (2015), *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* (2. utg.). Cappelen Damm.

- Johannessen, Asbjørn, Per Arne Tufte og Line Christoffersen (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Abstrakt forlag.
- Jönson, Håkan og Anders Giertz (2013): *Migrant care workers in Swedish elderly and disability care: Are they disadvantaged?* Lund Universitet. Publisert i: Journal of Ethnic and Migration Studies. Hentet fra:
https://portal.research.lu.se/ws/files/55434955/Migrant_care_workers_OA.pdf
- Kaufmann, Geir og Astrid Kaufmann (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Kimani, Paul-Emile (2019), *How Should Organizations Support Trainees in the Face of Patient Bias?* Hentet fra: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/how-should-organizations-support-trainees-face-patient-bias/2019-06>
- Kuvaas, Bård og Anders Dysvik (2016). *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser. Evidensbasert HRM*. (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Lai, Linda (2011). *Kompetansemobilisering og egenmotivasjon*. I Magma. Econas tidsskrift for økonomi og ledelse. Hentet fra:
<https://www.magma.no/kompetansemobilisering-og-egenmotivasjon>
- Likestillings- og diskrimineringsloven (2017). Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (LOV-2017-06-16-51). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51?q=likestilling>
- Løvaas, Beate Jelstad (2017). Hva fremmer motivasjon på arbeidsplassen? I Einar Aadland og Harald Askeland (red.) *Verdibevisst ledelse* (s. 221-244). Cappelen Damm.
- Maslow, Abraham H. (1954). *Motivation and Personality*. Harper & Brothers.
- Martinsen, Øyvind Lund (2014). Ledelse og kompetansestyring. I Øyvind Lund Martinsen, (red.), *Perspektiver på ledelse*. (3. utg. S. 209-242). Gyldendal Akademisk.
- Midtbøen, Arnfinn H. (2015). *Etnisk diskriminering i arbeidsmarkedet*. I Tidsskrift for samfunnsforskning 01/2015 (Volum 56). Hentet fra:
https://www.idunn.no/tfs/2015/01/etnisk_diskriminering_i_arbeidsmarkedet
- Nornes, Mariann (2014). *"Kollegaene mine er grunnen til at jeg gleder meg til å dra på jobben hver dag" En fenomenologisk studie av hvordan kollegastøtte påvirker trivsel og engasjement*. Masteroppgave, NTNU. Hentet fra https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/280340/Master_01_Mariann%20Nornes.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rasmussen, Brian M. og Ann Marie Garran (2016). *"In the Line of Duty: Racism in Health Care."* *Social Work* 61(2): 3. <https://academic.oup.com/sw/article/61/2/175/2468838>
- Rogstad, Jon og Arnfinn Haagensen Midtbøen (2010). *Den utdannede, den etterlatte og den drepte: Mot en ny forståelse av rasisme og diskriminering*. I Sosiologisk tidsskrift: e VOL 18, 31–52 © Universitetsforlaget 2010. <https://www.idunn.no/st/2010/01/art10>
- Roksvaag, Kristian og Inger Texmon (2012). *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Dokumentasjon og beregninger med HELSEMOD*. Hentet fra:
https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201214/rapp_201214.pdf

- Ryan, Richard M. og Edward L. Deci (2000). *Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being*. I: *American Psychologist*. Vol. 55, No. 1, 68-78. Hentet fra https://uvi.edu/files/documents/College_of_Liberal_Arts_and_Social_Sciences/social_sciences/OSDCD/National_Self_Determination_Richard_Ryan_and_Edward_Deci.pdf
- Sandal, Gro Mjeldheim, Hege Høivik Bye, Tone Fyhn og Valeria Markova (2013). «*Mangfoldsledelse*» og innvandreres tilknytning til arbeidsplassen. Universitetet i Bergen.
- Skodje, Marte og Margrethe Håland Solheim (2016). *Sykehjem forbyr hijab for å «skape trygghet og velvære»*. Hentet fra: <https://www.tv2.no/nyheter/8702286/> Lest 15.11.2019.
- Storeng, Beck og Due Lund (2017). *Arbeidsrett*. 10. utgave. Cappelen Damm.
- Straffeloven (2005). Lov om straff, (LOV-2005-05-20-28). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28?q=straffeloven>
- Thagaard, Tove (2018): *Systematikk og innlevelse. En innføring av kvalitative metoder*. (5. utgave). Fagbokforlaget
- Tronstad, Kristian Rose (2010). *Mangfold og likestilling i arbeidslivet. Holdninger og erfaringer blant arbeidsgivere og tillitsvalgte*. Fafo-rapport 2010:39. Hentet fra: https://www.fafo.no/media/com_netsukii/20183.pdf
- Turritin, Jane, Rebecca Hagey, Sepali Guruge, Enid Collins og Mitzi Mitchell (2002): *The experiences of professional nurses who have migrated to Canada: cosmopolitan citizenship or democratic racism?* Hentet fra: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748902000032>
- Tyldum, Guri (2016). *Holdninger til diskriminering, likestilling og hatprat i Norge*. (2. utg.) FAFO-rapport 2019:26. <https://www.fafo.no/images/pub/2019/20723.pdf>
- Uhl-Bien, Mary (2006). *Relational Leadership Theory: Exploring the social processes of leadership and organizing*. Hentet fra: <https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1018&context=leadershipfacpub>
- Urbye, Frøydis Falch (2019). *Pasienter krever etnisk norske pleiere*. I Dagsavisen. <https://www.dagsavisen.no/oslo/pasienter-krever-etnisk-norske-pleiere-1.1280796>
- Van Laer, Koen og Patriza Zaroni (2020). Ethnicity, Race, and National Identity in Management and Organization Studies. I John Stone, Rutledge M. Dennis, Polly Rizova, Xiaoshuo Hou (red.). *The Wiley Blackwell Companion to Race, Ethnicity, and Nationalism* (s. 487-506).
- Walsh, Kieran and Eamon O'Shea (2009). *The Role of Migrant Care Workers in Ageing Societies (Irish national report)*. Hentet fra: https://aran.library.nuigalway.ie/bitstream/handle/10379/3213/icsg_migrant_care_workers_report_kw.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Aadland, Einar (2004). *Den truverdige leiar*. Det norske samlaget.

Aadland, Einar og Harald Askeland (2017). Verdibevist ledelse i praksis. I Einar Aadland og Harald Askeland (red.) *Verdibevist ledelse* (s. 113-136). Cappelen Damm.

Aadland, Einar (2018). *Etikk i profesjonell praksis*. Det norske samlaget.

Aadland, Einar og Tom Eide (2008). *Etikkhåndboka*. Kommuneforlaget AS. Hentet fra:

<https://vid.brage.unit.no/vid->

[xmloi/bitstream/handle/11250/99117/Etikkhandboka.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://vid.brage.unit.no/vid-xmloi/bitstream/handle/11250/99117/Etikkhandboka.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Vedlegg 1

Vil du delta i forskningsprosjektet

«jeg vil ikke bli stelt av en utlending»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på hvordan ledere kan møte medarbeidere som opplever rasisme i sitt arbeid. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet vil analysere problemstillingen hvordan ledere kan møte medarbeidere som opplever rasisme i arbeidet med pasienter og i møte med pårørende. Jeg ønsker å finne ut hvordan de kan få en bedre og styrket arbeidshverdag til tross for uønskede opplevelser. Formålet med dette er å skrive en masteroppgave til en master i verdibasert ledelse.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID vitenskapelige høyskole er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Fordi du er av utenlandsk opprinnelse, jobber i helsevesenet og har nevnt at du har opplevd uønsket oppmerksomhet grunnet din bakgrunn har du fått spørsmål om å delta.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta innebærer det et personlig intervju av deg, med spørsmål fra en intervjuguide. Dette vil ta 1 – 1,5 timer. Spørsmålene går på dine hvilke opplevelser du har som utenlandsk arbeider og hvordan du ønsker å bli sett og møtt av din leder. Opplysningene registreres i et lydopptak og de vil senere vil bli skrevet ned.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen eller lederen din.

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. Det er studenten og veilederen som vil ha tilgang til dine opplysninger.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrig data. Jeg vil lagre dette innelåst.

Ingen av deltakerne vil kunne bli gjenkjent i oppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 03.11.2020. Når prosjektet er slutt vil alle personopplysninger og lydopptak slettes for godt.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller 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 VID vitenskapelige høyskole 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:

- VID vitenskapelige høyskole ved Tone Lindheim, tone.lindheim@vid.no tlf: 22963726.
- Vårt personvernombud: Nancy Yue Liu, nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no tlf: +47 938 56 277
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Tone Lindheim

Bergljot Kvernenes

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Student

Vedlegg 2

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*jeg vil ikke bli stelt av en utlending*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i personlig intervju.
- at mine personopplysninger lagres etter prosjektslutt, til 3. november 2020 – hvis aktuelt

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3

Intervjuguide.

Innledende informasjon før intervjuet:

Takk for at du er villig til å stille til intervju. Jeg ber om at vi under intervjuet ikke sier navnet på din arbeidsplass, tidligere arbeidsplasser eller navnet på din leder eller tidligere ledere.

- Har du opplevd at pasienter ikke ønsker å få hjelp av deg på pga. hudfarge, etnisitet?
- Kunne du fortalt om en slik hendelse?

Når du forteller om hendelsen ber jeg deg ikke nevne navnet på pasienten, når eller hvor det skjedde.

- Hvordan opplevdes det?
- Tok du det opp med den som da var lederen din?

Hvis ja – hva var leders reaksjon?

Var du fornøyd med måten lederen din reagerte på, og ble du ivaretatt?

Hvis ikke – hva ønsker du at leder skulle gjort?

Hvis nei – hvorfor ikke?

- Har du egne mestringsstrategier hvis du opplever slike ting?
- Har du opplevd at *pårørende* har stilt spørsmål med din hjelp/kompetanse pga. hudfarge/etnisitet?

Når du forteller om hendelsen ber jeg deg ikke nevne navnet på pårørende eller pasienten de var pårørende til, når eller hvor det skjedde.

- Hvordan opplevdes det?
- Tok du det opp med den som var din leder på det tidspunktet?
Hvis ja – hva var leders reaksjon?

Var du fornøyd med måten lederen din reagerte på, og ble du ivaretatt?

Hvis ikke – hva ønsker du at leder skulle gjort?

Hvis nei – hvorfor ikke?

Blir eventuell forskjellsbehandling mot de «ikke norske» tatt opp på avdeling, i rapportmøter, personalmøter osv. ved arbeidsplasser du har jobbet eller der du jobber?

Er det noe du tenker at lederen din kan gjøre for å lette problemet?

Bør noen bli gjort ovenfor pasienter? Bør noe bli gjort ovenfor pårørende?

Vedlegg 4



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

jeg vil ikke bli stelt av en utlending

Referansenummer

356568

Registrert

10.10.2019 av Bergljot Kvernenes - bergljotk@hotmail.com

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for teologi, diakoni og ledelsesfag / Fakultet for teologi, diakoni og ledelsesfag Oslo

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Tone Lindheim, tone.lindheim@vid.no, tlf: 22963726

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Bergljot Kvernenes, bergljotk@hotmail.com, tlf: 95195890

Prosjektperiode

01.10.2019 - 03.11.2020

Status

29.05.2020 - Vurdert

Vurdering (2)

29.05.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 29.05.2020.

Vi har nå registrert 03.11.2020 som ny sluttdato for forskningsperioden.

Informasjonsskrivet er oppdatert for å reflektere den forlengede forskningsperioden.

NSD vil følge opp ved ny sluttdato for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

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

18.11.2019 - 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 18.11.2019 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. Før du melder

inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html
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 alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.05.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 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).

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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 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.

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 Wincentzen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17
(tast 1)