

Mastergrad i Samhandling innan helse- og sosialtenester.

Alltid ein framand

Innvandra sjukepleiarar sine erfaringar med å jobbe på sjukeheim i Noreg

av

Solrun Njøs Amundsen

Mai 2015

MASTER I SAMHANDLING INNAN HELSE- OG SOSIALTENESTER
MASTEROPPGÅVE (30 studiepoeng)

SEMESTER:

Vår - 2015

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Solrun Njøs Amundsen

RETTLEIARAR: Anne Marie Sandvoll og Kari Bergset

TITTEL PÅ MASTEROPPGÅVA:

Norsk tittel:

Alltid ein framand.

Innvandra sjukepleiarar sine erfaringar med å jobbe på sjukeheim i Noreg.

Engelsk tittel:

Always a stranger.

How immigrant nurses experience working at nursing homes in Norway.

EMNEORD/STIKKORD: sjukepleiar, innvandrar, sjukeheim, erfaringar

TAL ORD/SIDER: 15333/50

STAD Leikanger

22.05.2015

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgåve i:

Samhandling innan helse og sosial tenester

Tittel:

Alltid ein framand.

Innvandra sjukepleiarar sine erfaringar med å jobbe på sjukeheim i Noreg

Engelsk tittel:

Always a stranger.

How immigrant nurses experience working at nursing homes in Norway

Forfattar:

Solrun Njøs Amundsen

Emnekode og emnenamn:

MS1-306 Masteroppgåve i samhandling innan helse- og sosialtenester

Kandidatnummer:

2

Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket (set kryss):

Eg gjev med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva i Brage.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

JA: X Nei__

Dato for innlevering: 22.05.2015

Eventuell prosjekttilknytning ved HiSF

Emneord (minst fire):

sjukepleiar, innvandrar, sjukeheim, erfaringar

Førord

Arbeidet med masteroppgåva har vore ein krevjande og utfordrande, men ikkje minst spennande og lærerik prosess. Krevjande og utfordrande av di det tek mykje tid ved sidan av jobb og familie, men også av di eg har fått utfordra meg på nye område og måtar. Det har vore spennande og utruleg lærerikt å vere gjennom ein forskingsprosess, og eg er no stolt og glad for å vere ferdig med oppgåva.

Først og fremst må eg takke mine informantar som har stilt opp og delt av sine erfaringar. Denne oppgåva hadde ikkje blitt til viss ikkje de hadde stilt opp, så tusen takk!

Mine rettleiarar Anne Marie Sandvoll og Kari Bergset hadde eg heller ikkje klart meg utan, og må begge få ein stor takk. Anne Marie som har vore min hovudrettleiar har vore stødig og alltid like positiv og motiverande. Ho har gitt raske tilbakemeldingar sjølv på seine kveldar. Og klart å snu alle tilbakemeldingar til noko positivt, noko som har hjelpt å halde motivasjonen oppe gjennom arbeidet med oppgåva. Kari har komme med gode råd, og fekk i gong tankeprosessen min heilt i starten av arbeidet med oppgåva, og kom med gode tips undervegs når eg støtte på problem.

Eg må også takke min arbeidsgivar Leikanger kommune som har gitt meg støtte til å studere. Ikkje minst må eg takke min avdelingsleiar Hanne Hoff som har vist stor forståing for at prosessen med oppgåva har vore krevjande, og som har gitt meg permisjon og fridagar på kort varsel når eg har trengt det. Eg må også takke mine medstudentar og alle lærarar på masterstudiet som har komme meg gode konstruktive tilbakemeldingar på framlegg, også spesielt min medstudent Astri, som har vore så god å ha til å luften tankar, idear og frustrasjonar.

Min kjære mamma som har lese korrektur må også få ein stor takk. Og sist men ikkje minst ein kjempestor takk til mannen min Jon som har stått støtt og pusha meg vidare, og som har hatt kontroll på hus, heim og livet vårt når hovudet mitt har vore fullt. Også ein takk til vår vetle son Johannes, som har måtte tåle ein mamma med hovudet fullt av studiar.

Leikanger, Mai 2015

Solrun Njøs Amundsen

Innhald

Samandrag

Abstract

1.0 Innleiing	1
1.1 Problemstilling	2
1.2 Føremålet med studien	2
1.3 Avgrensingar	2
1.4 Sentrale omgrep	2
2.0 Teoretisk rammeverk	3
2.1 Å jobbe som sjukepleiar i eit anna land	4
2.2 Hierarki	5
2.3 Lite respektert	6
2.4 Utfordringar med kommunikasjon	8
2.5 Sjukeheimen som arbeidsplass	9
3.0 Metode	10
3.1 Kvalitativ metode	10
3.2 Føreforståing	11
3.3 Utval og rekruttering	12
3.4 Ethiske vurderingar	13
3.5 Intervju	13
3.6 Transkribering	14
3.7 Analyse	15
3.7.1 Analyseprosessen	15
3.8 Studien sin truverdigheit	17
3.8.1 Validitet	17
3.8.2 Reliabilitet	18
3.8.3 Overførbarheit	18
4.0 Presentasjon av funn	19
4.1 Anna hierarki	19
4.1.1 Respekt	19
4.1.2 Å vere «under» norske sjukepleiarar	20
4.1.3 «Gjer det heller sjølv»	20
4.1.4 Kjensla av å vere pleieassistent	21
4.2 Alltid ein framand	22

4.2.1 Aldri bli norsk	22
4.2.2 Manglar gode venner.....	22
4.3 Det var nynorsk, det var dialekt.....	23
4.3.1 Eg skjønnte ingenting.....	23
4.3.2 Begrensingar	23
5.0 Diskusjon	25
5.1 Eit uformelt hierarki.....	25
5.1.1 Om å vere under andre sjukepleiarar og respekt.....	25
5.1.2 Same nivå gir meir støtte frå kollegaer?	26
5.1.3 Sjukepleiarar må utføre assistentoppgåver.....	27
5.2 Alltid ein framand	28
5.2.1 Sagn etter venner	28
5.2.2 Å aldri bli norsk	29
5.3 Nynorsk og dialekt er utfordrande	30
5.3.1. Å ikkje skjønne kva som blir sagt	30
5.3.2 Stressa og redd	31
6.0 Konklusjon	32
Referansar	33
Vedlegg 1	
Vedlegg 2	
Vedlegg 3	

Samandrag

Alltid ein framand.

Innvandra sjukepleiarar sine erfaringar med å jobbe på sjukeheim i Noreg

Bakgrunn: Noreg har mange innvandra helsearbeidarar med innvandrarbakgrunn og som har innvandra sjølve, spesielt sjukepleiarar. Det finst mange internasjonale studiar på korleis sjukepleiarar som kjem frå andre land for å jobbe opplever det, men studiar frå norske forhold er det færre av. Tidlegare forskning peikar på kor viktig der er å sjå på korleis desse sjukepleiarane opplever det slik, at ein kan hjelpe dei med overgangen og gjere det best mogeleg for alle partar. Då ein kjem til å framleis vere avhengig av arbeidsinnvandring.

Hensikt og problemstilling: Hensikta med studien er å auke forståinga for korleis det er for innvandra sjukepleiarar å jobbe på sjukeheim i Noreg.

Problemstillinga er: Korleis erfarer innvandra sjukepleiarar å jobbe på sjukeheim i Noreg?

Metode: For å svara på denne problemstillinga har eg nytta kvalitativ metode. Eg har intervjuet innvandra sjukepleiarar, som har kome til Noreg for å jobbe, og som alle jobbar på sjukeheimar.

Resultat: Informantane erfarer eit anna hierarki på godt og vondt. Dei erfarer å bli sett på som ein framand, og utfordringar med nynorsk og dialekt.

Konklusjon: Oppgåva belyser erfaringane innvandra sjukepleiarar har med å jobbe på sjukeheim i Noreg. Og er med på å auke forståinga for korleis det er for innvandra sjukepleiarar å jobbe på sjukeheim i Noreg.

Nøkkelord: sjukepleiar, innvandrar, sjukeheim, erfaringar

Abstract

Always a stranger.

How immigrant nurses experience working at nursing homes in Norway

Background: Norway have many immigrant health workers. Many of these are nurses. Many international studies describe how these nurses experience work and life in a foreign country, but not that many in Norway. Previous studies show how important it is to keep doing studies to improve the conditions for these nurses, and to help them in the transition to a new country. Studies show that Norway will have to rely on immigrant nurses also in the future.

Purpose/objective: The objective of this study is to improve the understanding of how it is for immigrant nurses to work at nursing homes in Norway. How do immigrant nurses experience working at nursing homes in Norway?

Method: To answer this question I used the qualitative method in the study. I interviewed immigrant nurses who came to Norway to work, and who all work at nursing homes.

Results: The nurses experience a different hierarchy in both good and bad ways, feeling like a stranger and challenges involving Norwegian dialects and variations in the language.

Conclusion: This paper has shed light on how nurses with immigrant backgrounds experience working at nursing homes in Norway. In addition, the paper improve the understanding of how these nurses experience working at nursing homes in Norway.

Keywords: nurse, immigrant, nursing home, experiences

1.0 Innleiing

Dette prosjektet skal handle om erfaringane innvandra sjukepleiarar har med å jobbe på sjukeheim i Noreg. I 2013 var det 32 800 innvandrarakar med helse- og sosialfagleg utdanning tilsett i helse- og sosialtenesta anten fast eller på mellombels basis, av desse er sjukepleiarar den største gruppa og utgjer nærmare 10 000 personar (Statistisk sentralbyrå, 2013). Helsevesenet i Noreg har lenge hatt ein stor mangel på kvalifisert helsepersonell, spesielt i eldreomsorga, og då spesielt sjukepleiarar (van Riemsdijk, 2006, 2010). Det norske helsevesenet har difor lenge vore avhengig av utanlandsk arbeidskraft (Seeberg & Dahle, 2005). Spesielt på 1990- talet var denne mangelen stor, og det var då sett i gang rekrutteringsprogram gjennom Aetat frå utlandet, då å rekruttere innad i landet fungerte dårleg (van Riemsdijk, 2006, 2010). I følge Seeberg og Dahle (2005) er det lettare som kvalifisert søkar med innvandrarbakgrunn å få jobb på sjukeheim enn på sjukehus. Van Riemsdijk (2006) peikar på at ein vil kunne forvente at arbeidsinnvandring vil auke då behovet for kvalifisert helsepersonell vil auke i eldreomsorga. Forsking viser at overgangen frå heimlandet til landa sjukepleiarane reiser til er stor (Allan & Larsen 2003; Magnusdottir 2005; Newton et. al., 2012; Tregunno, Peters, Campell & Gordon 2009). Sjukepleiarane fortel om kjensla av å ikkje bli respektert, ikkje bli sett på som like god, bli sett ned på, men også om positive erfaringar (Allan & Larsen, 2003; Magnusdottir, 2005; Moyce, Lash, & de Leon Siantz, 2015; Smith et. al., 2007; Tregunno et, al., 2009). Ulike sjukepleiaroller, hierarki, helsevesen og forventningar gir utfordringar, men også gode opplevingar og erfaringar sjukepleiarane set pris på (Hillestad, 2012; Magnusdottir, 2005; Newton, Pillay & Higginbottom, 2012; Tregunno et. al., 2009).

Innvandra sjukepleiarar tek med seg viktige erfaringar, eigenskapar og kulturelt mangfald som er positivt for alle helseinstitusjonar (Newton et. al., 2012). Sjukepleiarane som kom til Storbritannia ynskte å bli akseptert som sjukepleiarar, for sin kulturelle bakgrunn og å bli respektert både som sjukepleiarar og personleg (Allan & Larsen, 2003). Gjennomgang peikar på sjukepleiarane sine utfordringar, og trekkjer fram kor viktig det er å forske meir på dette (Moyce et. al., 2015). Auka forståing og meir forskning på dette område vil hjelpe integrering, og føre til at sjukepleiarane får lettare overgang og ikkje føler seg isolert og diskriminert (Moyce et.al., 2015). Ein må auke forståinga for sjukepleiarane sin bakgrunn og erfaringar og kva dei kan bidra med innan helsevesenet (Allan & Larsen 2003; Newton et al. 2012). Gjennomgangen syner at tidlegare forskning i hovudsak byggjer på sjukepleiarar som jobbar i engelsktalande land. Det er difor behov for forskning frå fleire land for å få eit større og betre bilde globalt (Magnusdottir, 2005), også til norske forhold. På grunn av at ein forventar auke i arbeidsinnvandring er det difor viktig å forske på erfaringane til innvandra sjukepleiarar som kjem til Noreg for å jobbe i det norske helsevesenet (van Riemsdijk, 2006). I tillegg

er det utført lite forskning kring erfaringane til innvandra sjukepleiarar i norske sjukeheimar. Det er difor behov for forskning som ser på kva erfaringar innvandra sjukepleiarar med har med å jobbe på norsk sjukeheim.

1.1 Problemstilling

På bakgrunn av ovannemnde har eg valt følgjande problemstilling:

Korleis erfarer innvandra sjukepleiarar å jobbe på sjukheim i Noreg?

1.2 Føremålet med studien

Hensikta med studien er å auke forståinga for korleis det er for innvandra sjukepleiarar å jobbe på sjukeheim i Noreg.

1.3 Avgrensingar

I denne oppgåva er fokuset retta mot sjukepleiarar frå europeiske land utanom Skandinavia. Det er sjukepleiarar som har utdanna seg og jobba i heimlandet før dei har kome til Noreg for å jobbe på sjukeheim. Fokuset er retta mot denne gruppa sjukepleiarar, då Noreg har ei lang historie med arbeidsinnvandring, og vil vere avhengig av arbeidsinnvandring i framtida. Eg ynskjer å fokusere på desse sjukepleiarane sine erfaringar med å jobbe i Noreg. Eg vel vidare å avgrense mot sjukepleiarar som jobbar på sjukeheim fordi det er mange innvandra sjukepleiarar som jobbar på sjukeheim (van Riemsdijk, 2006, Seeberg & Dahle, 2005).

1.4 Sentrale omgrep

Innvandrar: Ein person som sjølv har innvandra til Noreg som er født i utlandet av utanlandske foreldre (Statistisk sentralbyrå, 2015).

Innvandra sjukepleiar: Blir i oppgåva brukt om sjukepleiarar utdanna i utlandet, som har kome til Noreg for å jobbe. I oppgåva brukar eg også uttrykket utanlandske sjukepleiarar, dette uttrykket brukar eg synonymt med innvandra sjukepleiarar. Det er ulikt hjå informantane om dei har innvandra med familien sin, og om det er permanent eller midlertidig, og om familien er igjen heime. Likt er at dei har kome til Noreg på grunn av dårlege lønnsforhold i heimlandet.

Innvandrarbakgrunn: Er ein samlebetegnelse for innvandrarar og norskfødde med innvandrarforeldre, dette inkluderer også dei som er fødde i Noreg av utanlandske foreldre, eller at innvandringa har funne stad for endå fleire år sidan (Statistisk sentralbyrå, 2015). Blir i oppgåva brukt om sjukepleiarar eller personar som har utvandra frå sine heimland til eit anna land for å jobbe. Eg

har ikkje skilt på kva, korleis eller kvifor dei har komme som innvandrar til Noreg, omgrepet innvandrarbakgrunn blir brukt uavhengig av føremål med å kome til Noreg.

Sjukepleiar: I Noreg er definisjonen på sjukepleiar ein person med treårig bachelorgrad på høgskule/universitetsnivå (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, 2012). Sjukepleiar blir i oppgåva brukt om sjukepleiarar med høgskuleutdanning, omgrepet blir brukt på alle uavhengig om dei har vidareutdanningar eller høgare utdanning enn grunnutdanning for sjukepleiarar.

Sjukeheim: Ein sjukeheim tilbyr heildøgnsstener, og skal vere ein god stad å bu for menneske som har sjukeheim som heim. Sjukeheim tilbyr individuelt tilpassa pleie og omsorg (Orvik referert i Hauge, 2010) Omgrepet sjukeheim blir i oppgåva brukt generelt om sjukeheim og eg skil ikkje på kva avdelingar informantane jobbar på eller om det er sjukeheimar spesialisert på ulike pasientgrupper eller diagnosar.

2.0 Teoretisk rammeverk

I denne delen presenterer eg teoretisk rammeverk for oppgåva. For å finne litteratur har eg søkt i følgjande databasar: Academic Search Premier, Medline, Cinahl, SveMed+ og Google Scholar. Søkeord som har vore nytta er: *sykepleiere med innvandrers bakgrunn, utenlandske sykepleiere, sykehjem, erfaringer, foreign nurses, migrant nurses, immigrant nurses, experiences, internationally educated nurses, internationally recruited nurses, nursing home og overseas nurses*. Eg har nytta både norske og engelske ord for å finne mest mogeleg relevant litteratur.

Mykje av den tidlegare forskinga som eg har funne og nyttar i oppgåva er i frå Storbritannia (Aboderin, 2007; Allan & Larsen, 2003; Obrey, Vyoelingum & Robbins 2007; O'Brien, 2007; Smith et. al., 2007). Storbritannia har i mange år vore avhengig av utanlandsk arbeidskraft i helsevesenet, og har hatt rekrutteringskampanjar der dei har jobba for å få sjukepleiarar til det engelske helsevesenet (Allan & Larsen, 2003; Smith et. al. 2007). Noreg har og hatt slike kampanjar på grunn av mangel på sjukepleiarar, det vart gjennom Aetat køyrt slike program tidleg på 2000-talet i Finland, Tyskland og Polen for å rekrutterte sjukepleiarar til Noreg (van Riemsdijk, 2006). Eg har nytta mykje av litteraturen frå Storbritannia, då det har vore gjort fleire kvalitative studiar med intervju av utanlandske sjukepleiarar i etterkant av slike rekrutteringskampanjar. Det kjem fram i denne forskinga at mange av desse sjukepleiarane opplever rasisme og diskriminering som dei set i samband med hudfargen sin (Aboderin, 2007; Allan & Larsen, 2003; Obrey et. al., 2007; O'Brien 2007; Smith et al., 2007). Studiane har også sjukepleiarar frå andre europeiske land og frå Australia.

Sjølv om det er forskjellar mellom det engelske og det norske helsevesenet, er det interessante funn å samanlikne med. Studien til van Riemsdijk (2006) syner at dei polske sjukepleiarane som vart rekruttert til Noreg opplever mykje det same som asiatiske og afrikanske sjukepleiarar opplever i England, som vart relatert til hudfargen. Dei Polske sjukepleiarane fortel om at dei blir sett ned på, og at dei blir behandla som dei kjem frå usiviliserte land, og ei fortel at det verkar som folk trur at Polen er som den tredje verden (van Riemsdijk, 2006). Eg har også nytta forskning frå USA og Canada som er land med mykje arbeidsinnvandring, også her er det i hovudsak frå asiatiske og afrikanskje land (Tregunno et. al, 2009), men eg har også nytta forskning frå Island. Gjennomgang syner at erfaringane ofte er like uansett kva land sjukepleiarane kjem frå, eller har reist til, og eg var difor valt å bruke forskning frå ulike land. Forskinga eg har nytta får fram mykje erfaringar frå sjukepleiarane sjølv, og dette er erfaringar som vert eit godt bakteppe for min studie.

2.1 Å jobbe som sjukepleiar i eit anna land

Tidlegare studiar viser at overgangen frå å jobbe i heimlandet til eit anna land er vanskeleg, det er mange faktorar som spelar inn (Allan & Larsen 2003; Magnúsdóttir 2005; Newton et. al., 2012; Tregunno et al., 2009). Språk er ein vesentleg utfordring, men også dei store forskjellane i helsevesena og rolla som sjukepleiar er utfordrande (Allan & Larsen, 2003; Magnúsdóttir, 2005; Tregunno et. al., 2009). Ein studie frå Canada (Tregunno et. al., 2009) viser at sjukepleiarane opplevde store forskjellar i rolla som sjukepleiar frå sine heimland og til Canada. Tidlegare forskning viser at sjukepleiarane gav uttrykk for at det var forventet i landa dei kom til at sjukepleiarane tok meir ansvar og var meir sjølvstendige enn dei var vande med (Allan & Larsen, 2003; Magnúsdóttir, 2005; Moyce et al., 2015; Tregunno et. al., 2009) . Nokre av sjukepleiarane fortalde at i deira heimland var det legen som bestemte kva ein skulle gjere, ein fylgde ordre og trengte ikkje tenkje så mykje sjølv (Magnúsdóttir, 2005; Tregunno et. al., 2009). Sjukepleiarar som kom til Canada opplevde å bli høyrte på av legane på ein anna måte enn dei var vande med heimafrå (Tregunno et. al., 2009).

Hillestad (2012) peikar på at å vere sjukepleiar er ikkje det same alle plassar. Sjukepleiarrolla er prega av samfunnet ein er i og kva samfunnet meiner sjukepleiaryrket skal innehalde (Hillestad, 2012). Oppbygging av hierarki, status for yrkesgrupper og fordeling av oppgåver er ikkje den same frå land til land innan helsevesenet (Hillestad, 2012). Det er ulike kulturelle forventingar til kva det inneber å vere sjukepleiar (Hillestad, 2013). Oppgåver som for ein norsk sjukepleiar er vanlege å utføre treng ikkje vere vanleg i andre land (Hillestad, 2012). Hillestad (2012) peikar på at studentar på utveksling til Montenegro vart sett på som lite kunnskapsrike. Studentane mangla vesentlege kunnskapar av di

dei ikkje kunne utføre oppgåver som der var heilt basiskunnskapar for ein sjukepleiar, kunnskapar som i Noreg ikkje er aktuelle lenger av di ein har meir ressursar og betre økonomi (Hillestad, 2012).

Kultur blir meir og meir sett på som noko ein tek med seg, som ikkje er knytt til kvar ein er geografisk, men som noko personleg som ein flyttar med seg (Båtnes, 2012). Nye teknologiske hjelpemiddel gjer at det er lettare å halde på og halde kontakten med sin kultur sjølv om ein er i eit framand land (Båtnes, 2012). Måten vi samhandlar på blir påverka av kva praksis ein har lært, forståinga av aktuelle prosedyrar, ressursar som er tilgjengeleg og ikkje minst økonomi (Hillestad, 2012). Sjukepleiarar som kom til Island opplevde at å streve med språket var som å snakke under vatn eller å vere på nivå med eit barn (Magnusdottir, 2005). Språket gjer det også vanskeleg å fyrst få jobb, men også å bli integrert (Newton et al., 2012). Sjukepleiarane som kom til Island for å jobbe, fortel om at dei ikkje har fått gode venner, om sagn av ein skikkeleg god venn, og opplever at folk ikkje er like opne (Magnusdottir, 2005). Sjølv etter fleire år i landet kjenner nokre av dei fortsatt på at dei ikkje får komme heilt inn, men fortsatt blir sett på som ein framand (Magnusdottir, 2005).

2.2 Hierarki

Opplivinga av hierarki kan variere alt etter kor ein er frå og i kva land ein arbeider (Hillestad, 2012). Hierarki er ein inndeling av nivåa i ein organisasjon, der nivåa er overordna og underordna kvarandre (Christensen, Lægreid, Roness & Røvik, 2009). Dette vil seie at ein på eit overordna nivå vil kunne fortelje dei på eit underordna nivå kva dei skal gjere (Christensen, et. al., 2009). Seeberg og Dahle (2012), peikar på at kvar ein kjem i frå spelar inn på kvar ein passar eller er forventta å vera i hierarkiet. Seeberg og Dahle (2005, 2012) viser til fleire eksempel der avdelingsleiar med asiatiske opphav ikkje blir akseptert eller sett på som leiar av andre helsepersonell og pårørande i Noreg. Til tross for at dei blir gjort oppmerksame på at ho er leiar, henvender dei seg likevel til andre tilsette som er norske. Hennar rolle som leiar passar ikkje med bilete ein har av kvar i hierarkiet personar med innvandringsbakgrunn skal vere i følge Seeberg & Dahle (2005, 2012). Hierarkiet vil også vere ulikt oppbygd alt etter kvar ein er, på ein norsk sjukeheim er det andre forventningar og andre forhold mellom til dei ulike yrkesgruppene som gir eit anna hierarki enn på til dømes ein sjukeheim i Montenegro (Hillestad, 2012). I Montenegro er det slik at sjukepleiarane utfører reine sjukepleiaroppgåver, medan assistentar gjer oppgåver som matsservering, tømning av bekken og liknande i følge Hillestad (2012).

Studiar syner at utanlandske sjukepleiarar opplevde å komme frå eit hierarki der dei sto over assistentar og hjelpepleiarar. Då sjukepleiarane kom til eit nytt land opplevde dei å måtte byrje på nytt og at dei vart plassert lenger nede i hierarkiet, slik at assistentar stilte seg «over» dei og ville fortelje dei kva dei skulle gjere og ikkje omvendt (Aboderin, 2007; Smith et al. 2007). Studentar på

utveksling til Montenegro rokka ved hierarkiet då dei utførte oppgåver som for dei var vanlege sjukepleieoppgåver, men som der var sett på som assistentoppgåver. Personalet klarte difor ikkje å plassere studentane i hierarkiet då dei utførte desse oppgåvene som vart utanfor det som var forventa av sjukepleiarar og det dei skulle lære som studentar (Hillestad, 2012).

Tidlegare forskning viser at sjukepleiarar som kjem til vestlege land opplever eit anna hierarki enn dei er vande med (Magnusdottir, 2005; Tregunno, et. al. 2009). Forholdet til lege er annleis og meir uformelt. Dette uformelle forholdet gjeld også leiing, kollegaer og pasientar (Magnusdottir, 2005; Tregunno, et. al. 2009). Tonen i kommunikasjonen og måten ein ter seg på er meir uformell. Samstundes kjenner sjukepleiarane på at dei ikkje blir verdsett på same nivå som dei norskfødde sjukepleiarane (Magnusdottir, 2005). Sjukepleiarane erfarte at dei kom frå ein status som erfarne, dyktige og var sett opp til. Vidare at dei måtte byrje på nytt i landet dei kom til, for der vart dei sett på som heilt nye og deira erfaring blei ikkje anerkjent (Allan & Larsen, 2003; Smith et. al. 2007). Sjukepleiarar som kjem til Noreg fortel at sjukepleiaryrket har høgare status her enn i heimlandet (Seeberg, 2012).

Roddvik (2010) peikar på fleire kulturforskjellar som kan spele inn på fleirkulturelle arbeidsplassar. Leiarstilen i Noreg er annleis enn i mange andre land. Her er det flatare hierarki, og leiarar involverer dei tilsette meir i avgjersler (Roddvik, 2010). Ein forventar i Noreg at ein tek ansvar og er sjølvstendig, medan det i mange andre land er meir vanleg med ein meir autoritær leiarstil og å bli fortalt akkurat kva ein skal gjere og korleis (Roddvik, 2010). Kjønnssroller og forhold til personar som er eldre enn ein sjølv kan og skape utfordringar. I mange land er den eldste i familien overhovudet og er den som bestemmer (Roddvik, 2010). Å ha ein kvinneleg leiar eller ein leiar som er yngre enn deg, kan vere utfordrande for mange (Roddvik, 2010).

2.3 Lite respektert

Sjukepleiarar som reiser til andre land for å arbeide kan erfare å bli lite respektert. Dei kan erfare rasisme og diskriminering.

Allan og Larsen (2003) peikar på at sjukepleiarane vart utnytta av arbeidsgjevar og kollegaer som ikkje prøver å forstå kva dei seier (Allan & Larsen, 2003). Sjukepleiarane opplevde at arbeidsgivar brukte dei mykje til å dekke ugunstige vakter. Dette førte til at dei følte seg lite respektert og verdsett. Sjukepleiarane erfarte at om dei gjorde små feil vart desse blåst stort opp, og det vart sett spørsmål ved deira kompetanse som sjukepleiarar (Allan & Larsen, 2003). Sjukepleiarane sine kunnskapar vart ikkje verdsett, sjølv om dei hadde mange års erfaring (Allan & Larsen, 2003).

Sjukepleiarar som har immigrert for å jobbe i Storbritannia fortel om tilfelle av rasisme (Allan & Larsen, 2003). Fleire studiar syner at sjukepleiarar som vel å arbeide i andre land opplever rasisme (Allan & Larsen, 2003; Obrey et. al., 2007; Wheeler, Foster & Hepburn, 2013a). Rasisme er forskjellsbehandling basert på til dømes hudfarge, eller etnisk tilhøyrighet eller religiøs tilknytning (Seeberg, 2007).

Ein studie frå USA som samanlikna opplevingane til sjukepleiarar som var utdanna i land utanfor USA og kvite USA-utdanna sjukepleiarar og afro-amerikanske sjukepleiarar også utdanna i USA (Wheeler et. al. 2013a) viser at alle gruppene opplevde å føle seg diskriminert. Diskriminering vil seie forskjellsbehandling, og kan vere både i positiv og negativ retning (Seeberg, 2007). Tidlegare forskning viser at innvandra sjukepleiarar opplevde at dei ikkje blei akseptert som sjukepleiarar på lik linje, og at dei ikkje fekk dei same moglegheitene som dei andre sjukepleiarane (Allan & Larsen, 2003; O'Brien, 2007). Eit døme på positiv diskriminering kan vere kjønnskvotering, medan negativ diskriminering handlar om at ein ser ned på eller uttrykker seg negativt mot menneske som er til dømes homoseksuelle, kvinner generelt eller til dømes menneske med ein religiøs tilknytning og liknande (Seeberg, 2007). Ein kan også snakke om etnisk diskriminering, som handlar om forskjellsbehandling av ulike etniske grupper (Roddvik, 2010).

Seeberg og Dahle (2005) peikar på at innvandrarar sin inkludering i samfunnet og arbeidsmarknaden kan bli hindra av diskriminering. Det kjem også fram diskriminering frå pasientane i tidlegare forskning. Til dømes at pasientar ikkje ynskjer å bli stelt av personar med innvandrarbakgrunn (Seeberg & Dahle, 2005).

Sjukepleiarane som kom frå andre land peika på episodar der dei opplevde at pasientar og kollegaer meinte dei var dumme. Ein sjukepleiar fortel at ho opplevde å vere underordna dei andre sjukepleiarane fordi ho var asiatisk (Wheeler et. al., 2013a.) Tidlegare forskning viser at sjukepleiarar opplevde å bli utanfor, å vere den framande når dei kom til eit nytt land for å jobbe, dei opplevde at pasientar og kollegaer ikkje stolte like mykje på dei fordi dei kom frå eit anna land (Magnusdottir, 2005; Tregunno, et. al., 2009). Sjukepleiarar som kom til England opplevde å ikkje få utføre prosedyrar dei var godt kjende med og kunne utføre, av di ein ikkje forventa at dei kunne dette og dei måtte delta på kurs før dei fekk utføre prosedyrane (O'Brien, 2007). Det tok gjerne tid før dei fekk gått på desse kursa og det gjekk derfor lange periodar der dei ikkje fekk utføre prosedyrar og dermed ikkje fekk fortsette å utvikle desse kunnskapane. (O'Brien, 2007). O'Brien (2007) peikar og på at det var forskjellar i sjukepleiarrolla, og sjukepleiarane som kom til England var ikkje vande med å utføre oppgåver som stell og å hjelpe pasientar på toalettet. I tillegg til at dei ikkje fekk utføre prosedyrar

som dei i utgangspunktet kunne, bidrog dette til at dei ikkje lenger kjende seg som sjukepleiarar. Polske sjukepleiarar i Noreg opplevde at kollegaer var skeptiske til om utdanninga i Polen var god nok, og kollegaene var skeptiske til om dei kunne utføre prosedyrar og hadde kunnskap (van Riemsdijk, 2006). Også anna tidlegare forskning viser til at sjukepleiarane kjende på at kollegaene deira ikkje trudde utdanninga deira var god nok, og var skeptiske når dei skulle utføre prosedyrar (Tregunno et. al., 2009). Sjukepleiarane opplevde at folk såg på dei som om dei frå eit svært fattig land (van Riemsdijk, 2006).

2.4 Utfordringar med kommunikasjon

Utfordringar med kommunikasjon er eit sentralt område for sjukepleiarar som skal jobbe i andre land og kommunikasjon handlar om mykje meir enn berre språk (Hillestad, 2013; Tregunno et. al., 2009). Pleiarar opplevde at i situasjonar ved direkte stell kunne dei forstå kva pasienten ynskte ved å bruke sitt kliniske blikk og sansar (Hillestad, 2013; Seeberg & Dahle, 2005). Dei tause sidene av språket, og korleis ein blir møtt, kva som er forventna av ein og korleis arbeidet er organisert spelar og inn når det handlar om kommunikasjon (Seeberg & Dahle, 2005). Kor gode språkkunnskapar som blir sett på som nødvendig kjem ann på kor høgt opp i systemet ein jobbar. Å jobbe på avdelinga med pleie krev ikkje like gode språkkunnskapar som til dømes ein jobb som leiar (Seeberg & Dahle, 2005). Forsking viser at sjukepleiarar som kom til Canada opplevde at å snakke om språkkunnskapar var eit sårbart tema, fleire fortalte at det var flaut å vise kor dårleg dei beherska språket (Tregunno et. al., 2009). Språket var også kjelde til auka stress, og sjukepleiarane erfarte at dei var heilt utslitt etter jobb fordi dei hadde vore så konsentrert heile tida (Tregunno et. al., 2009). Tidlegare forskning viser også at sjukepleiarar opplevde at kollegaer ikkje ein gong prøvde å forstå kva dei sa, til tross for at morsmålet deira var det same, men med ulike aksentar (Allan & Larsen, 2003).

Språk og kommunikasjon er viktig for fellesskapet, og korleis ein passar inn i det miljøet ein er i (Seeberg, 2007). Når ein snakkar norsk har ein det til felles, og om det er misforståingar mellom nordmenn som snakkar ulike dialektar, så kan ein le og spøke dette vekk og likevel ha det til felles og vere ein del av det same fellesskapet (Seeberg, 2007). Tidlegare forskning viser at når ein med framandspråkleg bakgrunn ikkje forstår eller seier noko som ikkje blir forstått, reagerer ein ikkje på same måten. Det blir meir flaut og stille, ein er ikkje del av det språklege fellesskapet som binder dei som snakkar norsk saman (Seeberg, 2007). Ulikheiter i kommunikasjon frå kultur til kultur kan og vere utfordrande, måten ein oppfattar ting og uttrykker seg på er avhengig av språk og kultur, og kan lett føre til misforståingar (Roddvik, 2010).

Roddevik (2010) viser til eksempel der manglande språkkunnskapar ikkje er negativt. Ein avdelingsleiar ved ein sjukeheim fortel at personlegdom og veremåte har så mykje meir å seie enn språkkunnskapar. Ikkje alle som har norsk som morsmål klarer å kommunisere med pasientar på ein god måte, så at ein ikkje beherskar norsk treng ikkje vere eit hinder for å kunne yte god omsorg og pleie. Eit anna eksempel som Roddevik (2010) også viser til er ein praktikant ved eit dagsenter til personar som har hatt slag, som les aviser med dei og diskuterer språket og pasientane hjelper ho med språket samstundes som dei sjølve får utbytte med språktrening.

2.5 Sjukeheimen som arbeidsplass

Å jobbe på sjukeheim i Noreg blir sett på som lågstatus arbeid, og i følgje Seeberg (2012) er det oftast kvinner frå arbeidarklassar som har desse jobbane. Ein ser etterkvart ei endring der norske kvinner med relevant kompetanse søker seg meir mot meir høgstatusjobbar enn jobbar på sjukeheimar. Desse jobbane blir meir og meir fylt av menn og kvinner med innvandrarbakgrunn (Seeberg, 2012). Rekruttering av kvalifisert helsepersonell til sjukeheimar har lenge vore vanskeleg, og ein ser at delen med personar med innvandrarbakgrunn er høgare på arbeidsplassar der det er størst mangel på personell (Seeberg & Dahle, 2005). Sjukepleiarar som kom til sjukeheimar i England og som ikkje var vande med sjukeheimar i sine heimland opplevde det som hardt og nedverdiggande arbeid, dei såg ikkje på jobben som ein sjukepleiarjobb (Aboderin, 2007; Smith et. al. 2007). Sjukepleiarane følte dei mista kunnskapen og evnene sine, og at dei ikkje fekk utføre prosedyrar som dei var kjende med og vande med å gjere, då kollegaer og leiar ikkje trudde dei kunne det eller meinte dei hadde høg nok standard (Smith et. al. 2007; O'Brien, 2007).

Seeberg og Dahle (2005) peikar på forskjellen mellom sjukehus og sjukeheim når det gjeld helsepersonell med innvandrarbakgrunn. På sjukeheim var det meir akseptert at ein var den ein var, medan på sjukehuset vart ein meir akseptert om ein var meir norsk, altså at ein til dømes kunne dei kulturelle kodane og dei tause sidene av språket (Seeberg & Dahle, 2005). Dess meir norsk ein var, dess betre passa ein inn på sjukehuset, medan på sjukeheimen fekk ein bruke den kompetansen ein hadde, også den kompetansen i å vere innvandrar og frå eit anna land (Seeberg & Dahle, 2005).

Sjukehus er sett på som ein arbeidsplass med høgare status enn sjukeheim, dette gir også ein høgare plass i hierarkiet (Seeberg & Dahle, 2005), noko som igjen gir arbeidstakarar med innvandrar bakgrunn ein plass langt nede i hierarkiet. Forsking viser at sjukeheimar er meir tilgjengelege som arbeidsplassar for personar med innvandrarbakgrunn enn sjukehus, på grunn av sjukeheimar sin plass lengre nede i hierarkiet i helsevesenet (Seeberg & Dahle, 2005). Det er og forskjellar på korleis hierarkiet er innad på ein sjukehusavdeling og på sjukeheim (Seeberg, 2007). På sjukhus var det avdelingsledar som hadde det overordna ansvaret og sørge for at ting blei gjort ved å delegere

oppgåver til andre, medan på sjukeheim hadde også avdelingsleiar det overordna ansvaret, men det var det underforstått at alle måtte ta sin del av ansvaret for at ting var gjort utan at ein fekk tildelt spesielle oppgåver (Seeberg, 2007). Forsking viser at å vere annleis var mindre akseptert på sjukehus enn sjukeheim (Seeberg, 2007). På sjukehuset var det slik at sjukepleiarane med innvandrarbakgrunn prøvde å gjere det at dei var annleis minst mogleg synleg for å passe inn (Seeberg, 2007).

3.0 Metode

Studien har eit kvalitativt design og intervju vart nytta som metode for datasamling. Eg vil gjere greie for korleis eg gjekk fram ved datasamling og analyse av materialet, samt vise etiske vurderingar og styrker og svakheiter ved metoden og framgangsmåten eg har nytta. Eg har i studien nytta Malterud (2011) som byggjer på Giorgi, og er difor også inspirert av fenomenologien. Problemstillinga er open og femnar mykje. Dette har vore utgangspunktet mitt då eg ynskte å gå ope ut å sjå kva erfaringar som sjukepleiarane sjølv valte å leggje vekt på å trekkje fram i intervju.

3.1 Kvalitativ metode

Meininga med dette prosjektet er å auke forståinga for korleis innvandra sjukepleiarar opplever å jobbe på norsk sjukeheim. Eg er ute etter å belyse erfaringane til sjukepleiarane, valde difor kvalitativ metode og individuelt intervju for å få fram deira erfaringar. Intervju er ein god måte å få innblikk i informantane sine erfaringar om eit bestemt tema (Thagaard, 2013). Det gir eit innsyn i korleis dei sjølve opplever ulike ting (Thagaard, 2013). Kvalitativ metode går i djupna, og hjelper med å belyse tema med breidde og ulike nyansar (Malterud, 2011). I kvalitativ metode handlar studiar om erfaringar og opplevingar til personar (Malterud, 2011). Det kan difor bli endringar undervegs i prosjekta (Malterud, 2011). Til dømes har eg måtte endra på mi problemstilling undervegs i prosjektet frå: Kva erfaringar har sjukepleiarar med utanlandsk opprinnelse med å arbeide i ein norsk sjukeheim? Til mi noverande problemstilling for å få den meir presis. I dette prosjektet har eg forsøkt å sjå korleis sjukepleiarane opplever å arbeide på norske sjukeheimar, og hatt fokus på å fange dette slik dei sjølve beskriv det. Ved hjelp av kvalitative intervju med opne spørsmål har informantane fått fortelje om sine erfaringar (Kvale og Brinkmann, 2009).

Gjennom forskingsintervjuet ynskte eg å få fram informanten sitt syn på ting, slik dei ser det (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette er og i tråd med ei fenomenologisk tilnærming, der ein søker å fange korleis mennesket sjølv erfarer og forstår sin situasjon (Aadland, 2011). Eg har som nemnt vore inspirert av fenomenologien, som handlar om at me ser ting slik me oppfattar, tolkar og erfarer dei (Aadland, 2011). Fenomenologien er ute etter personar sine subjektive erfaringar, og å forstå korleis dei opplever ein konkret ting eller hending (Thagaard, 2013). I følge Aadland (1022) ser ein ikkje berre den konkrete tingen eller personen som er føre oss, som auga ser, me ser også erfaringar me har

knytt til denne tingen eller personen, kjensler og inntrykk (Aadland, 2011). I denne oppgåva handlar det om å forstå korleis innvandra sjukepleiarar erfarer å jobbe på sjukeheim i Noreg. Å sjå erfaringane deira slik som dei har opplevd dei og å sjå på det med deira auger og deira perspektiv (Thagaard, 2013). Fenomenologien vil sjå kva som er bakom fenomenet, kva tankar, erfaringar og hendingar ligg i og formar denne tingen eller personen til den den er (Aadland, 2011).

3.2 Føreforståing

Føreforståing er den forståinga eg har med meg inn i forskinga, det kan vere det som motiverte meg for å gjere akkurat denne studien eller det kan vere den tidlegare erfaringa mi (Malterud, 2011). I følge Malterud (2011) vil denne føreforståinga prege forskinga om ein ynskjer det eller ikkje. Mi eiga føreforståing har vore med meg gjennom studien. Sjølv om eg trudde eg hadde lagt det frå meg då eg starta med datainnsamlinga ser eg no når eg er ferdig med analysen at den har lege der heile tida. Mi føreforståing var i utgangspunktet sentrert rundt innvandra sjukepleiarar sine språkutfordringar med å jobbe på norske sjukeheimar. Etter å ha opplevd ulike situasjonar rundt dette i jobbsamanheng, var dette eit viktig område eg ynskje å finne ut meir om. Thagaard (2013) peikar på at det er to sider ved at forskar kjenner til og har erfaring frå det felte ein forskar i, det kan auke forståinga for det informantane deler, men det kan og gjere at ein overser enkelte ting. Dersom ein har mykje kunnskap på feltet kan dette føre til at ein overser viktig ting, eller at ein ser det ein ynskjer å sjå eller det ein trudde ein skulle finne eller det ein vil finne (Malterud, 2011). Det kan vere nyttig i forkant av prosjektet å skrive ein refleksjon rundt si eiga føreforståing, og kva ein forventar å finne (Malterud, 2011).

Eg skreiv ned mi føreforståing og diskuterte denne med medstudentar og rettleiarar. Etter mange rundar for å finne ut kva eg faktisk ville utforske, la eg frå meg språkfokuset og valde å gå ope ut for å sjå kva erfaringar sjukepleiarane sjølv valde å trekkje fram. Mi føreforståing om at språk har utfordringar har påverka meg i den grad at språkkategoriar har vore med gjennom heile analysen. Eg har gjennom arbeidet med datamaterialet og analysen heile tida forsøkt å vere bevisst på mi eiga føreforståing, eg har blitt særleg oppmerksom på dette i avslutninga av analysen då eg har hatt vanskeleg for å kutte ned og gje slepp på dette med språk. Dette har i mi erfaring og noko samanheng med at sidan eg valte å gå så ope ut ved datasamlinga, måtte eg ta nokre val undervegs, då alt ikkje kunne vere med i oppgåva. Då kom føreforståinga mi ekstra godt fram, då det var spesielt vanskeleg å ta ei vurdering rundt kor stor plass språkutfordringar skulle få i oppgåva. Eg har vore bevisst på å bruke rettleiar og få rettleiing gjennom analyseprosessen, men føreforståinga mi og at eg måtte ta ein del val for å avgrense oppgåva kan ha gjort at eg har sett meir av enkelte ting og oversett andre ting (Thagaard, 2013). Men eg har gjennom heile prosessen vore oppteken av å få fram det informantane mine verkeleg har sagt til meg, og ikkje det eg «vil» sjå fordi eg blir påverka av

føreforståinga mi (Malterud, 2011). Eg har gått mykje fram og tilbake mellom datamaterialet og har tenkt mykje på dette gjennom analysen og framstillinga av resultatane mine (Malterud, 2011).

3.3 Utval og rekruttering

For å finne svar på problemstillinga mi valde eg å gjere intervju med innvandra sjukepleiarar som jobba på sjukeheim. Kriteria for å vere med i prosjektet var at sjukepleiarane skulle komme frå eit land utanom Skandinavia, ha utdanna seg til sjukepleiar og ha jobba i heimlandet før dei reiste ut. Dei måtte også ha jobba nokre år på sjukeheim i Noreg. Eg valde å avgrense til land utanom Skandinavia på grunn av at eg ynskte å fokusere på erfaringane til informantar frå land som er meir ulike Noreg i språk og kultur, enn dei skandinaviske landa.

Utvalet mitt består av 3 sjukepleiarar som kjem frå europeiske land utanom Skandinavia som har fast jobb i ein norsk sjukeheim, og har vore i Noreg frå 2 til 10 år. I utgangspunktet var ynskje å få sjukepleiarar som hadde jobba i Noreg i 10 år eller meir, men dette viste seg å vere vanskeleg. Eg valte difor å inkludere sjukepleiarar som hadde jobba kortare. Årsaken til at eg i utgangspunktet ynskte å bruke sjukepleiarar som hadde jobba i 10 år, var med tanke på at informantane då beherska norsk betre, og betre språk då ville gjere sjølv intervju- og transkripsjonsprosessen lettare. Eg ynskte og å få med andre refleksjonar enn akkurat dei som handla mest rundt starten når ein akkurat har byrja jobbe i eit nytt land.

Det vart nytta tilgjengelegheitsutval som vil seie at ein nyttar eit utval som er tilgjengeleg for forskaren og som passar til problemstillinga (Thagaard, 2013). Til rekruttering nytta eg snøballmetoden. Snøballmetoden handlar i følgje Thagaard (2013) om at ein fyrst kontaktar personar som passar til utvalet, og at dei vidare gir opp andre som passar til utvalet. Sidan eg nytta snøballmetoden var eg oppteken av å ta omsyn til at personane som blir kontakta samtykka til at eg kunne ta kontakt med dei (Thagaard, 2013). Eg kontakta avdelingssjukepleiarar ved fleire sjukeheimar for å komme i kontakt med aktuelle sjukepleiarar som eg kunne bruke, og for å høyre om dei kjente til andre som var aktuelle. Dei vidareformidla då informasjonsskriv til aktuelle informantar. For å sikre informantane sin anonymitet skulle dei kontakte meg direkte om dei ville vere med. Det er viktig at ein varetek anonymiteten til informantane, og at dei skal kunne vere trygge på at dei blir anonyme gjennom heile prosessen (Kvale & Brinkmann, 2009). Det var liten respons og fleire kommunar som ga tilbakemelding om at dei ikkje hadde sjukepleiarar frå land utanom Skandinavia. Rekrutteringsprosessen viste seg å bli lengre og tyngre enn først antatt. Fleire tilbakemeldingar om at dei ikkje hadde aktuelle informantar og manglande tilbakemeldingar gjorde at tida gjekk og frustrasjonen vaks. For å bli ferdig med oppgåva måtte eg då gjere nokre val i rekrutteringsprosessen, og valde då å inkludere sjukepleiarar som har jobba kortare enn ti år. I

ettertid ser eg at eg kunne spart meg for mykje frustrasjonar og mykje tid dersom eg hadde teke denne avgjersla tidlegare, eller sett lågare tidsgrense frå starten av. Eg har reflektert mykje rundt kvifor eg først ville ha sjukepleiarar med ti års erfaring i Noreg, men har komme fram til at det først å fremst handla om språkutfordringar i forhold til det praktiske med intervju og transkripsjon, men også at eg ynskte refleksjonar utover den første tida i eit nytt land. Også etter at eg hadde fått kontakt med aktuelle informantar vart det mykje frustrasjon. Etter fleire månader med mykje fram og tilbake for å finne tid til intervju med den eine informanten trakk denne informanten seg. Eg stod då tilbake med to gjennomførte intervju og måtte begynne på nytt for å få rekruttert ein til. Denne informanten fekk eg tilgang til ved å gå tilbake til dei to førre informantane og spørje om dei kjende nokon som kunne tenke seg å delta i studien. Dei formidla kontakt og slik fekk eg avtale om eitt intervju til.

3.4 Etiske vurderingar

Studien er meldt inn og godkjend av Norsk Samfunnsvitenskaplige datatjeneste (prosjektnummer 39298, 2014) jf. vedlegg 3. Alle informatane fekk utdelt informasjonsskriv og samtykka til å vere med i studien. Det vart innhenta både skriftleg og munnleg samtykke, informasjonsskrivet vart gjennomgått før intervjuet og informanten vart opplyst om at dei kunne trekke seg om dei ynskte det. Eg har vore oppteken av at informantane skal vite kva dei deler blir brukt til, og at dei har rett til å trekkje seg når ein måtte ynskje det (Thagaard, 2013). Eg har gjennom studien og skrivinga av oppgåva vore oppteken av å ivareta anonymiteten til informantane. For å sikre dette har eg gjort nokre val. Eg har valt å ikkje skrive alder, kva land dei er i frå eller spesifisert nærmare kor mange år kvar enkelt informant har jobba i Noreg. Det er berre tre informantar i oppgåva, og dette har gjort at eg har vore ekstra oppteken av å sikre deira anonymitet. Ved framstilling av eksempel og sitat har eg valt å skrive desse om frå munnleg språk til skriftspråk, dette for å sikre at informantane ikkje skal bli attkjent på spesielle ord, uttrykk eller måten å uttrykkje seg på (Malterud, 2011).

3.5 Intervju

Datasamlinga vart gjennomført med individuelle intervju. Med kvalitativt forskingsintervju ville eg prøve å sjå saka frå informantane sine sider, og få fram deira eigne erfaringar (Kvale & Brinkmann, 2012). Eg hadde ein open intervjuguide med eit hovudspørsmål og fleire oppfølgingsspørsmål jf. vedlegg 1. Eg valde å gjere det slik også for at mi eiga føreforståing som var spesielt farga av språkutfordringar ikkje skulle leggje føringane for intervjuet. Med den opne intervjuguiden fekk informantane sjølve bestemme kva erfaringar dei valde å fokusere på og som dei trakk fram (Thagaard, 2013). Intervjuet var svært ulike, og det var forskjellar på kor mykje eg måtte spørje og følgje opp for å fram erfaringane. Eg var bevisst på å stille opne spørsmål slik at informantane sjølve fekk velje kva dei ville svare og trekkje fram (Thaggard, 2013). Intervjuet vart teken opp på bandtakar.

Det var tre svært ulike intervju, men alle fortalde godt og kom med eksempel. Det er utfordringar knytt til å intervju personar frå andre kulturar, ord kan bety forskjellige ting i ulike kulturar, non verbale sider av kommunikasjonen kan spele inn og måten ein stiller spørsmåla på (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette opplevde eg sjølv i intervju då eg opplevde at eg var noko uførebudd på at det kunne bli vanskeleg å få fram kva eg verkeleg var ute etter. Eg spurde etter erfaringar, men tenkte ikkje på at det kunne vere vanskeleg å forstå kva eg egentleg meinte med erfaringar. Dette var lettare på det andre og det siste intervjuet, då eg var meir oppmerksom på korleis eg måtte ordleggje meg og forklare meir kva eg var ute etter enn å berre spørje om erfaringar. Etter kvart intervju skreiv eg refleksjonsnotat som er i tråd med Malterud (2011) sitt syn på kor viktig det er å reflektere over dei ulike delane i forskingsprosessen ein er i. Notatet kunne til dømes handle om korleis eg opplevde at intervjuet gjekk. Det første intervjuet opplevde eg at informanten fortalde villig si historie med lite innsats frå mi side, medan det andre intervjuet kjendest tyngre og eg laut jobbe hardt for å få informanten på gli. Andre ting eg noterte var til dømes kroppsspråk, stemning, ting som sette meg ut og kva dette gjorde med meg. Til dømes når ein av informantane fortalde at ho ikkje hadde vener. Også ting som var utfordrande rundt formuleringar og språk, og korleis eg kunne endre ting til neste intervju skreiv eg i refleksjonsnotat.

3.6 Transkribering

Intervju vart transkribert direkte av meg sjølv. For meg var det viktig å transkribere sjølv for å få med meg mest mogleg av det informantane sa, og for å hindre at viktige poeng skulle gå tapt. Dette er i tråd med Malterud (2011) som understrekar tydinga av å velje transkripsjonsmetodar som tek vare på meiningsinnhaldet på ein påliteleg og gyldig måte.

Det var utfordrande med transkripsjonen, fordi informantane var framandspråklege og det variert korleis dei beherska norsk. Særleg under det eine intervjuet var det vanskeleg å forstå kva informanten sa og meinte. Her såg eg kor viktig det var at eg transkriberte intervju sjølv, då det var mykje som var vanskeleg å forstå. Eg opplevde at eg hadde forstått det under intervjuet, men då eg seinare hørde på opptaket vart eg redd at viktige ting skulle forsvinne i teksten. Malterud (2011) peikar på at det er forskjell på tale og skriftspråk, og dersom ein transkriberer ordrett kan ein misse poeng frå samtalen som ikkje kjem like godt fram når det er skreve som det blei sagt. Dette gjeld spesielt når ein har informantar med dialekt eller anna særpreg i språket (Malterud, 2011). Då alle mine informantar var framandspråklege valte eg difor å skrive tolkingar inn i den transkriberte teksten i tillegg til at eg har skreve alt ordrett. Eg har markert tydeleg kva som er min tolking og kva som er ordrett frå informanten. På denne måten har eg sikra at eg bevarer det som kan forsvinne i

den ordrette teksten og som kan bli gløymt etter ei stund. Dette var ikkje like utfordrande på alle intervju, då det varierte kor godt informantane beherska norsk.

3.7 Analyse

Analyse av kvalitative data inneber at ein stiller spørsmål til teksten, ein sorterer og dreg samandrag som svarar på problemstillinga og som representerer datamaterialet (Malterud, 2011). Gjennom ein analyseprosess skal ein komme fram til kunnskap, denne kunnsken skal ikkje komme berre frå ein av informantane, den må vere gjeldande for fleire (Malterud, 2011). Eg har nytta Systematisk tekst kondensering (Malterud, 2011) til analysen av mitt datamateriale. Systematisk tekstkondensering bygger på Giorgi sin fenomenologiske analyse og er modifisert av Malterud (2011). Systematisk tekstkondensering består av fire steg som eg vidare vil gå igjennom. Denne analysemetoden handlar om å bryte teksten ned, plukke den frå kvarandre for så å setje den saman igjen, dekontekstualisere og rekontekstualisere (Malterud, 2011).

3.7.1 Analyseprosessen

I det fyste analysesteget las eg gjennom alt datamaterialet med fugleperspektiv (Malterud, 2011). På dette steget heilt i byrjinga av analysen sat eg med alt datamaterialet mitt og las igjennom det. Eg skreiv ikkje noko i denne fasen, men eg danna meg tankar om aktuelle tema til neste steg (Malterud, 2011). Eg las igjennom materialet mitt fleire gonger, det var tungt, men spennande å lese. Det forma seg mykje tankar undervegs som eg las, og det var vanskeleg å ikkje skulle skrive noko. Eg ville gjerne begynne å systematisere å ordne med ein gong. At eg hadde transkribert intervju mine sjølv, og jobba ekstra for å forstå alt opplevde eg som ein fordel på dette analysesteget då eg allereie hadde fått ein viss kjennskap til datamaterialet. Og eg begynt allereie då å lage meg tankar om kva tema som var sentrale og felles for informantane (Malterud, 2011). Etter å ha lese gjennom alt, skreiv eg ned foreløpige tema over kva erfaringar informantane hadde snakka om.

I det andre analysesteget byrja eg med koding. Koding vil seie at ein skil relevant tekst frå irrelevant, og byrjar å sortere den delen av teksten som kan tenkjast å belyse problemstillinga (Malterud, 2011). Her fant eg meiningsberande einingar, og byrja vidare å sortere og systematisere dei ulike meiningsbærande einingane som handla om det same (Malterud, 2011). Desse meiningsbærande einingane samla eg deretter inn under same kode, for eksempel kodane *aldri bli norsk* eller *manglar vener*. Eg brukte ulike fargar for kvar kode og merka dei meiningsberande einingane med rette fargen, før eg sette meg ved datamaskina og sorterte dei meiningsberande einingane under kvar kode i ein tabell. Her enda eg først opp med åtte kodegrupper. Dette steget jobba eg lenge med, då det var mykje som vart likt. Tykte det var vanskeleg å plassere fleire av dei meiningsberande einingane. Malterud (2011) peikar på at på dette steget må ein tenkje seg om, sjå etter fellesskap i kodane og eventuelt luke ut det som ikkje passar inn. Etter mykje jobb, frustrasjonar og rettleiing frå

retteleiar vart enkelte kodegrupper slått saman og gitt nytt namn. Før eg gjekk vidare til steg 3 hadde eg kome fram til seks kodar: *Gode, dårlege og anleis opplevingar med pasientar, Kan ikkje forstå viss du ikkje forstår, Anna hierarki, Fordi eg er utanlandsk, Alltid ein framand og Trives med å jobbe med eldre.*

I det tredje steget prøvde eg å kondensere dei meiningsberande einingane (Malterud, 2011). Før eg kunne byrje å kondensere måtte eg dele kodegruppene opp i subgrupper (Malterud, 2011). På dette steget vart det tydeleg at innhaldet i dei meiningsberande einingane eg hadde samla i dei ulike kodane var veldig like, og mykje gjekk på det same. Då eg vidare prøvde å lage subgrupper kom dette veldig godt fram. Til dømes viste det seg når eg forsøkte å dele koden *fordi eg er utanlandsk* opp i subgrupper som heitte: *må gjere alt sjølv, under dei norske sjukepleiarane* og *respekt* at dette også handla om eit *anna hierarki*. Difor valde eg å slå saman desse kodegruppene og danna kategorien *anna hierarki*. Dersom det dukkar opp kodar og meiningsbærande einingar undervegs som ikkje passar inn eller gir mening, er det viktig at ein reflekterer over kvifor ein valde å ta denne med før ein eventuelt legg den vekk (Malterud, 2011). Slik gjekk eg vidare fram med resten av materialet og samla dei kodane som omhandla det same til kategoriar. To kategoriar vart etter mykje refleksjon lagt vekk av di dei var tynne og ga lite mening og ikkje passa heilt inn.

På dette steget hevdar Malterud (2011) at det kan vere nyttig at ein jobbar fleire saman. Eg har gjort dette åleine, men har kontinuerleg diskutert med retteleiar og andre studentar på masterseminar. Gjennom prosessen med å finne kategoriar gjekk eg mykje fram og tilbake for å komme fram til kva som verkeleg skulle vere med vidare. Då eg jobba meir med *Alltid ein framand*, såg eg at dei fleste meiningsbærande eininga kom frå berre ein informant og vart difor usikker på om eg skulle ta denne med vidare. Eg valde først å leggje denne vekk, men eg klarde likevel ikkje sleppe *Alltid ein framand* og gjekk difor til metodelitteraturen og las om temaet mykje informasjon frå ein informant. At ein informant har komme med mykje data treng ikkje å vere ei ulempe, men det er viktig at ein tenkjer over det når det er snakk om overførbarheit i følgje Malterud (2011). Det vart mykje fram og tilbake i dette steget, og eg måtte fleire gonger gå tilbake til datamaterialet mitt for å sjå kva det er informantane verkeleg fortel meg? Har eg fått med det dei seier, og kva er det som er viktig og nytt å få med. Vidare kunne eg byrje å skrive kondensata, desse blir skrive i eg form og er eit kunstig sitat (Malterud, 2011). Kondensatet representere dei meiningsberande einingane i den kodegruppa, og som Malterud (2011) peikar på som kan vere ein fordel brukte eg informantane sine eigne ord. Eg fann også sitat som er beskrivande for den subgruppa eg jobba med. Malterud (2011) kallar desse sitata for «gullsitat». Tabellen under viser oversikt over kategoriar og kodar som eg stod igjen med før siste steget i analysen.

Tabell 1 Oversikt over kategoriar og kodar

Kategori	Det var nynorsk, det var dialekt	Anna hierarki	Alltid ein framand
Kode	Eg skjønnte ingenting	Forhold til lege	Aldri bli norsk
	Begrensingar	Sjukepleiarrolla	Manglar venner
		Må gjere alt sjølv	
		Respekt	
		Under dei norsk sjukepleiarane	

Det fjerde steget handlar om å samanfatte i kvar kodegruppe, rekontekstualisere og lage ein analytisk tekst (Malterud, 2011). Her skreiv eg i tredjeperson form, og den analytiske teksten eg kom fram til inneheld informantane sine forteljingar og skal vere gjeldande for alle informantane, då det er denne som representerer resultatata i studien (Malterud, 2011). Men eg var endå ikkje ferdig med analysen, dette siste steget innebar også at eg måtte gå fram og tilbake mellom analysen og datamaterialet for å sjå at det eg hadde komme fram til faktisk representerte det informantane hadde fortalt meg. I den analytiske teksten tok eg med eksempel og sitat som støttar opp under den samanfatninga eg har gjort (Malterud, 2011). Vidare fann eg overskrifter som passa til den analytiske teksten for kvar kodegruppe (Malterud, 2011). Siste del av analysa handlar om å gå tilbake til materialet og stille spørsmål og validera funna, ein skal leite etter data som seier noko anna enn det ein har funne (Malterud, 2011). Etter analysen var det tre hovudkategoriar som kom fram: *anna hierarki*, *alltid ein framand* og *aldri høyrte om nynorsk eller dialekt*. Desse vil bli presentert nærare i resultatdelen i oppgåva kapittel 4.0.

3.8 Studien sin truverdighet

Studien sin truverdighet handlar om ulike faktorar. Eg har her trekt fram tre punkt, validitet, reliabilitet og overførbarheit som eg vidare vil gjere greie for.

3.8.1 Validitet

Validitet er eit viktig omgrep innan forskning. I følge Thagaard (2013) inneberer validitet gyldigheita av tolkingane ein har analysert seg fram til. Det som har vore viktig for meg gjennom heile prosessen med oppgåva er at det eg skriv om, og det eg har komme fram til i analyseprosessen viser det informantane mine faktisk har sagt til meg. Validitet fokuserer på om ein faktisk har undersøkt det ein seier at ein har undersøkt (Malterud, 2011). I denne studien vil relevante spørsmål vere om eg

har fått fram erfaringane til informantane gjennom intervju, og om det faktisk er desse erfaringane som kjem fram også etter analyseprosessen. Gjennom analyseprosessen har eg stadig veksla mellom analysen og datamaterialet for å validere at eg faktisk har komme fram til det som informantane fortel. Resultata er eit resultat av denne prosessen med å gå fram og tilbake mellom datamaterialet og analyseprosess. Enkelte av sitata er skreve litt om på grunn av ulikeheiter i munnleg og skriftleg språk, men meininga i sitata er dei same. Validitet og reliabilitet kan sjåast på som ein løpande kvalitetskontroll gjennom heile forskingsprosessen (Thagaard, 2013).

3.8.2 Reliabilitet

Reliabilitet handlar om at forskinga skal vere påliteleg, forskaren må difor gjere godt greie for korleis ein har gått fram i forskingsprosessen (Thagaard, 2013). For å sikre reliabilitet i intervjuprosessen har eg gjenteke det informantane har sagt for å sikre meg at eg har forstått rett, eg har oppsummert etter kvart i intervju for å stadfeste at eg har oppfatta ting slik dei har fortalt dei. Dette har eg opplevd som spesielt viktig, då alle informatane er framandspråklege og det lett kan oppstå misforståingar. Eg har i oppgåva gjort greie for korleis eg har utført rekruttering, datasamling og analysen. Eg har gjort greie for metodedelen steg for steg. Eg har nytta opne spørsmål i intervjuguiden, men har sett meg nødt til å stille leiande spørsmål innimellom for å komme på rett spor. Eg opplevde at ufordringar med språket gjorde at eg enkelte gonger måtte bruke ledande spørsmål for å følgje opp enkelte ting informantane fortalde. Mi eiga føreforståing, mine handlingar og erfaringar vil prege arbeidet mitt med oppgåva (Thagaard, 2013).

3.8.3 Overførbarheit

Overførbarheit handlar om resultat i ein studie kan vere relevant i andre samanhengar (Malterud, 2011, Thagaard, 2013). Thagaard (2013) peikar på at i kvalitative studiar er det ikkje alltid målet at det skal vere overførbart. Kvalitative studier handlar om erfaringar og opplevingar til personar, og desse vil variere frå person til person, og kva erfaringar og opplevingar ein får fram gjennom forskingsprosessen vil variere frå forskar til forskar (Malterud, 2011; Thagaard, 2013). Det er opp til lesaren å vurdere om ein kan kjenne seg igjen i dei tolkingane som kjem fram, og det er ein vurdering om det at ein kjenner seg igjen i resultata også gjer det overførbart (Nielsen, referert i Thagaard, 2013). Neste del i oppgåva vil ta føre seg presentasjon av funna mine.

4.0 Presentasjon av funn

Etter analysen stod det fram tre sentrale kategoriar, *anna hierarki, alltid ein framand og aldri høyrte om nynorsk eller dialekt*.

4.1 Anna hierarki

Alle informantane beskriv at dei opplever eit anna hierarki her i Noreg enn det dei er vande med frå sitt heimland. Dette går på om dei opplever at dei vert respekterte, verdsette og aksepterte som ein del av sjukepleiargruppa og sjukepleiarrolla. Alle informantane er samde om at forholdet til lege er annleis enn dei er vande med. Her kan dei snakke til legen som ein kollega, det er ikkje stor avstand mellom lege og sjukepleiar. Ein informant fortel om første møte med legevisitten som gjorde sterkt inntrykk, der lege spurde ho kva ho tenkte og kva ho syntes dei skulle gjere, det var ho absolutt ikkje vant til og det kjendes litt rart. Ein anna informant fortel også om den store forskjellen på forholdet til lege her i Noreg. Ho er vand med at det er barriere mellom sjukepleier og lege. Alle informantane seier at denne forskjellen er positiv, dei synes det er bra at forholdet til lege er så bra i Noreg.

4.1.1 Respekt

Informantane har ulike oppfatningar av om dei opplever å bli respektert. Ei av informantane seier ho blir respektert av kollegaer, leiing, pasientar og pårørande, medan dei to andre er meir usikre. Ei av informantane trur ikkje ho blir respektert av dei andre sjukepleiarane fordi ho er utanlandsk, medan den andre fortel at det ikkje er ofte ho føler ho ikkje blir respektert av kollegaer men ho føler at leiinga ikkje respekterer ho når ho blir sett til å gjere det ho kallar for assistentoppgåver. Begge opplever og at dei blir sett på ovanfrå og ned. I mitt materialet kjem det fram frå alle informantane at dei har måtte jobbe for å fortene respekt frå pasientane, og at dei no føler at dei får det. Ein av informantane forklarar det slik:

«Mange pasientar dei heldt litt avstand og aksepterte meg ikkje som sjukepleiar, det var først og fremst fordi eg var utanlandsk, etter kvart opparbeida eg meg respekt, og dei såg at eg fortente respekt».

Ein informant trekker fram eit eksempel frå ein pasient som ved fyrsteintrykket mislikte ho fordi ho er utanlandsk, men som skifta meining etter å ha blitt betre kjent med ho og sett at ho var flink. Ein av informantane forklarar dette med vise til eit eksempel:

«Ein pasient sa alltid til meg når eg kom: finn ei norsk jente. Ein gong eg og ei norsk jente stelt denne pasienten, sa pasienten fleire gonger kva han ville. Den norske jenta skjønnte ikkje kva han meinte, eg skjønnte kva han ville, men eg sa ingenting for han snakka ikkje til meg. Han snakka berre med den norske jenta, han sa det fleire gonger, men ho sa berre hæ? Hæ? Han spurde kanskje tre eller fire

gonger, den femte gongen sa eg: ja greitt, me skal gjere det etter kvart. Han såg overraska på meg og sa, skjønnte du kva eg sa. Ja eg skjønnte det frå første stund, men du snakka ikkje til meg. Eg er ikkje så dum som du trur. Då snudde han seg til meg og, eg har aldri tenkt at du er dum...han nekta alt».

To av informantane føler at dei er godt likt i personalgruppa, medan den tredje seier det er meir utvalde som ho trivast å jobbe med. Datamaterialet viser ulike opplevingar og oppfatningar av i kva grad dei opplever å bli respektert. Det som går igjen er at dersom dei opplever at pasientar ikkje respekterer dei er det enklare å takle enn om det kjem frå kollegaer. Mangel på respekt frå kollegaer opplevast som sårt og vondt.

4.1.2 Å vere «under» norske sjukepleiarar

Fleire informantar fortel at dei føler at dei er «under» dei norske sjukepleiarane. Dei fortel at dei føler at dei blir sett på som ikkje like gode av di dei er utanlandske. Ein av informantane seier:

«Eg tenkjer eg må gjere det likevel sidan eg er utanlandsk, og eg tenkjer at utanlandske sjukepleiarar er under norske sjukepleiarar»

Ein informant trekk fram at ho føler ho må gjere det ho får beskjed om frå norske sjukepleiarar sjølv om ho kanskje ikkje har tid. Informantane som har fortalt om dette tykkjer det er sørgjeleg og trist å ha det sånn, men meiner det er eit vanleg system og at liknande situasjonar også oppstår i deira heimland. I datamaterialet kjem det fram at det er vanskeleg å ha det slik. Dei synes ikkje at dei har mindre kunnskap eller erfaring, og dei føler at dei kan bidra med mykje, men dei seier ikkje noko med mindre dei blir spurt. Ein informant fortel at ho kjenner på at dei norske sjukepleiarane er viktigast:

«Eg tenkjer at det berre er sånn, kanskje det er eit vanleg system, norske sjukepleiarar er viktigast, flott med utanlandske som jobbar bra og tek ansvar, men er ikkje det same».

4.1.3 «Gjer det heller sjølv»

Alle informantane fortel om at dei fekk mykje hjelp frå kollegaer i byrjinga, dei blei ofte spurt om det gjekk bra om dei trengte hjelp og så vidare. Dei trekker fram kor imøtekommande og venlege alle har vore. Og at alle var veldig villige til å hjelpe dei i byrjinga. Men to av informantane føler no at dette har endra seg. Ein fortel om situasjonar der ho har bedt om hjelp, men fått beskjed om at ho må gjere det sjølv, dette har ho opplevd som vanskeleg. Ei av informantane beskriv det slik:

«Eg ber ikkje så mykje om hjelp, eg tenkjer eg må prøve sjølv, men eg føler meg trist når det er sånn at dei ikkje vil hjelpe meg, men kanskje det er vanleg at det er sånn, kanskje berre eg som tenkjer...»

Ein anna informant fortel om at då ho fyrst kom, opplevde ho mykje støtte frå kollegaer men motstand frå pasientane, etter ei tid opplever ho at dette no har snudd og er no motsett. Ein

informant seier at det er så godt at alle her er på same nivå og støttar kvarandre, ein blir ikkje utstøtt og straffa dersom ein ikkje har gjort alt ein skal, ein blir heller møtt med forståing og støtte. Dette tykkjer ho er veldig bra og det har gjort at ho jobbar roligere og ikkje føler på så mykje stress og press på jobb. Ein av informantane seier:

«Her i Norge er de opptatt av at alle er på same nivå»

Ein informant fortel mykje om at ho kjenner på at ho må gjere meir og gjere alt sjølv fordi ho er utanlandsk. Ho fortel om at ho ikkje klarar å sei til andre at dei må gå å gjere ting eller at dei ikkje kan gå å ta pause no, då gjer ho heller alt sjølv, sjølv om det blir veldig travelt. Ho føler at ho ikkje kan sei til dei at dei må gå å gjere ting fordi dei har jobba på sjukeheimen lenger enn ho og av di ho er utanlandsk. I mitt materiale er det to av informantane som fortel at dei ikkje klarar å gi beskjed, dei føler på at dei ikkje kan sei til andre at dei gjer feil eller bør gå å gjere det eller heller gjere slik. Ein informant kjenner på at det er fordi ho er utanlandsk, medan den andre trekkjer fram at det no er meir slik ho er som person, men at det er vanskeleg å skulle seie noko når ho ikkje alltid føler at folk vil høyre på ho. To av informantane fortel om kulturelle forskjellar som gjer at dei jobbar så fort. Det er det dei er vande med, det er slik dei er oppdratt, og eine har tankar om at dette kan misforståast. At ho gjer det for å vise seg eller skal gjere alt sjølv, men det er absolutt ikkje det ho tenkjer, dei er vande med at det er slik det skal vere, og dei seier begge at det er vanskeleg å leggje dette frå seg.

4.1.4 Kjensla av å vere pleieassistent

Alle informantane fortel om sjukepleierrolla som er så annleis enn dei er vande med, her må sjukepleiarane gjere alt og er ein del av daglege gjeremål på lik linje med andre yrkesgrupper. Ein av informantane peiker på at ho er meir som ein pleieassistent enn sjukepleiar, og at ein ikkje treng vere sjukepleiar for å jobbe på sjukeheimen. Ho fortel at sjukepleiarane burde gjere meir fagoppgåver, og ho tenkjer mykje på at ho gløymer mykje av det ho kan. Eksempel som blir trekt fram er at ein må lage mat, køyre buss og liknande, ein informant fortel at ho vart overraska at etter fire års utdanning så må ho gjere slike oppgåver. Nokre av informantane fortel om pasientar og pasientgrupper som ikkje bør stellast av assistentar eller som har prosedyrar som berre bør utførast av sjukepleiarar, men som no blir utført av andre yrkesgrupper. Informantane fortel om at sjukepleiarane har mykje ansvar, ein deltakar synes ho har for mykje ansvar og ho synes at andre yrkesgrupper bør ta meir ansvar. Informantane trekk fram at dei ikkje er vande med hjelpepleiar som yrkesgruppe, dei er vande med sjukepleiar og assistent, og ein informant fortel at ho ikkje kjenner til hjelpepleiarutdanninga og dermed er usikker på kva ho kan forvente eller kva prosedyrar og liknande det er greitt at dei har ansvar for.

4.2 Alltid ein framand

Nokre av informantane kjende på å vere frå eit anna land, dei opplevde å bli førehandsdømde. Det var utfordrande å forstå norsk. Og etter nokre situasjonar sat dei igjen med kjensla av å aldri bli god norsk, aldri god nok og at ein ikkje passar inn. Nokre opplever at det er vanskeleg å få venner. Og informantane kjenner seg som ein framand.

4.2.1 Aldri bli norsk

Ei av informantane fortel om kjensla av å ikkje vere god nok av di ho kjem frå eit anna land, samtidig tykkjer ho ikkje dette er så tungt for ho har likevel familien sin. Men ho kjenner på mange blikk frå andre, og ein informant fortel at ho kjenner på at dersom ho gjer noko feil så tenkjer folk at det er fordi ho er frå eit anna land. Ein informant fortel om korleis det er å aldri skulle bli norsk. Ho kjenner på ho alltid skal vere ein framand, å aldri liksom heilt nå opp, å aldri bli norsk. Dette var tungt i starten, men no tenkjer ho ikkje over det lenger. Informanten forklarar det slik:

«Men første inntrykk når du kommer, å du liksom du er dømt du er ikkje god nok fordi du er ikkje norsk».

Dette kjem og fram i eit eksempel ein informant fortel om:

«Det var ein pasient som eg var til for første gong. Det var noko eg måtte gjere som ingen andre kunne, eg hugsar ikkje heilt kva det var. Pasienten var på rommet og hadde pårørande på besøk. Eg sa eitt ord til ho, så såg pasienten på meg også på pårørande å så sa pasienten til pårørande: Ho er ikkje norsk».

Ein informant fortel at det ikkje plagar ho, fordi ho er ikkje norsk og kjem aldri til å bli det.

Informanten fortel at ho føler at ho er blitt meir modig, og dersom det kjem kommentarar på at ho ikkje er norsk så bekreftar ho dette og opplever det ikkje lenger som noko negativt. I mitt materialet kjem det fram at ein informant opplever å få kommentarar på at ho er så snill, ho er så unorsk, dette opplever ho som positivt.

4.2.2 Manglar gode venner

To av deltakarane kjenner på kjensla av å stå utanfor, dei har opplevd at folk sluttar å helse på dei, og ein uttrykker at ho manglar gode venner noko ho saknar. Ein informant forklarar det slik:

«Eg manglar gode venner, saknar det, men det er kanskje fordi eg ikkje snakkar så godt norsk.»

Ein informant fortel at ho hadde eit anna forhold til kollegaene sine heime, at dei snakka meir om private ting på jobb og kjende kvarandre svært godt. Medan ho opplever her at ein ikkje omgås så mykje på fritida, ein jobbar og så går ein heim kvar til sitt. Dei norske opplevast som meir

innestengde, og dersom dei er fleire i eit rom snakkar dei norske oftast til dei norske. Nokre av informantane fortel at dei synes det er lettare å snakke med andre utanlandske, då er det ikkje så nøye om dei ikkje snakkar perfekt norsk.

4.3 Det var nynorsk, det var dialekt

Den tredje kategorien som stod fram i materialet handlar om nynorsk og dialekt. Alle informantane hadde vore på norskkurs før dei byrja jobbe i Noreg, men hadde berre lært bokmål og var heller ikkje førebudde på dialekt. Dei hadde aldri høyrte om verken nynorsk eller dialekt.

4.3.1 Eg skjønnte ingenting

Informantane trekkjer fram språk som noko som var ekstra utfordrande, men samstundes var dei førebudde på at dette kunne bli vanskeleg. Ein informant fortel at ho visste det kom til å bli vanskeleg og ho var førebudd på at ho måtte stå på ekstra for å lære språk, men nynorsk og dialekt var likevel nytt for ho. Alle informantane trakk fram kor vanskeleg det var med dialekta i starten. Dei var ikkje førebudde på verken nynorsk eller dialekt, norskkursa dei hadde vore på handla berre om bokmål. To av informantane fortalte at dei aldri hadde høyrte om nynorsk. Eine informant fortel at ho var svært skuffa fordi ho hadde gjort det godt på testar på kurset, både skriftleg og munnleg. Men når ho kom til sjukeheimen skjønnte ho ingenting. Ho opplevde at ho måtte få fortalt mykje på engelsk. Ein informant forklarar det slik:

«Nynorsk og dialekt, eg lærte berre bokmål, eg høyrde ikkje nynorsk. Når eg kom hit, eg skjønnte ikkje eitt ord.»

Pasientgruppa på sjukeheim gjorde det også ekstra vanskeleg, informantane fortel om gamle som snakkar veldig brei dialekt, som ikkje har tenner eller andre utfordringar som gjer talen ekstra utydeleg. At det stadig kjem nye pasientar og pårørande å forholde seg til, gjerne med andre dialektar og talemåtar gjorde det også ekstra utfordrande.

4.3.2 Begrensingar

Informantane fortel at språket begrensar dei på enkelte område, ein fortel at ho berre vil jobbe på sjukeheim og ikkje sjukehus fordi det er vanskelegare å forstå alt på sjukehus. Alle informantane tykte at deira tidlegare erfaring gjorde at dei kunne observere pasientane og hjelpe dei, men kommunikasjonen var utfordrande. Informantane fortel om situasjonar der dei må snakke med lege eller pårørande i telefonen som opplevast som spesielt utfordrande. Ein informant fortel at det fører til stort stress når ho må snakke i telefon. Kjensla av å ikkje forstå alt var sterk for informantane, og den eine fortel at ho var mykje redd, i starten var ho litt redd heile tida. Ein informant forklarar det slik:

«Eg var redd viss eg måtte snakke med familie eller lege, eller kontakte lege».

Informanten fortel at ho må tenkje så mykje heile tida, og at ho blir veldig sliten av å vere så konsentrert heile tida. Informantane seier at det går betre med språket etter kvart, men det kjem alltid nokon nye pårørande som snakkar fort, eller ein telefonsamtale dei må ta. Ein informant trekk også fram situasjonar der dei treffer på legar som er svenske eller danske. Informantane fortel at dei blir redde i situasjonar der dei ikkje forstår alt, men at dei har fått mykje hjelp av kollegaer. Men alle informantane er samde om at nynorsk og dialekt har gjort overgangen til å jobbe i Noreg ekstra utfordrande. Ein av informantane fortel at det er så viktig å lære seg språket, fordi på jobb så er det eit sjukt menneske i sentrum, ho blir irritert viss ho ser at andre utanlandske sjukepleiarar ikkje har lært seg norsk godt nok før dei kjem. Informanten fortel at ho meiner at ein sjølv har ansvaret for at ein forstår og at ein jobbar for å forstå betre å lære seg språket. Informantane fortel at det tok litt tid før dei kjende seg trygge, ein informant fortel at ho brukte nokre år før ho følte seg trygg som sjukepleiar i Noreg.

5.0 Diskusjon

I denne delen skal eg drøfte mine funn opp mot teori og tidlegare forskning. Eg skal drøfte korleis det er å jobbe i eit anna hierarki, korleis det er å alltid vere ein framand og utfordringar med språket. Kva gjer det med ein når rolla ein er vand med er annleis dit ein kjem, når ein blir sett på som ein framand berre fordi ein kjem frå eit anna land og når ein rett og slett ikkje forstår kva som blir sagt? Kva seier mine funn i forhold til teori og tidlegare forskning?

5.1 Eit uformelt hierarki

Funna mine syner at alle informantane erfarer eit anna hierarki her i Noreg enn det er vande med heime. Dette handlar om at det er eit flatare hierarki her, og dei opplever at forholdet til lege og leiing er mykje betre og meir uformelt. Å komme frå ein stad der hierarkiet er meir fastsett, og så til Noreg der ein har flatare hierarki (Roddvik, 2010), er ifølgje funna mine godt og ein informant fortel at ho jobbar med mindre stress. Dette er i tråd med andre studiar som syner at dette også er tilfelle andre stader, og sjukepleiarane opplever det positivt at ein kan snakke med lege og jobbe meir sjølvstendig (Magnusdottir, 2005; Tregunno et. al. 2009). Men sjølv om informantane i min studie fortel om eit hierarki som er flatare og som gjer det lettare å jobbe og forholde seg til leiing og legar, fortel dei også om eit anna hierarki. Eit hierarki der dei er under dei norske sjukepleiarane, og det er det og korleis dei opplever å bli respektert som står fram som det viktigaste i denne kategorien.

5.1.1 Om å vere under andre sjukepleiarar og respekt

Informantane i min studie erfarer at dei ikkje blir akseptert på lik linje med dei norske, og at dei ikkje blir inkludert på same måten som norske sjukepleiarar. Dette er noko dei opplever som trist og sårt, men samstundes har dei akseptert at det er berre slik det er. Liknande funn kjem også fram i anna forskning. Sjukepleiar frå ulike land opplever at dei ikkje blir sett på som like dyktige eller at dei føler seg respektert med den kompetansen og fagkunnskapane dei har (Allan & Larsen, 2003; Seeberg & Dahle, 2005; Tregunno et. al. 2009; van Riemsdijk, 2006). Samstundes kjem det fram i mine funn at informantane har noko ulik oppfatninga av om dei får respekt eller ikkje, og kjensla av å vere under dei norske er ikkje like framtrudande for alle informantane. Men dei som føler at dei er under dei norske, fortel og om liknande episodar frå heimlanda sine med sjukepleiarar som kom dit frå andre land for å jobbe. Sjølv om dei fortel at dei har akseptert at det er sånn, og ei seier at kanskje det berre er vanleg system at det er slik. Seier informantane også at det er sårt og trist. For dei har jo mykje kunnskap som dei gjerne vil bruke og dele. Men dersom dei ikkje blir spurt, så seier dei heller ikkje noko. Tidlegare forskning og viser at sjukepleiarane kjenner på at kunnskapen deira ikkje blir verdsatt, og at kollegaer ser på dei ovanfrå og ned (O'Brien, 2007; Tregunno et. al., 2009; Wheeler, et. al., 2013b). Samstundes er det viktig å trekkje fram at ikkje alle informantane i studien min kjende

på dette, og dei som kjende på det opplevde det ikkje frå alle kollegaer, berre frå enkelte. Det er likevel viktig å fokusere på dette, då ein informant også opplevde at folk forandra måten dei oppførte seg mot ho, og etterkvart slutta dei faktisk å helse på ho.

I funna mine er det ulike oppfatningar frå informantane om dei blir respektert som sjukepleiarar eller ikkje. To føler dei frå respekt får pasientar, kollegaer og pårørande, medan ei trur ho ikkje får respekt frå dei norske sjukepleiarane. Ho føler heller ikkje at ho får respekt frå dei andre yrkesgruppene på sjukeheimen, og ho kjenner på at ho ikkje kan komme her og fortelje dei andre kva dei skal gjere. Difor ender ho opp med å gjere alt sjølv, og å gjere meir fordi ho kjenner på at ho må gjere meir sidan ho er utanlandsk. Også tidlegare forskning viser til slike funn. Van Riemsdijk (2006) trekker fram ein av sjukepleiarane frå Polen som føler ho må jobbe meir og gjere meir for å bevise at ho faktisk kan. Å heile tida måtte bevise at ein faktisk kan, å måtte gjere meir enn sine kollegaer fordi ein er utanlandsk, er også noko som går igjen i tidlegare forskning (Allan & Larsen, 2003; O'Brien, 2007; Smith et. al., 2007). Ho føler det er for mykje ansvar på sjukepleiarane, og synes andre yrkesgrupper bør ta meir ansvar. Der ho kjem frå jobba ho berre med andre sjukepleiarar, og rolla som sjukepleiar opplevdes annleis, enn den gjer her. Eit døme på at dei ulike rollene kan skape konflikter og utfordringar kan vere der sjukepleiarane fortel at dei opplever å ikkje få hjelp når dei treng det.

Eksempel som har vore trekt fram har vore når sjukepleiarane har bedt om hjelp til å ringe legevakt, då dei synes det er utfordrande å snakke i telefonen på grunn av språket. Dei har spurt hjelpepleiarar om hjelp, men fått beskjed om at dei må gjere det sjølve. Informantane har her oppfatta dette som at dei ikkje vil hjelpe fordi dei er utanlandske, og at dei etter ei stund må klare dette sjølve. Slik eg tolkar og ser det kan dette handle om ulikheit i sjukepleiarrolla. Det kan tenkjast at hjelpepleiarane ser på å ringe legevakt som ei sjukepleiaroppgåve, og forventar difor at sjukepleiarane gjer dette sjølve. Seeberg (2007) dreg fram at forholdet mellom sjukepleiarar og hjelpepleiarar ofte kan vere prega av hierarkiet, då sjukepleiarar på bakgrunn av utdanning er plassert høgare i hierarkiet, medan yrkesgruppene sine syn på kva som trengst for å utøve god pleie og omsorg er ulike og at det difor kan oppstå konflikt. Samstundes kan ein undrast over om ein norsk sjukepleiar også hadde fått beskjed om å gjere det sjølv, eller om dei hadde blitt møtt på ein anna måte?

5.1.2 Same nivå gir meir støtte frå kollegaer?

Ein informant trekker fram at ein her i Noreg er opptekne av at alle er på same nivå, og ein blir ikkje støtt ut eller straffa dersom ein gjere noko feil, ein får heller støtte og forståelse for at det er slik. Dette funnet er både likt og ulikt frå anna forskning eg har funne. Sjukepleiarar som har komme til England frå asiatiske og afrikanske land opplever at feil blir blåst stort opp, og dei kjenner på at dei blir konstant observert og at ein følgjer med på kva dei gjer (Obrey et. al., 2007; Allan & Larsen,

2003). Det er viktig å trekkje fram at sjukepleiarane i Obrey, Vyoelingum og Robbins (2007) sin studie var frå etniske minoritetsgrupper, og at sjukepleiarane som følte feil vart blåst stort opp kom frå asiatiske og afrikanske land, og det kjem fram i forskinga at dei følte at hudfargen deira hadde mykje å seie for korleis dei vart behandla, og føler at dei opplevde rasisme. Desse funna blir difor noko annleis enn mine der alle sjukepleiarane var kvite, og hudfarge og rasisme slik sett aldri var eit tema. Samstundes kan ein trekkje parallellar, då informantane i min studie likevel følte seg framande og ikkje like gode til tross for same hudfarge. Allan og Larsen (2003) trekk fram at diskrimineringa opplevd av sjukepleiarane handlar om både kultur, farge og rase. Enkelte av deira informantar meiner det berre handlar om hudfarge, medan andre trekk fram dette med kultur.

Diskriminering handlar om ulike ting, og forskjellsbehandling kan komme av ulike faktorar (Seeberg, 2007). Seeberg (2007) peikar på at rasisme og diskriminering er like omgrep og blir brukt mykje likt, men rasisme handlar om forskjellsbehandling på bakgrunn av til dømes hudfarge. Magnusdottir (2005) sine funn støttar opp under mine funn med sjukepleiarar som også opplever å få støtte og forståing når det har skjedd ein feil, og dei opplever denne meir uformelle kulturen som positiv då dei jobbar under mindre stress, men dei stiller også spørsmål til kvaliteten på pleie og behandlinga når det er ein slik kultur der ein tek lett på det (Magnusdottir, 2005). Då mange sjukepleiarar kjem frå land som har strenge retningslinjer, og ein kultur der det ikkje er akseptert å gjere feil eller å tenkje mykje på eiga hand og jobbe sjølvstendig, opplever dei det som vanskeleg at det ikkje alltid var så mange retningslinjer og prosedyrar, men sjølv der det var, var det svært ulikt frå person til person korleis desse vart følgt (Magnusdottir, 2005).

5.1.3 Sjukepleiarar må utføre assistentoppgåver

Informantane kjem frå land der dei er vande til ei anna sjukepleiarrolle, andre rutinar og eit anna hierarki. I Noreg er ein oppteken av heilheitleg sjukepleie, det vil seie at sjukepleiar utfører stell og hjelper pasientane på toalettet på lik linje med hjelpepleiarar og assistentar (Hillestad, 2012). Dette blir sett på som ein viktig del av sjukepleia og ein gjer mange observasjonar i slike situasjonar (Hillestad, 2012) I fleire andre land er slike oppgåver assistentoppgåver (Hillestad, 2012; O'Brien, 2007). Kva gjer det med sjukepleiarane som kjem frå ei rolle der desse oppgåvene blir sett på som assistentoppgåver, når det no blir forventa at dei skal gjere desse oppgåvene? I mitt materiale er det informantar som reagerer på dette. Dei fortel at dei føler seg meir som pleieassistentar enn sjukepleiarar, og kjenner seg ikkje respekter av leiinga når dei må bruke utdanninga si til å utføre assistentoppgåver. I deira heimland er det assistentar som steller og utfører desse oppgåvene. Også anna forskning viser til sjukepleiarar som reagerar på at dei må utføre oppgåver dei ser på som assistentoppgåver (Allan & Larsen, 2003; O'Brien, 2007).

Ein av informantane er redd ho skal gløyme så mykje av det ho kunne, av di ho gjer så lite slike sjukepleieoppgåver her. Gjennom materialet ser ein forskjell i utalelsane til informantane etter kor lenge dei har vore i Noreg. Informantane som har vore kortast reagerer meir på dette enn dei som har vore lenger. Det kan tenkjast at dei som har vore lenger er meir vant til at det er slik, og at dei har akseptert situasjonen som den er. Hillestad (2012) peikar på at det er den heilheitlege pleia som er i fokus i Noreg, og det er vanleg på sjukeheimar i Noreg at også sjukepleiarar utfører alle oppgåver. Samstundes reagerer også dei informantane som har vore lengst på at det er oppgåver som berre bør utførast av sjukepleiarar og ikkje assistentar og hjelpepleiarar.

5.2 Alltid ein framand

Sjukepleiarane i min studie fortel at dei opplever å alltid vere ein framand. Dei fortel om å alltid vere den framande, og føler seg i enkelte situasjonar utanfor, og ei trekker fram at ho manglar gode venner. Dette saknar ho, og ho opplever at det er vanskeleg å bli skikkeleg kjent med nordmenn.

5.2.1 Sakn etter venner

Funna mine syner at nokre av informantane saknar vener her i Noreg. Anna forskning viser og til liknande funn, sjukepleiarar som har komme til andre land for å jobbe, opplever å føle seg som ein framand (Allan, H & Larsen J.A. 2003; Magnusdottir, 2005; Tregunno et. al., 2009). Også Magnusdottir (2005) viser til sjukepleiarane sine kjensler av å vere utanfor, å vere den framande. I hennar studie kjem det også fram at sjukepleiarane som kom til Island hadde eit sterkt behov for å få venner frå Island, men at dette var vanskeleg. Det opplevdes veldig sårt og eit stort sakn. Som mine funn viser også Magnusdottir (2005) til at noko av årsaken til det kan vere språk og kommunikasjonsproblem. Det som er viktig å stille spørsmål til ved dette funnet i min studie er at det berre var ein av informantane som la vekt på dette med at ho sakna venner. Dette er likevel eit funn som eg valte å ta med og trekkje fram som viktig, men ein kan stille spørsmål ved kor gjeldande dette funnet er når berre ei har trekt det fram. Samstundes har eg ope spurt om deira erfaringar, og sjukepleiarane sjølv har valt kva erfaringar dei synes er viktig å trekke fram og formidle til meg. Og det har gjennom heile prosessen vore viktig for meg, at dei erfaringane som dei har trekt fram og snakka om verkeleg blir gjort synlege og vist til i resultatata og oppgåva. Ved å gå så ope ut som eg gjorde i intervjuguiden og med problemstillinga, vil eg komme opp i slike situasjonar der ein står med funn som opplevast som viktige, men som er trekt fram berre av ein informant. Ein kan stille spørsmål ved om eit utval på berre tre informantar viser ein breidde og ulike nyansar på ein god nok måte, men kvalitative studiar handlar om enkeltpersonar sine erfaringar og korleis dei opplever det og ikkje noko som skal kunne generalisert og nødvendigvis må kunne overførast til andre (Thagaard, 2013). Når også anna forskning viser til same resultat frå eit større utval, støttar dette opp under at det er eit viktig funn å ta med. Informanten som kjende på at ho ikkje hadde venner, fortel og om at

nordmenn er vanskelegare å bli skikkeleg kjent med, og at ho hadde mykje kontakt med kollegaer heime også på fritida. Her i Noreg er det ikkje slik.

Ein informant fortel om sagn av gode venner i Noreg, ho opplever det som trist å ikkje ha gode venner. Anna forskning fortel om liknande opplevingar, sjukepleiarar som føler seg einsame og isolerte (Allan og Larsen, 2003). Spesielt sjukepleiarar som ikkje har familien sin i det landet dei jobbar, kjenner på einsemd og kjensla av å vere isolert (Allan & Larsen, 2003). Det er ulikt korleis sjukepleiarane opplever å føle seg isolert. Nokon føler seg isolert på jobb, men er sosiale utanom jobb og tykkjer dei har det bra. Medan andre opplever kulturen så forskjellig at dei ikkje klarar å vere sosiale i dei settingane som er aktuelle (Allan & Larsen, 2003). Dalgard og Døhlie (1995) peikar på at eit sosialt nettverk er viktig for den mentale helsa vår, spesielt er det viktig med eit slikt nettverk ved flytting til eit nytt land. Dersom ein har god sosial støtte er ein betre rusta til å handtere dagleglivet og ulike hendingar i livet, venner kan vere ein slik viktig støtte (Dalgard & Døhle, 1995). Det er i følgje anna forskning viktig å ha nokon å betru seg til (Båtsrand & Valsø, referert i Thorsen, 1990). Magnusdottir (2005) peikar på at ein av hennar informantar fortel om at tida utan ein «sjelevenn» var den tyngste tida på Island. Også sjukepleiarar som kom til USA opplevde å føle seg isolerte privat, på grunn av at folk ikkje kjende til kulturen deira og såg på dei som annleis (Wheeler, et. al., 2013b). Sjukepleiarar som hadde innvandra til Storbritannia fortel også om kjensla av å vere isolert, spesielt dersom dei var einaste innvandra sjukepleiar på ein liten plass eller til dømes sjukeheim (Smith, et. al., 2007).

5.2.2 Å aldri bli norsk

I mine funn kjem det fram at det opplevast som ein aldri blir norsk nok, og difor heller aldri blir god nok. Seeberg (2007) viser til eksempel der utanlandske sjukepleiarar som var norske nok vart meir akseptert enn andre. Dersom ein «fornorskar» seg passar ein betre inn på sjukehuset, medan det var meir akseptert å vere annleis på sjukeheimen (Seeberg, 2007). Funna mine viser at ein informant er stolt av at ho ikkje er norsk, ho ynskjer ikkje å bli norsk heller. Men treng ein vere så norsk for å kunne gjere ein god jobb? Kan ein ikkje bli akseptert for den ein er om det er frå det eine eller andre landet. Eller skremmer det oss at nokon tør å vere annleis og stikke seg ut? Nokon som utfordrar våre måtar å tenkje på, våre måtar å jobbe på og våre måtar å sjå sjukepleie på. Utanlandske sjukepleiarar tek med seg nye erfaringar og eit mangfald som kan bidra positivt på arbeidsplassen (Newton et. al. 2012). I funna mine kjem det fram at sjukepleiarane føler at dei har mykje kunnskap, og føler seg like flink som dei norske. Men likevel opplever dei at pasientar ved førsteinntrykk dømmar dei fordi dei kjem frå eit anna land. Det kjem også fram at pasientane aksepterer dei etter ei stund, når dei ser at dei kan jobben sin. Også tidlegare forskning viser til at sjukepleiarane opplever at dei må fortene respekten frå pasientane (Magnusdottir, 2005; Tregunno. et. al., 2009).

5.3 Nynorsk og dialekt er utfordrande

Informantane i studien min fortel om at nynorsk var eit sjokk, dei hadde aldri høyrte om det. Dei var ikkje førebudde på nynorsk og dialekt, men hadde berre lært bokmål. Sjukepleiarane i studien fortel at dei ikkje skjønnte noko, det var svært utfordrande og krevjande med nynorsk og dialekt.

5.3.1. Å ikkje skjønne kva som blir sagt

I Noreg er det mange ulike dialekter og det er to skriftspråk, men informantane mine har på dei norsk kursa dei har vore på berre lært bokmål. Språk er ein vesentleg del av kommunikasjonen, men det er også andre deler ved kommunikasjon enn berre språk (Hillestad, 2012). Funna mine viser at nynorsk og dialekt, gjorde det ekstra vanskeleg i starte. Det kjem fram i funna mine at ein informant ikkje skjønnte noko då ho først byrja å jobbe, fordi ho var ikkje førebudd på dialekt og nynorsk. Informanten var så skuffa fordi ho hadde gjort det godt på språkkurset, men då ho byrja å jobbe på sjukeheimen skjønnte ho ikkje eitt ord. Funna mine viser at utfordringar med nynorsk og dialekt var så utfordrande at ein informant tenkte på å reise heim igjen kvar dag den første tida, men så opplevde ho etter kvart at det gjekk seg til. Men å forstå så lite i byrjinga opplevde informantane som skremmande og dei fortel at dei har vore redde. Ei seier ho var litt redd heile tida. Redd for at det skulle oppstå ein situasjon der ho ikkje ville forstå, det kunne vere telefonsamtalar, nye pårørande som ho ikkje kjende og som snakka fort. Vikarlegar frå Sverige eller Danmark, andre sjukepleiarar på jobb som hadde andre dialekter eller som også kom frå andre land gjorde ting ekstra komplisert. Men funna mine viser at informantane er alle samde om at dei hadde problem med å forstå dialekt og nynorsk ikkje var problem med pasientane, dei kunne fortsatt forstå kva dei ville og dei kunne gjere viktige observasjonar sjølv om dei ikkje forstod alt. Dette vert og bekrefta gjennom anna forskning (Allan & Larsen, 2003; Hillestad, 2012).

Ein av informantane trekker fram dette med at det psykiske er så mykje viktigare her enn det ho er vand med, og ho måtte tenkje annleis enn tidlegare, og det kravde ein del omstilling. Alle informantane fortel om at dei opplever å få respekt frå pasientane etter ei stund, altså har pasientane akseptert og respektert dei når dei har sett at dei kan jobben sin. Roddvik (2010) trekker fram eksempel frå ein avdelingsleiar som gir uttrykk for at ein godt kan utøve god pleie og omsorg sjølv om ein ikkje kan språket så godt, det er ikkje nødvendigvis det det kjem an på. Personlege eigenskapar og personlegheit har vel så mykje å sei, som korleis ein beherskar språket (Roddvik, 2010). Det kjem også fram frå Roddvik (2010) i eit anna eksempel, kor viktig det er med gode språkkunnskapar for ein sjukepleiar for å forstå viktige ting i jobben.

Ein anna avdelingsleiar trekker fram at det er uverdige for eldre menneske å skulle få pleie frå nokon som ikkje kan kommunisere med dei (Roddvik, 2010), og peikar på kor viktig det er med fokus på gode språkkunnskapar når ein tilset nokon. Ein av informantane i materialet mitt peikar også på kor

viktig det er med gode språkkunnskapar, og seier ho har jobba mykje med språket, men at ho alltid føler på at ho må jobbe meir med det. Ho fortel at språket er så viktig sidan det i sentrum står eit sjukt menneske. Alle informantane er klar over at dei har utfordringar med språket, men er bevisste på det. Magnusdottir (2005) peikar på at sjukepleiarane som hadde problem med språket, opplevde det som at dei var på nivå med eit barn, og at dei kjende på at dei var redde for at feil på grunn av språket skulle gå utover sikkerheita til pasientane.

5.3.2 Stressa og redd

Materialet mitt viser at dette med å snakke i telefonen er spesielt utfordrande og noko sjukepleiarane grudde seg for. Magnusdottir (2005) peikar og på at sjukepleiarane er redde for telefonen, også Seeberg (2007) viser til eit eksempel der ein utanlandsk sjukepleiar har problem med å gjere seg forstått å komme igjennom til rett avdeling på telefonen. Begge forfatarane har kome fram til mykje likt i sine studiar, men der Magnusdottir (2005) har gjort berre intervju, har Seeberg (2007) gjort eit feltarbeid i tillegg til intervju, denne episoden Seeberg (2007) har trekt fram er ein observasjon og har ikkje kome fram i eit intervju frå sjukepleiaren sjølv og det er difor usikkert korleis det opplevdes for sjukepleiaren sjølv. Medan Magnusdottir (2005) viser til at sjukepleiarane sjølv fortel at dei er redde for telefonen, og at det tok dei fleire år å bli komfortabel med å snakke i telefonen. I mitt materialet kjem det fram at ein sjukepleiar vart stressa når ho måtte snakke i telefonen, og spesielt når ho måtte kontakte lege via telefon.

Auka stress og kjensla av å vere litt redd heile tida blir også trekt fram av informantane mine på grunn av at dei opplever å ikkje forstå alt. Informantane fortel at dei er ekstra slitne etter ein dag på jobb av di det blir så ekstra stress og slitsamt å jobbe så hardt for å forstå heile dagen. Magnusdottir (2005) og Tregunno et. al. (2009) viser til at sjukepleiarane blir ekstra slitne av å måtte konsentrere seg heile dagen for å forstå. Også mine informantar fortel om dette, ei fortel at ho er konsentrert heile tida, alle timane ho er på jobb er ho konstant konsentrert. Ho må tenkje heile tida for å forstå, for å ordleggje seg og for å skrive. Forskinga til Magnusdottir (2005) og Tregunno et. al. (2009) skil seg ein del ved kvar dei er utført, begge er frå sjukehus, men eine på Island der dei har eitt hovudspråk, den andre i Canada der det er fleire språk som gjorde språksituasjonen ekstra utfordrande for sjukepleiarane som kom dit for å jobbe. Noreg har eitt hovudspråk, men to skriftspråk og fleire ulike dialekter har gjort utfordringane med språket ekstra store for informatane i studien min.

6.0 Konklusjon

Eg har i denne oppgåva prøvd å svare på korleis innvandra sjukepleiarar erfarer å jobbe på sjukeheim i Noreg. Eg vil her avslutningsvis trekkje konklusjonar og peike på aktuelle problemstillinga for vidare forskning, samt komme med anbefalingar for framtidig praksis. Studien viser at det er fleire ting som blir trekt fram, men det er tre hovudtema som det har blitt fokusert på i oppgåva. Dei tre hovudtemaene som informantane i studien erfarer er eit anna hierarki, at dei alltid vil vera ein framand og utfordringar med dialekt og nynorsk. Sjukepleiarane har delt sine erfaringar, og fortalt om kjensla av å vere i ei anna sjukepleiarrolle enn dei var vande med heime frå. Både positive og negative sider ved dette har kome fram. Dei har fortalt om at det er godt å vere på same nivå å kunne snakka med lege og leiar som vanlege kollegaer, men også om kjensla av å vere under dei norske. At dei føler på at dei ikkje er like god, fordi dei ikkje er norske. Og at dei kjenner det som dei alltid vil vera ein framand. Utfordringar med dialekt og nynorsk har kome fram i materialet. Informantane har fått komme med sine erfaringar og fått trekkje fram det dei sjølve har opplevd som viktig. Og eg har med den framgangsmåten belyst sjukepleiarane sine erfaringar, slik dei opplever det og slik dei vektlegg erfaringane sine gjennom oppgåva. Oppgåva har med det vore med på å auke forståinga for korleis det er for innvandra sjukepleiarar å jobbe på sjukeheim i Noreg.

Aktuelle problemstillingar som kunne vore interessante å jobbe vidare med er å vinkle det litt annleis. Korleis opplever ein å jobbe i eit fleirkulturellt miljø på sjukeheim, å då høyre frå alle sjukepleiarar både innvandra sjukepleiarar og også norskfødde sjukepleiarar. For å få det litt frå begge sider, og lettare sjå kva ein kan jobbe med for å gjere arbeidsdagane i eit fleirkulturellt miljø best mogeleg. Eg tenkjer det kan vere aktuelt å utarbeidet eit opplegg for innvandra sjukepleiarar som kjem for å jobbe i min eigen kommune, eit opplegg som gjer overgangen lettare og som kan forsøke å fremje at sjukepleiarane føler seg akseptert og ein del av sjukepleiargruppa.

Referansar

- Aadland, E. (2011). «Og eg ser på seg» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag (3 utg.)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aboderin, I. (2007). Contexts, motives and experiences of Nigerian overseas nurses: understanding links to globalization. *Journal of clinical nursing*, 16(12), 2237–2245. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01999.x
- Allan, H & Larsen J.A. (2003) “We need respect”: experiences of internationally recruited nurses in the UK. (Royal College of Nursing rapport). Henta frå http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/78587/002061.pdf
- Båtnes, P.I. (2012). Hvilken flerkulturell forståelse? I P.I. Båtnes, & S. Egden (Red.), *Flerkulturell forståelse i praksis*. (s.19-52). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P.G. & Røvik, K. A. (2010). *Organisasjonsteori for offentlig sektor (2.utg.)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalsgard, O. S. & Døhlle, E. (1995). Innvandring, sosiokulturell integrasjon og psykisk helse. I O. S. Dalsgard, E. Døhlle & M. Ystgaard (Red.), *Sosialt nettverk, helse og samfunn*. (s.86-107). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten*. (s. 219-236). Oslo: Gyldendal.
- Hillestad, A.H. (2012). Sykepleie – en universell kategori? I P.I. Båtens & S. Egden (Red.), *Flerkulturell forståelse i praksis* (s. 161-168). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hillestad, A. (2013). Tverrkulturelt samarbeidsprosjekt om kvalitetsutvikling i sykehjem. I Å. Bergland & I. Moser (Red.), *Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre*. (s. 156-168). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Magnusdottir, H. (2005). Overcoming strangeness and communication barriers: A phenomenological study of becoming a foreign nurse. *International Nursing Review*. 52(4), 241-316. doi: 10.1111/j.1466-7657.2005.00421.x
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning (3 utg.)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moyce, S., Lash, R. & de Leon Siantz, M. L. (2015). Migration Experiences of Foreign Educated Nurses: A Systematic Review of The Literature. *Journal of Transcultural Nursing*, DOI: 10.1177/1043659615569538.
- Newton, S., Pillay, J. & Higginbottom G. (2012). The migration and transitioning experiences of internationally educated nurses: a global perspective. *Journal of Nursing Management*, 2012(20), 534-550. Henta frå <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/j.1365-2834.2011.01222.x/>
- Obrey, A., Vyolelingum, V & Robbins, I., (2007). Engaging with a new reality: experiences of overseas minority ethnic nurses in the NHS. *Journal of clinical nursing*. 16(12), 2221–2228. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02080.x
- O'Brien, T (2007) Overseas nurses in the National Health Service: a process of deskilling. *Journal of Clinical Nursing* 16(12), 2229–2236. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02096.x
- Roddevik, V. (2010). *Flerkulturelle arbeidsplasser. En veiviser*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Seeberg, M.L. & Dahle, R. (2005). «Det er kunnskapene mine dere trenger, ikke språket mitt» *Etnisitet, kjønn og klasse ved to arbeidsplasser i helse og omsorgssektore* (NOVA rapport 24/05). Henta frå http://www.reassess.no/asset/1357/1/1357_1.pdf
- Seeberg, M.L. (2007). *Velferdsstaten møter verden. Arbeidsplasser i endring*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Seeberg, M.L. & Dahle, R. (2012) "DOES SHE SPEAK NORWEGIAN?" Ethnic dimensions of hierarchy in Norwegian health care workplaces. *Nordic Journal of Migration Research*. 3(2), 82-90. doi: 10.2478/v10202-012-0018-4 NJMR
- Seeberg, ML (2012). Immigrant careworkers and Norwegian gender equality: Institutions, identities, Intersections. *European Journal of Women's Studies* 19(2), 173–185. doi: 10.1177/1350506811434665
- Smith, P.A., Allan, H., Henry, L.W., Larsen, L.A. & Mackintosh, M.M. (2007) Valuing and recognizing the talents of a diverse healthcare workforce. (Royal College of Nursing rapport) Henta frå https://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/78713/003078.pdf
- Statens Autorisasjons Kontor for helsepersonell. (2012, 6. November). Sykepleier. Henta frå 15. mai 2015 frå <http://www.sak.no/yrkesgruppe/Sider/sykepleier.aspx>
- Statistisk sentralbyrå. (2014, 13. juni). Helse- og sosialpersonell, 2013, 4. kvartal. Henta frå 20. April 2015 frå <http://www.ssb.no/hesospers>
- Statistisk sentralbyrå. (2015, 4. mars). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2015. Henta frå 15. Mai 2015 <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2015-03-04#content>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse- en innføring i kvalitativ metode*. (4 utg.). Oslo: Fagbokforlaget
- Thorsen, K. (1990). *Alene og Ensom, saman og lykkelig? Ensomhet i ulike aldersgrupper*. (Norsk gerontologisk institutt rapport nr. 2). Henta frå <http://www.nb.no/nbsok/nb/2609d475c7b40d6288a0d842e63cb9af.nbdigital?lang=no#0>
- Tregunno, D., Peters, S., Campell, H. & Gordon, S. (2009). International nurse migration: U-turn for safe workplace transition. *Nurse Inquiry*, 2009(13), 182-190. Henta frå <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/j.1440-1800.2009.00448.x/>
- van Riemsdijk, M. (2006). Rekruttering av polske sykepleiere til Norge: Erfaringer og virkninger. (Fafo-notat 2006:27 rapport). Henta frå http://www.fafo.no/media/com_netsukii/10017.pdf

van Riemsdijk, M. (2010). Variegated privileges of whiteness: lived experiences of Polish nurses in Norway. *Social & Cultural Geography*. 11(2) 117-137. DOI: 10.1080/14649360903514376

Wheeler, R.M., Foster, J. W. & Hepburn, K. W. (2013a). The experience of discrimination by US and Internationally educated nurses in hospital practice in the USA: a qualitative study. *The Journal of Advanced Nursing*. 70(2). 350-359. Henta frå <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/jan.12197/>

Wheeler, R.M., Foster, J. W. & Hepburn, K. W. (2013b). The experiences of internationally educated nurses in the southeastern United States of America. *International Nursing Review*. 60(3). 397-404, doi: 10.1111/inr.12023

Vedlegg 1

Intervju/temaguide

Byrjar med å gå igjennom informasjonsskriv og samtykkeerklæring for å vere sikker på at deltakar har forstått. Vil og gjenta at deltakar kan trekkje seg når som helst om dei ynskjer det.

- Snakkar om kvar deltakar kjem i frå, kor lenge jobba ved institusjonen og i Noreg

- Kva erfaringar har du med å jobbe i ein norsk sjukeheim?

- Spesielle ting som har vore meir eller mindre utfordrande/annleis enn forventa?
 - Konkrete historier?
 - Konkrete situasjonar?
 - Konkrete opplevingar?
 - Kan du seie noko meir om det? Har du eksempel? Kan du beskrive meir detaljert?
 - Kva kjende du då?
 - Korleis opplevde du det?
 - Kva gjorde det med deg som person, som sjukepleiar?
 - Kva har denne/desse erfaringa/ne å seie for deg som sjukepleiar i ein norsk sjukeheim?

Forespørsel om deltaking i forskingsprosjekt

”Sjuepleiarar med utanlandskopprinnelse sine erfaringar med å jobbe i ein norsk sjukeheim”

Bakgrunn og formål

Dette prosjektet er ei masteroppgåve ved Høgskulen i Sogn og fjordane på studiet Master i samhandling innan helse og sosialtenester. Hensikta med prosjektet er å auke forståinga av korleis det er for sjukepleiarar med utanlandsk opprinnelse å jobbe i ein norsk sjukeheim. Eg vil få fram erfaringane akkurat slik dei er opplevd frå sjukepleiarane sjølve.

Problemstilling:

Kva erfaringar har sjukepleiarar med utanlandsk opprinnelse med å arbeide i ein norsk sjukeheim?

Eg ynskjer å høyre korleis du har erfart å jobbe på ein norsk sjukeheim. Eg ynskjer sjukepleiarar som har jobba i Noreg i ca. 10 år, som kjem frå land utanfor Skandinavia.

Kva inneber det å delta i studien?

Dersom du vel å bli med i studien inneber dette at me møtest ein stad og gjennomfører eit intervju. Intervjuet vil vare i ca. 45 -60 min. Spørsmåla i intervjuet vil vere knytta til dine erfaringar med å jobbe i ein norsk sjukeheim, du får moglegheita til å fortelje di historie og korleis du opplev det. Intervjuet blir teken opp på lydband, og vil seinare utgjere grunnlaget for ein skriftleg rapport. Opplysningane blir nytta i ei mastergradsoppgåve og vil bidra til å

auke forståinga rundt korleis det er for sjukepleiarar med utanlandsk opprinnelse å jobbe i ein norsk sjukeheim.

Kva skjer med informasjonen om deg?

Opptaket av intervjuet blir oppbevart som lyd opptak på passordbeskytta PC.

Bakgrunnsinformasjon blir oppbevart avskilt frå andre opplysningar. Ved avslutninga av prosjektet vil alle innsamla opplysningar bli anonymisert og lyd opptaket sletta.

Anonymiseringa inneber at opplysningar om namn og bakgrunnsopplysningar som til dømes bustad, alder og kjønn fjernast slik at ingen enkeltpersoner kan kjennast igjen i materialet. Det er berre eg og mine rettleiarar som har tilgang til dei data som identifisera einskildpersonar.

Etter planen vil sletting av data og anonymiseringa finne stad når prosjektet blir avslutta

22.05.2015.

Frivillig deltaking

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekkje samtykkje ditt utan å gi opp nokon grunn. Dersom du trekkjer deg, vil alle opplysningar om deg bli anonymisert og sletta.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Dersom du ynskjer å delta eller har spørsmål til studien send meg gjerne ein epost, sms eller ring.

Solrun Njøs Amundsen (student),

epost: solruna@stud.hisf.no,

tlf: 47602859.

Mine rettleiarar kan også kontaktast ved spørsmål til studien:

Hovudrettleiar:

Anne Marie Sandvoll, førsteamanuensis ved høgskulen i Sogn og fjordane.

Epost: Anne.Marie.Sandvoll@hisf.no.

Tlf: 41610184/57722546.

Birettleiar:

Kari Bergset, Høgskulelektor/stipendiat, avdeling for samfunnsfag, Høgskulen i Sogn og Fjordane. Epost: Kari.Bergset@hisf.no.

Tlf: 57676282/45474670

Samtykke til deltakelse i studien

Eg har motteke informasjon om studien, og ynskjer å delta

(Signert av prosjektdeltakar, dato)

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Anne Marie Sandvoll
Avdeling for helsefag Høgskulen i Sogn og Fjordane
Postboks 523
6800 FØRDE

Vår dato: 08.08.2014

Vår ref: 39298 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.07.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>39298</i>	<i>Sjuepleiarar med utanlandskopprinnelse sine erfaringar med å jobbe i ein norsk sjukeheim</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne Marie Sandvoll</i>
<i>Student</i>	<i>Solrun Njøs Amundsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 22.05.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Solrun Njøs Amundsen solruna@stud.hisf.no

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 39298

Personvernombudet legger til grunn at utvalget rekrutteres via avdelingssykepleiere som formidler informasjonsskriv på vegne av studenten. Interesserte bør melde seg direkte til student, og ikke via avdelingsleder. Informasjonsskrivet til utvalget er godt utformet.

Forventet prosjektslutt er 22.05.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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