

Tett på døden

En etnografisk studie av hvordan pleiepersonell
i flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem
opplever og håndterer møtet med døden

av

Anne Kristine Ådland

Avhandling for graden
PHILOSOPHIAE DOCTOR
(Ph.D.)



Det helsevitenskapelige fakultet
2024

Universitetet i Stavanger

NO-4036 Stavanger

NORWAY

www.uis.no

©2024 Anne Kristine Ådland

ISBN: 978-82-8439-299-8

ISSN: 1890-1387

Doktorgradsavhandling nr. 809

Forord

Det er mange som fortjener en takk.

Først og fremst vil jeg takke lederne og pleierne ved sykehjemmene som var så imøtekommende og delte sine verdifulle erfaringer med meg. Uten deres bidrag ville ikke avhandlingen vært mulig.

Videre vil jeg takke mine dyktige, kunnskapsrike og tålmodige veiledere ved Universitetet i Stavanger. Professor Ellen Ramvi har vært min hovedveileder, og professor Marta Høyland Lavik og professor Birgitta Haga Gripsrud har vært mine biveiledere. Jeg er takknemlig for alle de gode rådene og konstruktive tilbakemeldingene dere har gitt meg, samt for omsorgen og støtten dere har vist. Jeg har lært mye av dere.

Jeg vil også takke Forskerskolen PROFRES og alle gode medstudenter som jeg ble kjent med der for mange flotte og lærerike samlinger over flere år. Takk også til førsteamanuensis Lisbeth Thoresen ved Universitetet i Oslo og professor Christine Øye ved Høgskulen på Vestlandet for verdifulle tilbakemeldinger og innspill under 50%- og 90%-seminarene. Jeg ønsker også å takke gode kolleger ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Helse Fonna og Høgskulen på Vestlandet for gode diskusjoner, støtte og oppmuntring.

Tusen takk til alle gode venner og familie som har vist interesse, lyttet og støttet meg hele veien. Til slutt en varm takk til Jostein, Qin, Arne Marton, Hedda og Kaja, som viser meg hver dag hva som er det viktigste i livet. Og til deg min kjære John - Tusen takk for tålmodigheten og støtten du har vist meg disse årene. Du betyr mye for meg.

Karmsund, Juni 2024

Anne Kristine Ådland

Sammendrag

Bakgrunn: Døden er en del av arbeidshverdagen for pleiepersonell ved norske sykehjem, ettersom det er der om lag halvparten av alle dødsfall i Norge skjer. Pleierne på sykehjemmet må derfor kontinuerlig håndtere denne delen av arbeidet. Hvordan helsepersonell forholder seg til møtet med døden kan ha en betydelig innvirkning, først og fremst på kvaliteten på omsorgen som tilbys til mennesker i livets slutfase og deres pårørende, men også for de ansattes egen velvære. Globalisering og migrasjon, kombinert med etterspørsel etter arbeidskraft i den norske velferdsstaten, har i økende grad ført til et flerkulturelt arbeidsfellesskap ved norske sykehjem. Det er begrenset kunnskap om hvordan pleiepersonell i slike flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem opplever og håndterer møtet med døden.

Mål: Hensikten med denne studien er, gjennom en psykososial tilnærming, å øke kunnskapen om og forståelsen av hvordan pleiepersonell i flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem opplever og håndterer møtet med døden. Dette overordnede målet blir utforsket gjennom tre delspørsmål: 1) Hvilke institusjonelle prosedyrer, strukturer og ritualer støtter eller undergraver kommunikasjon om personlige opplevelser og eksistensielle erfaringer når pleierne møter døden i sykehjemmet? 2) Hvordan opplever og forholder pleiere som utøver omsorg til beboere i sykehjem seg til kulturelt mangfold i arbeidsfellesskapet? 3) Hvordan kommer eksistensielle spørsmål, følelser og holdninger til uttrykk i den enkelte pleiers fortellinger om å være i en nær relasjon til en beboer som senere døde?

Metode: Studien har et kvalitativt design basert på etnografisk metode. Feltarbeidet ble utført over en periode på seks måneder. Datainnsamlingen består av en kombinasjon av observasjon, feltsamtaler og narrative intervjuer med pleiepersonell som arbeidet i flerkulturelle arbeidsfellesskap ved to sykehjem i Norge. Analysen av

feltarbeidet har en psykososial tilnærming med gruppebasert dybdehermeneutisk fortolkning. De narrative intervjuene er analysert ved bruk av fortolkende fenomenologisk analyse.

Funn: Artikkel I utforsker hvordan pleiepersonell i flerkulturelle arbeidsfellesskap på sykehjem opplever og håndterer møtet med den døde kroppen. Analysen viser at pleierne opplevde møtet med den døde kroppen som en tvetydig tilstand, der avdøde ble oppfattet som verken levende eller død. De kunne føle redsel og uhygge når de stelte den døde kroppen og transporterte den avdøde til kjølerommet. Samtidig ga det å gi den avdøde omsorg og respekt gjennom det siste stellet pleierne en følelse av å bidra til en verdig avslutning. Institusjonelle rutiner ga pleierne en struktur for å håndtere beboerens overgang fra liv til død, men disse var ikke tilstrekkelige for å forhindre følelsen av «det uhyggelige».

Artikkel II undersøker hvordan pleiepersonell i sykehjem som utøver omsorg til beboere i livets slutfase opplever og forholder seg til et flerkulturelt arbeidsfellesskap. Funnene avdekker at ansatte med innvandrerbakgrunn ble ansett som et problem i en arbeidshverdag preget av travelhet og tidspress. For å unngå å bli stigmatisert som et (innvandrer-) problem i arbeidsfellesskapet, benyttet pleiere med minoritetsbakgrunn ulike strategier. Både majoritets- og minoritetsnorske pleiere viste diskriminering og rasisme mot kolleger med minoritetsbakgrunn.

Artikkel III utforsker og søker å utvikle forståelse for pleiernes emosjonelle opplevelser av å være i en nær relasjon til beboere som senere dør på sykehjemmet. Analysen viser at de personlige båndene pleierne utviklet med enkelte beboere vekket sterke følelser. Pleierne satte stor pris på disse nære og gjensidige relasjonene, samtidig som de strevde med å finne mening i beboernes død. De ønsket å gjøre godt og være noe godt for beboerne, og de ga mye av seg selv. Samtidig opplevde de et stort ansvar i omsorgen for beboerne i den siste tiden,

noe som skapte uro for å ikke strekke til, eller gjøre noe som kunne være feil eller som ikke var til det beste for beboeren. Pleierne slet med å balansere det å være personlig og profesjonell i disse relasjonene med beboerne.

Et gjennomgående funn i avhandlingen er at pleierne ikke kommuniserte med hverandre om eksistensielle eller emosjonelle erfaringer relatert til omsorg for beboere i livets siste fase og møte med deres død. De delte heller ikke sine tanker og følelser om det kulturelle mangfoldet i arbeidsfellesskapet. Manglende kommunikasjon om både eksistensielle og emosjonelle opplevelser knyttet til døden og det kulturelle mangfoldet i arbeidsfellesskapet kan i et psykososialt perspektiv tolkes som forsvar mot angst. Dette forsvaret mot angst inkluderer angst for døden, den døde kroppen, det fremmede, og det eksistensielle ansvaret i omsorgen for den døende. Tolkningen antyder også at det eksisterer et kollektivt sosialt forsvar mot angst i arbeidsfellesskapet.

Konklusjon og implikasjoner: Ved å anvende et psykososialt perspektiv gir avhandlingen en dyptgående forståelse av hvordan pleiere i flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem opplever og håndterer møtet med døden. Forsvar mot angst som utvikles for å holde følelser på avstand, kan hindre pleierne i å bearbeide emosjonelle og eksistensielle opplevelser og lære av sine erfaringer fra omsorgsarbeid ved livets slutt. Dette kan ha en negativ innvirkning på omsorgskvaliteten som tilbys, samt på arbeidsmiljøet og trivselen til pleierne. For å forbedre omsorgen ved livets slutt i sykehjem og styrke arbeidsmiljø og profesjonell utvikling for pleierne, bør det legges til rette for systematisk refleksjon og veiledning i sykehjemmene. Dette kan bidra til å skape en kultur der pleierne føler seg tryggere på å dele sine tanker, følelser og erfaringer, både knyttet til døden og til det kulturelle mangfoldet i arbeidsfellesskapet. Dette vil i sin tur kunne ha en positiv innvirkning på kvaliteten på omsorgen som blir gitt, samt på arbeidsmiljøet og trivselen til pleierne.

Gjennom fortolkningen av hvorfor taushet oppstår i arbeidsfellesskapet og en vektlegging av følelser gir avhandlingen innsikt i en viktig, men ofte oversett dimensjon av omsorg ved livets slutt i sykehjem. Denne innsikten kan bidra til å styrke praksis, gi informasjon til politiske beslutningstakere og øke kunnskapen innen fagfeltet.

Stikkord: Sykehjem; døden; omsorg ved livets slutt; flerkulturelle arbeidsfellesskap; psykososial tilnærming; etnografisk studie

Summary

Background: Death is a part of the daily work for nursing staff in Norwegian nursing homes, as approximately half of all deaths in Norway occur there. The staff in the nursing home must continuously deal with this aspect of their work. How healthcare professionals approach the encounter with death can have a significant impact, primarily on the quality of care provided to people in the final stages of life and their relatives, but also on the well-being of the staff. Globalization and migration, combined with the demand for labor in the Norwegian welfare state, have increasingly led to multicultural work communities in Norwegian nursing homes. There is limited knowledge about how nursing staff in such multicultural work communities experience and deal with the encounter with death.

Aims: The aim of this study, using a psychosocial approach, is to increase knowledge and understanding of how nursing staff in multicultural work communities within nursing homes experience and deal with the encounter with death. This overarching goal is explored through three sub-questions: 1) Which institutional procedures, structures and rituals support or undermine communication about personal and existential experiences when staff meet death in the nursing home? 2) How do nursing staff providing care to residents in nursing homes experience and relate to cultural diversity within their working community? 3) How are existential questions, feelings and attitudes expressed in the individual carer's stories about being in a close relationship with a resident who later died?

Method: The study has a qualitative design based on ethnographic method. Fieldwork was conducted over a period of six months. Data collection consists of a combination of observation, field conversations, and narrative interviews with nursing staff working in multicultural work communities at two nursing homes in Norway. The analysis of

the fieldwork has an in depth-hermeneutic group-based psychosocial approach. The narrative interviews have been analyzed using interpretative phenomenological analysis (IPA).

Findings: Article I explores how nursing staff in multicultural work communities in nursing homes experience and deal with the encounter with the dead body. The analysis shows that nursing staff perceived the encounter with the dead body as an ambiguous state, where the deceased was neither perceived as alive nor dead. They could feel fear and unease when caring for the dead body and transporting the deceased to the cold room. At the same time, providing care and respect to the deceased through the last rites gave the carers a sense of contributing to a dignified closure. Institutional routines gave the carers a structure to manage the resident's transition from life to death, but these were not sufficient to prevent the feeling of «the uncanny».

Article II investigates how nursing home staff who provide care to residents at the end-of-life experience and relate to a multicultural working community. The findings reveal that nursing staff with an immigrant background were considered a problem in an everyday working life characterized by busyness and time pressure. To avoid being stigmatized as an (immigrant-) problem within the work community, staff with minority background used different strategies. Both majority- and minority staff showed discrimination and racism towards colleagues with a minority background.

Article III explores and seeks to develop an understanding of nursing home staff's emotional experiences of being in a close relationship with a resident who later died. The analysis shows that the personal bonds the carers developed with some residents evoked strong emotions. The carers greatly appreciated these close and mutual relationships, while at the same time they strived to find meaning in the residents' deaths. They wanted to do good and be something good for the residents, and they gave a lot of themselves. At the same time, they felt a significant

responsibility in caring for the residents during their final days, which created anxiety about doing something that might be wrong or not in the best interest of the resident. The nursing staff struggled to balance being personal and professional in these relationships with residents.

A consistent finding in the thesis is that nursing home staff did not communicate with each other about existential or emotional experiences related to caring for residents at the end of life and encountering death. They also did not share their thoughts and feelings about the cultural diversity within the working community. The lack of communication regarding both existential and emotional experiences related to death and cultural diversity is interpreted from a psychosocial perspective as a defense against anxiety. This defense encompasses anxiety about death, the deceased body, the unknown, and the existential responsibility of caring for the dying. The interpretation also suggests that there exists a collective social defense against anxiety within the working community.

Conclusion and implications: By applying a psychosocial perspective, the thesis provides an in-depth understanding of how nursing staff in multicultural work communities in nursing homes experience and deal with the encounter with death. Defenses against anxiety, which are developed to keep emotions at bay, can prevent nursing staff from processing emotional and existential experiences and learning from their experiences from end-of-life care work. This can negatively impact the quality of care provided, as well as the work environment and well-being of the nursing staff. To enhance end-of-life care in nursing homes and promote a positive work environment and professional development for the staff, systematic reflection and guidance should be facilitated within the nursing homes. This can help create a culture where nursing staff feel comfortable sharing their thoughts, emotions, and experiences related to death and the cultural diversity within the work community. Ultimately, this could positively influence the quality of care delivered and contribute to the well-being of the nursing staff.

Through the interpretation of why silence arises in the workplace community and an emphasis on emotions, this thesis offers insight into an important but often overlooked dimension of end-of-life care in nursing homes. This insight can contribute to strengthening practice, provide information to policymakers, and increase knowledge in the field.

Keywords: Nursing homes; death; end-of-life care; multicultural work communities; psychosocial approach; ethnographic study

Artiklene i avhandlingen

Avhandlingen består av følgende publikasjoner som i denne kappen blir referert til med romertallene I-III.

Artikkel I:

Ådland, A. K., Lavik, M. H., Gripsrud, B. H. & Ramvi, E. (2021). Death and liminality: An ethnographic study of nursing home staff's experiences in an encounter with the dead body. *Death Studies*, 45(7), 497-507. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1648343>

Artikkel II:

Ådland, A.K., Lavik, M. H., Gripsrud, B., H., & Ramvi, E. (2022). Spenninger i flerkulturelle arbeidsfellesskap ved sykehjem. En etnografisk studie. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 8(2), 107-122. <https://doi.org/10.18261/tfo.8.2.8>

Artikkel III:

Ådland, A. K., Gripsrud, B. H., Lavik, M. H. & Ramvi, E. (2022). «They Stay With You»: Nursing Home Staff's Emotional Experiences of Being in a Close Relationship With a Resident in Long-Term Care who Died. *Journal of Holistic Nursing*, 40(2), 108-122. <https://doi.org/10.1177/08980101211017766>

Innholdsfortegnelse

Forord	iii
Sammendrag	iv
Summary	viii
Artiklene i avhandlingen.....	xii
DEL I	xvi
1 Innledning	1
1.1 Avhandlingens oppbygging	3
2 Bakgrunn for studien.....	5
2.1 Døden i vesten i et historisk perspektiv	5
2.2 Et aldrende samfunn – demografi og konsekvenser.....	6
2.3 Sykehjem – siste hjem og arbeidsplass	7
2.4 Innvandrere – en viktig ressurs for norske sykehjem.....	10
2.5 Tidligere forskning.....	10
2.5.1 Helsepersonells erfaringer med beboeres død i sykehjem	11
2.5.2 Flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem.....	13
2.5.3 Oppsummering og begrunnelse for studien	13
2.6 Avhandlingens hensikt og forskningsspørsmål.....	14
3 Psykososialt perspektiv	16
3.1 Psykososiale studier	16
3.2 Tidlige samspills betydning for å lære å holde ut vanskelige følelser.....	17
3.3 Eksistensielle vilkår og grensesituasjoner.....	19
3.4 Overgangsriter og liminalitet	20
3.5 Globalisering og kultur	22
4 Metodologi og metode	25
4.1 Ontologi og epistemologi.....	25
4.2 Forskningssubjektet	26
4.3 Psykososial tilnærming	27
4.4 Etnografisk metode	27
4.5 Forskersubjektivitet.....	29

4.5.1	Feltarbeid i egen kultur.....	30
4.6	Gjennomføring av feltarbeidet	31
4.6.1	Tilgang til feltet.....	31
4.6.2	Utvalget.....	32
4.6.3	Rollen som observatør.....	33
4.6.4	Feltnotater	35
4.6.5	Feltsamtaler og intervju.....	36
4.7	Analyse av data	37
4.7.1	Analyse artikkel I og II – gruppebasert psykososial dybdehermeneutisk fortolkning.....	38
4.7.2	Analyse artikkel III - fortolkende fenomenologisk analyse.....	39
4.8	Etiske overveielser	40
5	Presentasjon av funnene.....	43
5.1	Artikkel I (institusjonelt nivå).....	44
5.2	Artikkel II (kollegialt nivå).....	45
5.3	Artikkel III (individuell nivå)	46
6	Diskusjon	48
6.1	Diskusjon av funnene i et psykososialt perspektiv.....	48
6.1.1	Angst for døden og den døde kroppen.....	50
6.1.2	Angst for det fremmede.....	53
6.1.3	Angst for det eksistensielle ansvaret i omsorgen for beboere i livets slutfase	56
6.1.4	Uttrykk for sosialt forsvar mot angst i sykehjemmene?	58
6.2	Implikasjoner	65
7	Konklusjon	67
8	Referanser	68
	DEL II.....	82
	Artikkel I.....	83
	Artikkel II	96
	Artikkel III	113
	Vedlegg.....	129
	Vedlegg 1 – Norsk senter for forskingsdata AS (NSD)	130
	Vedlegg 2 – Søknad til kommune	134

Vedlegg 3 – Forespørsel til helsepersonell.....	136
Vedlegg 4 – Informasjon til pasient og pårørende	139
Vedlegg 5 – Intervjuguide.....	140

Figurliste

Figur 1 Problemstilling og forskningsspørsmål besvart i artikkel I-III	43
Figur 2 Psykososial modell av funnene	50

DEL I

Nesten alle beboere som kommer hit dør her, og vi pleier dem og følger dem gjennom deres siste reise. Noen ganger tar denne reisen noen få dager eller uker. Andre ganger tar det måneder eller år.

(Fra intervju med Milana, minoritetsnorsk pleier)

1 Innledning

Klokken er halv åtte om morgenen og jeg sitter sammen med pleierne¹ på vaktrommet og hører på nattevakten som avgir rapport. En av beboerne, Marie², har vært svært trett og sengeliggende de siste dagene, og i løpet av natten har hun blitt tiltagende svekket. Nattevakten forteller at legevakt har sett til henne og at det nå ikke er mer kurativ behandling å gi, kun lindrende behandling og omsorg. Når nattevakten er ferdig med å avgi rapport sier Hildur [majoritetsnorsk³ pleier] til meg at hun vil se til Marie og at jeg kan følge med henne. Når vi nærmer oss rommet til Marie legger jeg merke til at Hildur senker tempoet og går roligere. Hun banker lett på døren før vi går inn. Det er dempet lys i rommet, og i enden av rommet ligger Marie stille i sengen. Hildur går bort til sengen og jeg ser at hun stryker henne over hånden. Hun sier med rolig stemme hvem hun er, men Marie viser ingen tegn til respons når Hildur spør hvordan hun har det. Jeg ser at hun stryker henne forsiktig over pannen før vi går ut av rommet og tilbake til vaktrommet. Inne på vaktrommet henvender Hildur seg til Michelle [minoritetsnorsk pleier] og sier at hun vil ringe til pårørende og til legen. Hun sier med alvorlig stemme at hun ikke tror det er «så lenge igjen» [før beboeren dør]. Jeg ser at Michelle nikker til Hildur, og Michelle har et trist blick når hun reiser seg for å gå til beboeren. Nå opplever jeg at det skjer en endring i atmosfæren på vaktrommet. De andre pleierne begynner automatisk å fordele seg imellom oppgavene

¹ I avhandlingen benytter jeg betegnelsen pleiere og pleiepersonell for helsepersonell som her inkluderer sykepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter. Pleierne har autorisasjon i henhold til helsepersonelloven § 48, eller de yter helsehjelp i samsvar med helsepersonelloven § 49 (Helsepersonelloven, 1999).

² Alle navn på beboere og pleiere er fiktive.

³ Pleiere med innvandrerbakgrunn blir i denne studien betegnet som minoritetsnorske pleiere. Pleiere som ikke har innvandrerbakgrunn omtales som majoritetsnorske pleiere.

som Hildur og Michelle egentlig har på arbeidslistene sine. Stemningen i rommet er rolig, men også litt trykkende og spent. Jeg får en fornemmelse av at pleierne ruster seg for å møte døden (fra feltnotater).

Dette utdraget er fra det etnografiske materialet fra en sykehjemsavdeling i Norge hvor jeg utførte feltarbeid i 2017-2018. Utdraget skildrer en vanlig situasjon for pleierne som jobbet i de to sykehjemsavdelingene hvor jeg utførte feltarbeidet. To trekk ved samfunnsutviklingen er viktige for å forstå avhandlingens datamateriale. For det første, sykehjem i Norge er blitt en viktig arena for omsorg ved livets slutt. Omtrent halvparten av de som dør i Norge dør i dag i sykehjem (Folkehelseinstituttet, 2023). Pleiepersonell som arbeider i sykehjem, vil derfor kontinuerlig møte døden som del av sin arbeidshverdag. For det andre, globalisering og migrasjon har ført til at mange sykehjem i Norge i dag har et flerkulturelt arbeidsfellesskap. Pleiepersonell med innvandringsbakgrunn utgjør en betydelig og økende andel av de som arbeider i kommunale helse- og omsorgstjenester (NOU 2023: 4). Hvordan opplever og håndterer pleiere som arbeider i flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem møtet med døden? Dette er det sentrale temaet som denne avhandlingen utforsker.

Avhandlingen er del av et større forskningsprosjekt som ble finansiert av Norges forskningsråd: «Det mangekulturelle stabsfellesskap i sykehjem: muligheter og utfordringer» (MULTICARE)⁴. Mitt arbeid har fokus på det flerkulturelle arbeidsfellesskapet og på kulturen i sykehjemmene. Ved å ha et kollektivt fokus blir ikke eventuelle spenninger redusert til individuelle egenskaper eller nasjonale

⁴ MULTICARE ble finansiert av Norges forskningsråd (NFR) gjennom programmet HelseVel, og pågikk mellom 2016 og 2020. Prosjektet ble ledet av Senter for omsorgsforskning, Vest (SOF V), HVL. Partnere var NORCE Samfunn, Universitetet i Stavanger, Stavanger universitetssjukehus og The Netherlands Institute for Health Service Research (NIVEL).

tilhørigheter, men tolket som uttrykk for brytninger i arbeidsfellesskapet som helhet. Jeg anser dette som en etisk og metodisk forsvarlig tilnærming som ivaretar pleiernes identitet og unngår å trekke konklusjoner basert på individuell etnisk og kulturell bakgrunn. Det flerkulturelle arbeidsfellesskapet er selvsagt sammensatt av mennesker med forskjellige erfaringer og synspunkter, og dette mangfoldet reflekteres også i avhandlingen. Samtidig er arbeidsfellesskapet et fellesskap, og det er kulturen som utvikler seg i arbeidsfellesskapet som er av hovedinteresse her, og ikke den enkeltes bakgrunn.

I avhandlingen anvender jeg et psykososialt perspektiv som er nært knyttet til psykoanalytisk tenkning (Clarke & Hoggett, 2009; Hollway & Jefferson, 2013). En slik tilnærming kjennetegnes av at oppmerksomheten rettes mot dialektikken mellom den indre erfaringen (det subjektive) og de sosiale betingelsene for erfaringene. Innenfor denne tenkningen vil sykehjemmet anses som et sosialt system med både bevisste og ubevisste aktiviteter i arbeidsfellesskapet (Gould et al., 2001). Det psykososiale perspektivet, informert av psykoanalytisk tenkning, ligger til grunn for min forståelse av så vel forskningssubjekt og forskersubjekt som valg av fortolkningsmetode og begreper jeg bruker for å forstå materialet.

1.1 Avhandlingens oppbygging

Avhandlingen består av to deler.

Del I består av 7 kapitler:

- Kapittel 2: Bakgrunn – som gir en presentasjon av studiens bakgrunn og kontekst, gjennomgang av tidligere forskning og studiens overordnede hensikt og forskningsspørsmål.
- Kapittel 3: Psykososialt perspektiv – som presenterer avhandlingens teoretiske perspektiver og begreper.

- Kapittel 4: Metodologi og metode – hvor jeg begrunner de metodiske valgene jeg har gjort i studien.
- Kapittel 5: Presentasjon av funnene – her oppsummerer jeg helt kort hovedfunnene fra avhandlingens delstudier (artikkel I-III).
- Kapittel 6: Diskusjon – her sammenkobler jeg hovedfunnene og diskuterer dem helhetlig i lys av psykososial teori og forskning. Til slutt belyser jeg implikasjoner for praksis, utdanning og forslag til videre forskning.
- Kapittel 7: Konklusjon

Del II består av tre originale artikler (I-III) og vedleggene.

2 Bakgrunn for studien

I dette kapittelet gir jeg en presentasjon av studiens bakgrunn og kontekst, gjennomgang av tidligere forskning og til slutt beskrivelse av studiens overordnede hensikt og forskningsspørsmål.

2.1 *Døden i vesten i et historisk perspektiv*

Døden er en uopprettelig tilstand der kroppslige og biologiske funksjoner opphører. Samtidig setter tiden og kulturen sitt preg på holdninger, forestillinger og praksiser rundt døden (Thoresen, 2017, s. 265).

I et historisk perspektiv har døden og omsorgen for døende i den vestlige verden beveget seg fra hjemmet til institusjoner som sykehus og sykehjem. Den franske historikeren Philippe Ariès beskriver utviklingen av forestillinger og praksiser rundt døden fra middelalderen og frem til slutten på forrige århundre (Ariès, 1977). Han deler den europeiske historien om synet på døden inn i fire faser: «den omgjengeleggjorde døden», «min død», «din død», og «den forbodne døden» (Ariès, 1977, s. 19-93), og viser med dette hvordan døden har gått fra å være tydelig til stede i menneskers og lokalsamfunnenes liv, til å mer og mer finnes innenfor helseinstitusjonenes vegger.

Den danske sosiologen Michael Hviid Jacobsen (2016, s. 10) har foreslått en videreutvikling av Ariès faser ved å legge til en ny fase som hører vår tid til: «den spektakulære død». Den spektakulære død viser ikke døden som noe bortgjemt og tabubelagt, men som fremstilt, medikalisert, re-ritualisert og et felt som har vekket større tverrfaglig akademisk interesse (Gripsrud & Thoresen, 2019, s. 16). Parallelt med tanken om «den spektakulære død» peker den norske teologen Eivor Andersen Oftestad på at vår tid er preget av «den individualiserte og autonome død» (Oftestad, 2019 i Lavik et al., 2021, s. 256). I denne fasen ser det ut til at det bare er fantasien som kan sette grenser for hva

enkeltmennesker kan bestemme når det gjelder orkestreringen av egen død.

Holdninger, forestillinger og praksiser omkring døden i Norge kan ses i sammenheng med parallelle utviklinger rundt døden i de nordiske landene (Thoresen, 2017, s. 269-270). Fram til 1950-tallet var det vanlig å dø hjemme og at familien stelte den døde (Meld. St. 24 (2019-2020), s. 13). I vår tid er det i hovedsak det offentlige som tar hånd om døende, og de fleste i Norge dør i dag i en helse- og omsorgsinstitusjon (Meld. St. 24 (2019-2020), s. 11). Sykehjem er nå blitt det vanligste stedet å dø i Norge. I 2022 døde 45.947 personer i Norge. Ifølge Dødsårsaksregisterets statistikkbank (Folkehelseinstituttet, 2023) skjedde rundt 54 prosent av disse dødsfallene i sykehjem eller lignende institusjon, mens rundt 28 prosent døde på sykehus og rundt 15 prosent døde i hjemmet.

Døden på sykehjemmet kan vel ikke sies å være verken særlig spektakulær eller autonom. Like fullt, det som skjer rundt døden på sykehjemmet skjer aldri i et vakuum, men i kontakt med strømninger og tendenser i samfunnet ellers (Lavik et al., 2021, s. 257). I dag er det helsepersonalet i institusjonene som steller den døde kroppen, og som oppbevarer den døde på kjølerommet på sykehjemmet eller sykehuset før avdøde blir begravd eller kremert ved hjelp av et begravelsesbyrå. Døden i dag kan med andre ord betegnes som medikalisert, institusjonalisert og profesjonalisert (Gripsrud & Thoresen, 2019, s. 11).

2.2 Et aldrende samfunn – demografi og konsekvenser

De aller fleste land i verden opplever i dag en økende aldring av befolkningen og dette fenomenet gjelder også for Norge (UN DESA, 2022). Denne økningen skyldes hovedsakelig at folk lever stadig lenger, noe som er en positiv og ønsket utvikling. En annen viktig årsak

til høyere andel eldre, er at det fødes færre barn. Når det blir født færre barn, utgjør barn en mindre andel av befolkningen, og andelen voksne og eldre øker tilsvarende. Ifølge befolkningsframskrivninger vil det i 2030 trolig være flere eldre enn barn og unge i Norge (Tømmerås & Thomas, 2022).

Denne utviklingen er en fortsettelse av en trend som har pågått siden slutten av andre verdenskrig, og den forventes å øke i fremtiden (NOU 2023: 4, s. 12). Statistisk sentralbyrå (SSB) anslår at det i 2040 vil være nærmere 480 000 personer over 80 år i Norge, noe som er en dobling fra 2022 (Hoen & Abrahamsen, 2023). I takt med denne utviklingen, bremser veksten i tilgjengelig arbeidskraft gradvis opp. For første gang i moderne tid, fra midten av 2030-tallet, er det forventet at antallet personer i yrkesaktiv alder reduseres. Denne trenden vil forsterke seg ytterligere etter 2040 (NOU 2023: 4, s. 12). Demografiske endringer innebærer dermed både en økning i antallet eldre og en samtidig reduksjon i antallet personer i arbeidsfør alder. Dette er viktig utfordringer som samfunnet må håndtere for å sikre en bærekraftig velferdsutvikling i årene som kommer (Meld. St. 14 (2020–2021), s. 31).

2.3 Sykehjem – siste hjem og arbeidsplass

Med den økende eldre befolkning forventes etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester å øke betydelig, noe som også inkluderer økt behov for opphold i sykehjem (Meld. St. 24 (2019-2020)). Norske kommuner er gjennom helse- og omsorgstjenesteloven pålagt å drive og finansiere sykehjem eller tilsvarende bolig spesielt tilrettelagt for heldøgns-tjenester for å sikre innbyggere nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2 a). I 2022 var 92 prosent av sykehjemsplassene i Norge drevet av kommunene, mens de resterende 8 prosent var drevet av private (Førland & Braut, 2023). Andelen private sykehjem er betydelig høyere i våre naboland Sverige, Finland og Danmark (Jakobsen, 2021).

Sykehjem skal tilby trygghet, omsorg og behandling til mennesker som ikke trenger behandling på sykehus, men som på grunn av alvorlig sykdom, funksjonssvikt eller demenssykdom ikke kan bo hjemme. Sykehjem skal også være et hjem for beboerne der de kan leve et verdig og meningsfylt liv, og et sted der de kan få en verdig avslutning på livet (Meld. St. 15 (2017-2018)).

Det bor omtrent 38 000 personer på sykehjem i Norge i dag. Av disse er tre av fire i aldersgruppen 80 år eller eldre, og de fleste har langtidsopphold (Hoen & Abrahamsen, 2023). Beboerne på sykehjem kjennetegnes av kroniske og sammensatte lidelser, samt nedsatt fysisk og psykisk funksjonsevne. Over 80 prosent av de som bor på sykehjem i dag har en demenssykdom. Gradvis tap av funksjonsevne og hyppige komplikasjoner, som infeksjoner, tap av matlyst og økt søvnbehov, er vanlig (Rokstad et al., 2023, s. 117). Det er forventet at omtrent 95 prosent av alle som får langtidsopphold i sykehjem vil dø der (Meld. St. 24, (2019-2020), s. 40)). Botiden for beboere på langtidsplass i sykehjem varierer betydelig, med et gjennomsnitt på omtrent to år før dødsfall. Noen dør kort tid etter innflytting, mens andre bor på sykehjemmet i mange år. Dette viser at sykehjemsbeboere er en mangfoldig gruppe (Hoen & Abrahamsen, 2023).

For å møte beboernes helse- og omsorgsbehov, er sykehjemmene bemannet hele døgnet med helsepersonell som jobber i skiftordninger. I 2021 var det totalt 37 249 ansatte ved sykehjem i Norge. De største yrkesgruppene inkluderte helsefagarbeidere (omtrent halvparten av alle ansatte) og sykepleiere (cirka én av fire). Assistenter og pleiemedhjelpere utgjorde den tredje største gruppen blant de ansatte. Leger utgjorde 0,5 prosent av bemanningen. Omtrent 90 prosent av de ansatte var kvinner, og gjennomsnittsalderen var 43 år (Olsen et al., 2023, s. 6-7).

En av hovedoppgavene i sykehjem er å gi lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, også kalt palliasjon. Palliasjon innebærer aktiv

behandling, pleie og omsorg for mennesker med uhelbredelige sykdommer og kort forventet levetid (Helsedirektoratet, 2018). Palliasjon har sitt utspring i hospicefilosofi, som både er en filosofi om verdier ved livets slutt og et behandlingssted (hospice) som praktiserer denne filosofien (Rønsen, 2020, s. 6). Begrepet *total pain* i hospicefilosofien innebærer en helhetlig tilnærming til pasienten og de pårørende. Det omfatter hele spekteret av smerteopplevelser: både fysiske og psykiske symptomer, sosiale utfordringer og eksistensielle spørsmål – også pleiernes egen smerte, som igjen virker tilbake på pasientens problemer. Dette komplekse samspillet påvirker pasientens livskvalitet. Samarbeid mellom helsepersonell i behandling og pleie og oppfølging av pårørende, også etter pasientens død, er en nødvendig forutsetning for god omsorg og behandling (NOU 2017: 16, s. 27). Hospicefilosofiens helhetlige tilnærming danner grunnlaget for fagfeltet og praksis i Norge (Meld. St. 24 (2019-2020), s. 8).

For å sikre god og forsvarlig omsorg og behandling i livets siste fase, er det nødvendig med tilstrekkelig med helsepersonell og riktig kompetanse hos disse (Meld. St. 24 (2019-2020); NOU 2017: 16). Imidlertid møter norske kommuner store utfordringer med å rekruttere og beholde kompetent personell i sykehjem (NOU 2023: 4; NOU 2020: 15; Hjemås et al., 2019). Det er allerede et betydelig underskudd av helse- og omsorgspersonell, både i Norge og i andre europeiske land (Tingvold & Fagertun, 2020; NOU 2023: 4).

Framskrivninger over tilbud og etterspørsel etter helsepersonell viser bl.a. at antall årsverk i den samlede helse- og omsorgstjenesten i Norge må øke med om lag 35 prosent fram mot 2035 for å dekke fremtidig behov for helse- og omsorgstjenester, og det blir særlig mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere (Hjemås et.al., 2019). I tillegg til rekrutteringsutfordringer preges mange sykehjem av høyt sykefravær, stor gjennomtrekk, deltidsproblematikk og høy andel ufaglærte (NOU 2023: 4; Helsedirektoratet, 2020). Sykehjem står også overfor store utfordringer på grunn av budsjettbegrensninger, krav til effektivitet og

mangel på tid. Disse faktorene påvirker særlig omsorgen for døende og for beboere med demens, som er arbeid som krever kompetanse, tid og tålmodighet (Midtbust et al., 2018). I tillegg må sykehjem håndtere større kriser som kan oppstå, som koronapandemien i 2020 var et eksempel på (Helsedirektoratet, 2020).

2.4 Innvandrere – en viktig ressurs for norske sykehjem

For å møte de utfordringene som er beskrevet ovenfor, har rekruttering av ansatte med innvandrerbakgrunn vært én av løsningene. Personer med innvandringsbakgrunn utgjør en betydelig andel av pleiepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester og har bidratt til å avhjelpe rekrutteringsutfordringene (NOU 2023: 4; Tingvold & Fagertun, 2020). Innvandrere blir i avhandlingen definert som personer som er født i utlandet, har to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre, og som selv har innvandret til Norge (Dzamarija, 2019). I 2017 (da feltarbeidet i denne studien ble påbegynt) hadde 17 prosent av de ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester innvandrerbakgrunn. Det vil si at innvandrere stod for 1 av 6 årsverk innen omsorg. Den største gruppen kom fra Asia, med Øst-Europa på andre- og Afrika på tredjeplass, mens andelen fra land i Norden og Vest-Europa hadde en nedgang (Claus, 2018). I 2021 var andelen omtrent 19 prosent. Pleiere med innvandrerbakgrunn utgjør dermed en betydelig ressurs for sykehjemmene. Uten denne innsatsen ville sykehjemmene stått overfor langt større rekrutteringsutfordringer (Helsedirektoratet, 2020).

2.5 Tidligere forskning

For å finne relevant forskning om helsepersonells opplevelse og håndtering i møtet med døden i flerkulturelle arbeidsfellesskap på sykehjem, har jeg gjennomført litteratursøk i databasene CINAHL Ebsco, MEDLINE, Psyc info og Idunn. Jeg har også gjort enkeltsøk i

Oria, Google Scholar og ulike tidsskrifter, samt fulgt opp referanser som andre studier har sitert. Søkene ble avgrenset til perioden mellom 2010 og 2023 og fagfellelvurdert tidsskrift. Søkene ble regelmessig oppdatert fra mars 2017 til desember 2023. Jeg brukte ulike kombinasjoner av søkeord relatert til studiens overordnede mål. Blant de viktigste søkeordene var ‘sykehjem’, ‘døden’, ‘omsorg ved livets slutt’, ‘helsepersonell’, ‘pleiepersonell’, ‘flerkulturelle arbeidsfellesskap’ og ‘multikulturelle arbeidsfellesskap’. På engelsk brukte jeg søkeord som ‘nursing home’, ‘long term care’, ‘death and dying’, ‘end of life care’, ‘nursing home staff’, ‘health professionals’, ‘multicultural work community’, ‘work force’ og ‘cultural diversity’.

Litteratursøk knyttet til møtet med døden i flerkulturelle arbeidsfellesskap på sykehjem ga begrenset funn. Det er lite forskning som spesifikt undersøker hvordan pleiepersonell i slike arbeidsmiljøer opplever og håndterer døden. På grunn av denne begrensningen vil jeg presentere relevant forskning som belyser helsepersonells erfaringer med beboeres død i sykehjem generelt. Jeg vil også inkludere forskning som tar for seg flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem.

2.5.1 Helsepersonells erfaringer med beboeres død i sykehjem

Studier som undersøker pleiepersonells erfaringer med beboeres død i sykehjem, peker ofte på ulike stressfaktorer knyttet til relasjon med den døende og deres pårørende (Cagle et al., 2017; Schulz, 2017; Boerner et al., 2015; Barooah et al., 2015; Marcella & Kelley, 2015; Van Riesenbeck et al., 2015). Disse studiene nevner stressfaktorer som sorg, følelse av hjelpeløshet og usikkerhet, kommunikasjon og angst for døden. Samtidig kan pleiepersonell også finne mening, tilfredshet, læring og vekst i sitt arbeid med omsorg for beboere i livets siste fase (Simard, 2019)

Helsepersonell som arbeider med døende pasienter opplever ofte sorg og lidelse og står i fare for å utvikle omsorgstretthet og utbrenthet (Simard, 2019). Stress og utbrenthet gjør helsepersonell sårbare, noe som igjen kan gå ut over omsorgstilbudet til pasient og pårørende (Schulz, 2017). Pleiere i sykehjem kan bli nært knyttet til både beboerne og de pårørende. De har ofte ivaretatt beboerne lenge og kan føle sorg når beboerne dør (Schulz, 2017; Boerner et al., 2015; Barooah et al., 2015; Marcella & Kelley, 2015). Noen studier har vist at pleiere ofte føler seg følelsesmessig uforberedt når en beboer dør. (Van Riesenbeck et al., 2015; Marcella & Kelley, 2015) For noen av pleierne kan beboers død oppleves som tap av et familiemedlem, noe som kan gi en sterk sorgreaksjon (Canham et al., 2017; Van Riesenbeck et al., 2015).

I en studie som utforsket pleiepersonells positive og negative erfaringer med omsorg for døende i sykehjem (Cagle et al., 2017), ble det observert at personalet definerte en «god død» som når beboerne hadde familien rundt seg og ikke opplevde smerter i dødsprosessen. På den annen side ble en «vond død» beskrevet når beboeren døde alene og hadde smerter. Pleierne følte seg hjelpeløse når de ikke kunne lindre pasientens smerte eller redsel for døden.

Det forventes at helsepersonell er profesjonelle i møtet med døden. Samtidig bruker de seg selv i arbeidet (Froggett et al., 2014), og må være ærlige og ekte i møtene med den døende og dennes familie. Det kreves evne til «modig nærvær» (Trier, 2016, s. 49). Det kan være utfordrende for helsepersonell å snakke om døden i praksis. Flere studier viser til at døden sjelden ble snakket om i sykehjem, selv om dette ofte er stedet der eldre mennesker kommer til å dø (Alftberg et al., 2018; Ramvi et al., 2022). Pleiepersonell kan selv kjenne på dødsangst som gjør det vanskelig å kommunisere med og pleie døende pasienter (Nia et al., 2016; Ramvi & Gripsrud, 2017).

2.5.2 Flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem

Det finnes begrenset forskning om flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem. Samtidig er det en utbredt oppfatning at flerkulturelle arbeidsmiljøer i helsevesenet har mange fordeler (Chen et al., 2020; Debesay et al., 2022). Likevel viser studier fra sykehjem at begrenset felles ordforråd og ulik språkforståelse kan påvirke samhandling og samarbeid mellom pleiere (Chen et al., 2020; Egede-Nissen et al., 2019; Ham, 2021; Munkejord, 2019; Nichols et al., 2015; Tingvold & Munkejord, 2021). I flerkulturelle arbeidsmiljøer kan også ulike forståelser av omsorgspraksiser skape utfordringer for samhandling og samarbeid (Fagertun & Tingvold, 2018; Tingvold & Fagertun, 2020). Videre viser studier at pleiere med innvandrerbakgrunn kan oppleve rasisme eller diskriminering fra kolleger og beboere (Ham, 2021; Munkejord & Tingvold, 2019; Nichols et al., 2015).

2.5.3 Oppsummering og begrunnelse for studien

I kapittelet 2.3 har jeg belyst hvordan sykehjemmet er blitt en viktig arena for omsorg for døende mennesker i Norge, og hvordan dette omsorgsarbeidet utfordres av mangel på personell, kompetanse og tid. Jeg har også vist hvordan innvandrere utgjør en stor og viktig del av arbeidsstyrken i sykehjem, og at dette skaper et mangfoldig arbeidsmiljø (se kapittel 2.4). Tidligere forskning indikerer at pleiepersonell kan oppleve en rekke følelser og utfordringer når de står overfor døden i sykehjem. Videre viser forskningen at flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem kan ha både muligheter og utfordringer.

I politiske føringer for praksis understrekes det hvordan samhandling og samarbeid mellom helsepersonell spiller en viktig rolle for kvaliteten på omsorgen til mennesker i livets slutfase og deres pårørende, og for de ansattes egen velferd (NOU 2017: 16; Meld. St. 24 (2019–2020)). Hvordan pleiere i flerkulturelle arbeidsfellesskap samhandler og samarbeider kan derfor ha stor betydning for

hvordan de opplever og håndterer møtet med døden. Den ovennevnte litteraturen synliggjør behovet for mer forskning knyttet til hvordan helsepersonell i flerkulturelle arbeidsfellesskap opplever og håndterer møtet med døden i sykehjem.

2.6 Avhandlingens hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å øke kunnskapen om og forståelsen av hvordan pleiepersonell i flerkulturelle arbeidsfellesskap på sykehjem opplever og håndterer møtet med døden. Begrepet 'håndterer' refererer her til hvordan pleiere forholder seg til og takler møtet med beboernes død. Dette inkluderer deres refleksjoner, emosjonelle reaksjoner, holdninger, handlingene de utfører, og de utfordringene de møter i møte med beboernes død.

Avhandlingens overordnede problemstilling er:

Hvordan opplever og håndterer pleiepersonell i flerkulturelle arbeidsfellesskap på sykehjem møtet med døden?

Med utgangspunkt i problemstillingen ble følgende forskningsspørsmål utviklet:

1. Institusjonelt: Hvilke institusjonelle prosedyrer, strukturer og ritualer støtter eller undergraver kommunikasjon om personlige opplevelser og eksistensielle erfaringer når pleiere møter døden i sykehjem?
2. Kollegialt: Hvordan opplever og forholder pleiere som utøver omsorg til beboere i sykehjem seg til kulturelt mangfold i arbeidsfellesskapet?
3. Individuelt: Hvordan kommer eksistensielle spørsmål, følelser og holdninger til uttrykk i den enkelte pleiers fortellinger om å være i en nær relasjon til en beboer som senere døde?

I hver av de tre artiklene i denne avhandlingen presenteres egne forskningsspørsmål som faller inn under prosjektets overordnede problemstilling og forskningsspørsmål.

3 Psykososialt perspektiv

I dette kapitlet vil jeg presentere det teoretiske rammeverket for avhandlingen. Her vil jeg også introdusere de teoretiske perspektivene og begrepene som er relevant for avhandlingen.

3.1 *Psykososiale studier*

I avhandlingen lener jeg meg på forskningsfeltet «psykososiale studier». Dette feltet har opplevd en betydelig vekst og utvikling i løpet av de siste tiårene, med sterke forskningsklynger i Danmark, Storbritannia og Tyskland. Forskningsfeltet kjennetegnes av sin utpregede tverrfaglige eller interdisiplinære tilnærming, utvikling av ikke-positivistiske teorier, metoder og praksiser, samt et engasjement for å fremme progressiv endring på både individuelt og samfunnsmessig nivå (APS, u.å., min oversettelse).

En psykososial forskningstilnærming har blikk for sammenhenger mellom individ, gruppe, kultur og samfunn – og ønsker å utforske samspillet mellom ‘indre’ og ‘ytre’ verdener – som er uatskillelige i sine materielle og symbolske dimensjoner (Clarke & Hogget, 2009). I min studie vil en psykososial tilnærming si å undersøke sammenhengen mellom intra- og interpersonlige, institusjonelle og samfunnsmessige dimensjoner i relasjonene og arbeidet, og hvilken betydning denne sammenhengen har for hvordan pleiepersonell i flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem opplever og håndterer møtet med døden.

Psykososiale studier er særlig opptatt av følelser og affekt og de irrasjonelle og ubevisste prosessene som påvirker vår atferd og vårt samfunn. Disse prosessene blir ofte analysert med et psykoanalytisk perspektiv (Clarke & Hogget, 2009; Hollway & Jefferson, 2013). I min avhandling støtter jeg meg på den britiske tradisjonen innen psykososiale studier som gjerne har sitt fundament i objektrelasjonsteori (Ramvi, 2014). Denne teorien representerer en

utviklingslinje fra psykoanalysen som legger vekt på hvordan individet etablerer og opprettholder relasjoner til andre mennesker, både i den faktiske virkeligheten og i den indre verden. Disse relasjonene, kjent som objektrelasjoner, spiller en avgjørende rolle i personlighetsdannelse og sosial integrering (Store norske leksikon, 2005-2007). Teorien er derfor svært relevant for min avhandling, da den bidrar til å forstå både individuelle og samfunnsmessige aspekter av relasjoner.

3.2 Tidlige samspills betydning for å lære å holde ut vanskelige følelser

Den østerriksk-britiske psykoanalytiker Melanie Klein regnes som grunnleggeren av objektrelasjonsteorien. Gjennom observasjon og psykoanalyse av barn, la Klein (1984,1988) i sin teoriutvikling stor vekt på de tidlige samspillsopplevelsene og hvordan disse former individets senere interaksjoner og emosjonelle utvikling. I sin teori viser hun til to distinkte posisjoner; den *paranoide schizoide posisjonen* og den *depressive posisjonen*, som barnet må gå gjennom for å kunne håndtere verden rundt seg. I den videre fremstillingen støtter jeg meg på Hollway og Jeffersons beskrivelse av disse posisjonene (Hollway & Jefferson, 2013, s. 17-19).

Klein hevdet at spedbarn i de første månedene av livet opplever verden som skremmende, overveldende og preget av angst. Ifølge Klein er ikke spedbarnet i stand til å se verden som en sammenhengende helhet i denne tidlige fasen. Barnet oppfatter ting fragmentert, og kan ikke gjenkjenne sin primære omsorgsperson som kilde til både positive og negative følelser. På grunn av spedbarnets manglende forståelse av tid, kan det ikke forutse tilfredsstillelsen av mat når det føler seg frustrert av sult. Barnet polariserer følelsene: «negative» når det er sultent og fortvilet og «positive» når det får mat og trøst. På denne måten skiller barnet i fantasien ut og projiserer de negative sidene ved sin erfaring, for å isolere dem fra de positive sidene, ifølge Klein. Hun mener at

splittelse og projeksjon er de dominerende forsvarsmekanismene for å unngå angst og smerte. Slik blir det «onde» og «gode» adskilt og tilskrevet enten den «onde» omsorgsgiveren eller den «gode» omsorgsgiveren («det onde bryst» eller «det gode bryst» i Kleins terminologi). Denne splittelsen mellom godt og ondt karakteriserer Klein som den paranoid-schizoide posisjonen (Hollway & Jefferson 2013, s. 18).

Etter hvert blir spedbarnet i stand til å gjenkjenne brystet og senere moren som et helhetlig objekt som både kan tilfredsstille og frustrere. Denne utviklingen mener Klein legger grunnlaget for at barnet kan oppleve verden på en mer balansert og integrert måte. Hun kalte denne integrasjonsfasen for den depressive posisjonen (Hollway & Jefferson 2013, s. 18). Denne posisjonen kan for barnet vekke smertefulle følelser av skyld, bekymring og tristhet og gi opphav til et ønske om å gjøre opp for og reparere skader forårsaket av tidligere hat og aggresjon. Det er en viktig posisjon og nødvendig for barnet å gå gjennom. Det er en forutsetning for videre vekst.

Selv om teorien til Klein har sitt utspring i observasjoner av barn, antas den å være relevant gjennom hele livet. Når vi som voksne står overfor situasjoner som utløser betydelig frustrasjon, kan våre tidlige forsvarsmekanismer bli aktivert igjen. Av og til kan vi reagere i den paranoide schizoide posisjonen, hvor vi splitter det «gode» fra det «onde», og vi binder oss for eksempel opp i en enten- eller tankegang. I andre tilfeller kan vi være i stand til å reagere fra den depressive posisjonen, hvor vi anerkjenner kompleksiteten og de motstridende følelsene og at det «gode» og det «onde» kan eksistere i samme person eller gruppe (Hollway & Jefferson, 2013, s. 18).

Den britiske psykoanalytikeren Wilfred Bion utvidet Kleins teori ved å introdusere sin teori om *containment* (Bion, [1962] 2023, s. 113-114). Bion forklarer hvordan mennesker gjennom relasjonsbegrepet *container-contained* kan lære å holde ut vanskelige og motstridende

følelser, og han beskrev dette som læring av erfaring. Container refererer til en indre psykisk kapasitet til å holde ut og forstå følelser. Contained refererer til den ytre personen (for eksempel omsorgspersonen) som hjelper med å romme og forstå disse følelsene. Gjennom samspill med omsorgspersoner lærer barn å regulere og forstå sine følelser. Bion beskriver hvordan barnet er avhengig av en omsorgsperson som kan ta imot projiserte utholdelige følelser, slik at disse følelsene tenkes om og gis tilbake i en håndterlig form (Bion, [1962] 2023, s. 114). Han mener at denne prosessen mellom omsorgsperson og barnet er helt essensiell for at barnet skal utvikle en egen evne til å tenke om følelser, og på den måten utvikle evnen til å holde ut, forstå og håndtere egne indre tilstander, gjennom containment. Bion argumenterer for at denne formen for ubevisst intersubjektivitet vil vedvare gjennom hele livet, ettersom vi lærer å bruke oss selv og andre som containere for å hjelpe oss med å bære smerte gjennom tenkning (Bion, [1962] 2023, s. Xi). I min studie er det nettopp dette som er betydningsfullt. Møtet med døden handler om å håndtere følelser. Våre tidlige erfaringer og hvordan vi lærer å håndtere følelser som barn kan ha en innvirkning på hvordan vi bearbeider emosjonelle utfordringer senere i livet.

3.3 Eksistensielle vilkår og grensesituasjoner

Et annet teoretisk perspektiv innenfor en psykososial forståelse som blir brukt i avhandlingen for å forstå funnene er den amerikanske psykiateren og forfatteren Irvin David Yalom's tanker om de eksistensielle grunnvilkår mennesket som art er født inn i. Som mennesker er vi underlagt noen eksistensielle grunnvilkår, ifølge Yalom. Han skisserer fire fundamentale eksistensielle vilkår som han anser som kilder til grunnleggende angst hos mennesket. Disse vilkårene er: *død, isolasjon, meningsløshet og frihet* (Yalom, 2011, s. 25). Hvert vilkår innebærer en konflikt, og angsten oppstår fordi ingen av konfliktene har noen endelig løsning. Disse grunnleggende vilkårene

mener han utgjør den realiteten som mennesket blir født inn i. Vilklårene er universelle, men det finnes individuelle og kulturelle variasjoner i hvordan vi forholder oss til dem (Yalom, 2011).

Yalom (2011, s. 24) mener at eksistensielle dimensjoner alltid er til stede i menneskelivet, men ofte i dvale til noe skjer og vi blir tvunget til å konfrontere våre latente og «glemte» tanker. De eksistensielle grunnvilklårene kan trigges i møte med «grensesituasjoner», som han beskriver som «en hendelse eller en viktig opplevelse som har etset seg inn i sinnet, og som kaster oss ut i en konfrontasjon med vår eksistensielle 'situasjon' i verden» (Yalom, 2011, s. 197). Han hevder at konfrontasjon med vår egen dødelighet utgjør en unik grensesituasjon. Denne konfrontasjonen mener han kan være så intens at den kan føre til en dyptgående endring i vår måte å leve på. Å arbeide tett på døden kan reise spørsmål om hvordan en selv forholder seg til døden, noe som kan gi opphav til betydelig angst og uro. Yalom mener at møter med slike «grensesituasjoner» gjør de eksistensielle grunnvilklårene synlige og tvinger oss til refleksjon over våre handlinger, våre verdier og vår egen dødelighet (Yalom, 2011, s. 24-25).

3.4 Overgangsriter og liminalitet

Et annet perspektiv innenfor det psykososiale rammeverket som blir brukt i tolkningen av avhandlingens funn er riteteori. Kulturell praksis kan tre inn i møter med grensesituasjoner, som for eksempel bruk av ritualer knyttet til døden (van Gennep, 1999). Ritualer har vært brukt i de fleste religioner og kulturer gjennom tidene for å markere viktige overganger i livet, noe som kan gjøre møter med grensesituasjoner lettere å bære. Den franske folkloristen og etnografen Arnold van Gennep fokuserte i sitt verk om *Rites de passage* fra 1909 på overgangs- og innvielsesriter i ulike samfunn, basert på observasjoner og studier av samfunn (van Gennep, 1999).

Overgangsriter refererer til seremonier som markerer en persons eller en gruppes overgang fra én status til en annen i samfunnet, f.eks. fra barn til voksen, fra ugift til gift eller fra levende til død (van Gennep, 1999, s. 26). Van Genneps tese er at alle overgangsriter har en tredelt struktur; *atskillelsesfase*, *terskelfase*, også kalt *liminalfase*, og *integrasjonsfase* (Gennep, 1999, s. 26). Begrepet liminalitet har sitt opphav i det latinske ordet *limen*, som betyr terskel (Stenner, 2017, s. 176). Det liminale representerer en grensesituasjon der individet eller gruppen står utenfor eller på siden av den vanlige tilværelsen. Det er med andre ord noe som befinner seg på grensen eller terskelen mellom ulike steder, tilstander eller prosesser, som har gått fra å være noe, men ennå ikke har fullført overgangen til noe annet (Stenner, 2017, s. 15).

Den britiske antropologen Victor W. Turner (1967, 1969) bygget videre på arbeidet til van Gennep og videreutviklet begrepet liminalitet, som han så som den viktigste fasen i overgangsritualene. Han var interessert i forholdet mellom struktur og anti-struktur i ritualet og så på liminaliteten som en anti-struktur, der normer og hierarkier midlertidig oppløses: «Liminal entities are neither here nor there; they are betwixt and between the positions assigned and arrayed by law, custom, convention, and ceremonial» (Turner, 1969, s. 95). Han så den liminale fase som en helt særegen tilstand, en «hverken-eller»-fase, en tid hvor man ikke innehar sin forrige status, men heller ikke har fått sin nye. Ifølge Turner er liminalitet ofte preget av følelser av tvetydighet, desorientering og uvisshet (Turner, 1969, s. 95). Dette mener han står i kontrast til menneskets grunnleggende ønske om å gi mening til (og skape orden i) den ytre verden.

I avhandlingen bruker jeg begrepet liminalitet først og fremst for å beskrive og forstå en tilstand av udefinerbarhet, et slags terskelstadium, et grenseland eller et ingenmannsland. Ifølge den britiske sosialpsykologen Paul Stenner er liminalitet et sentralt begrep for å forstå den psykososiale dimensjonen av overgangs- og forvandlingsopplevelser. Han argumenterer for at liminalitet ikke bare

er knyttet til ritualer, men også til andre typer erfaringer som involverer endring, usikkerhet og transformasjon (Stenner, 2017, s. 14-16). Stenner har gitt en mer dynamisk, affektiv og kontekstuell forståelse av liminalitet, som tar hensyn til de ulike måtene liminalitet kan oppstå, uttrykkes og håndteres på. Han mener at liminalitet er et grunnleggende aspekt ved menneskelig erfaring. Videre hevder han at liminale erfaringer kan skape nye muligheter for læring, kommunikasjon og handling (Stenner, 2017).

3.5 Globalisering og kultur

I vår moderne, globaliserte verden er migrasjon vanlig, uavhengig av om den er frivillig eller tvungen, og globalisering og kultur er slik viktige teoretiske perspektiv innenfor det psykososiale perspektivet for å forstå pleiernes flerkulturelle arbeidskontekst. Mennesker over hele verden flytter til nye land i søken etter bedre livskvalitet, utdanning, jobbmuligheter eller sikkerhet (Eriksen & Sajjad, 2020). Dette har ført til økt samhandling og sameksistens mellom individer fra forskjellige kulturer og kan få oss til å spørre: Hva er kultur og kulturell identitet i en globalisert verden?

Kultur er et komplekst og mangfoldig fenomen, og et begrep som brukes i mange forskjellige sammenhenger (Eriksen og Sajjad, 2020, s. 34). Det finnes utallige definisjoner på hva kultur er. Jeg har valgt meg ut en beskrivelse som er avstemt med mitt teoretiske perspektiv. De britiske psykoanalytikerne Robert Douglas Hinshelwood og Wilhelm Skogstad (2000, s. 9) viser til kultur som en kompleks samling av teknikker som vi bruker i sosiale situasjoner. Disse teknikkene inkluderer ritualer, ferdigheter, skikker, strategier og taktikker. Noen av disse teknikkene kan oppstå som forsvarsmekanismer mot angst. Kultur omfatter også «kulturelle mønstre». Disse mønstrene finnes både i individet og i den ytre verden. De kan manifestere seg som kunnskap, ferdigheter, språk, tro, verdier, fordommer, sosiale holdninger eller

indre objekter i psykoanalytisk forstand (Hinshelwood & Skogstad, 2000, s. 9).

I den britiske sosiologen og politikerens Anthony Giddens' klassiske analyse av modernitet står individet og samfunnet i et gjensidig påvirkningsforhold (Giddens, 1991), i tråd med min psykososiale tilnærming. Han hevder at den vestlige senmoderniteten preges av at individer er løsrevet fra tradisjonens rammeverk, som tidligere i større grad definerte hvem et menneske var og hva det kunne få ut av livet. Disse endringene legger nye premisser for sosialisering og kultur, menings- og identitetsdannelse. I et flerkulturelt samfunn vil det oppstå nye kulturelle verdier, normer og tradisjoner, som kan utfordre oppfatninger av vestlig kulturell overlegenheten overfor de såkalt «eksotiske andre» (Said, 1978).

Den norske sosialantropologen og forfatteren Thomas Hylland Eriksen (2007) hevder at det er to motstridende syn på etnisk og kulturelt mangfold i den norske samfunnsdiskursen. På den ene siden blir mangfold sett på som en positiv og ønskelig egenskap, mens forskjellighet ofte blir betraktet som noe negativt og problematisk, særlig når det gjelder uoverstigelige kulturforskjeller mellom «oss» og «dem». Marianne Gullestad, en kjent norsk sosialantropolog, har gitt betydelige bidrag til forståelse av det norske samfunnet og dets kulturelle dynamikk. Hun fremhever at det norske samfunnet er bygget på en antagelse om «forestilt likhet», der individer må sees som like for å bli ansett som likeverdige. Hun mener at dette konseptet er dypt rotfestet i det norske samfunnet og former vår forståelse og interaksjon med hverandre. Dette skaper et bilde av et homogent og egalitært samfunn, men kan også begrense vår evne til å anerkjenne og verdsette forskjellighet (Gullestad 2002, s. 83–84). Gullestad mener at det homogene fellesskapet styrkes ved at innvandrere blir fremstilt som kulturelt forskjellige fra det norske, men like i deres annerledeshet (2002, s. 91). Hun utfordrer denne forestillingen og oppfordrer til en mer inkluderende forståelse av kulturell forskjellighet.

Kultur påvirker ikke bare samfunnet generelt, men også organisasjoner og dynamikken i organisasjonene, som for eksempel i sykehjem. På samme måte som kultur former samfunnet og individets identitet, har kultur også stor betydning for institusjonens dynamikk (Hinshelwood & Skogstad, 2000). Eric Lansdown Trist, en engelsk forsker og pioner innen organisasjonsutvikling, introduserte kultur som en psykososial prosess som bygger bro mellom menneskers indre erfaringer og de sosiale institusjonene de er en del av (Trist [1950] 1990, i Hinshelwood & Skogstad, 2000, s. 9). Dette understreker at kultur ikke bare er noe som eksisterer i det ytre, men også noe som er dypt forankret i våre indre erfaringer.

For at noe skal kunne betegnes som kulturelt i en organisasjon, hevder Hinshelwood og Skogstad (2000, s. 8) at det må være mentale forestillinger som deles av personalgruppen. Dette inkluderer et sett av ubevisste forutsetninger, holdninger og overbevisninger som personalgruppen har om arbeidet og hvordan det bør utføres. Denne kollektive tankegangen fører til en bestemt måte å arbeide på, men også til et mer u håndterlig fenomen som de beskriver som «atmosfære» eller «stemning» (Hinshelwood & Skogstad, 2000 s. 9). De mener at mennesker ofte er følsomme for atmosfæren og reagerer både emosjonelt og ubevisst, uten å reflektere over det.

Videre hevder Hinshelwood og Skogstad at denne kollektive tankegangen ikke bare påvirker arbeidsmetodene, men også former organisasjonens identitet og verdier. Denne «atmosfæren» eller «stemningen» kan i tråd med Hinshelwood og Skogstad (2000) være avgjørende for hvordan pleierne oppfatter sin rolle i sykehjem, og hvordan de samhandler med hverandre, med brukerne og de pårørende. Det er også viktig å merke seg at kulturen i en organisasjon ikke er statisk. Den kan endres over tid som et resultat av interne eller eksterne faktorer. Imidlertid er slike endringer ofte utfordrende, da de krever en endring i de dypeste lagene av organisasjonens kollektive psyke (Hinshelwood & Skogstad, 2000; Menzies Lyth, 1988).

4 Metodologi og metode

I dette kapitlet vil jeg presentere og begrunne de metodiske valgene jeg har gjort i studien. Jeg vil først beskrive min ontologiske og epistemologiske posisjon og metodene jeg har brukt for å svare på forskningsspørsmålene. Deretter vil jeg forklare hvordan jeg rekrutterte deltakerne og samlet inn dataene, samt hvilke verktøy og tilnærminger jeg brukte for å analysere dataene. Til slutt vil jeg redegjøre for etiske refleksjoner knyttet til avhandlingsarbeidet.

4.1 Ontologi og epistemologi

Som forsker nærmer man seg forskningsfeltet med et vitenskapelig perspektiv som påvirker valg av tema, metode, datainnsamling, analyse og tolkning av data (Hammersley & Atkinson, 2012). Ontologi og epistemologi er nøkkelpbegreper innen vitenskapsteori. Ontologi handler om vårt syn på virkeligheten og hva vi anser som eksisterende. En sentral ontologisk antagelse i psykososiale studier er at individet og samfunnet er uadskillelige. Dette innebærer at individets psykologiske opplevelser er sterkt påvirket av sosiale kontekster, og vice versa (Clarke & Hoggett, 2009; Hollway & Jefferson, 2013). I denne avhandlingen tar jeg utgangspunkt i en ontologisk posisjon som antar at virkeligheten er kompleks og at det finnes flere lag av betydning og mening i de sosiale og psykologiske relasjonene som oppstår i flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem.

Epistemologi, læren om kunnskap og erkjennelse, handler om hvordan vi vet det vi vet. En grunnleggende epistemologisk antagelse i psykososiale studier er at forskerens subjektivitet påvirker forskningsprosessen (Clarke & Hoggett, 2009; Hollway & Jefferson, 2013). Dette innebærer at forskerens egne opplevelser, følelser og forståelser påvirker alt fra valg av forskningsspørsmål til tolkning av datamaterialet. En annen epistemologisk antagelse er at

forskningsprosessen er intersubjektiv. Det vil si at forskerens interaksjon med forskningssubjektene påvirker forskningsprosessen og resultatene (Clarke & Hoggett, 2009; Hollway & Jefferson, 2013). I denne studien baserer jeg meg på en epistemologisk posisjon som vektlegger subjektivitet og erfaringsbasert kunnskap som en essensiell del av forskningsprosessen.

Denne forståelsen av ontologi og epistemologi danner grunnlaget for mitt syn på forskningssubjektet.

4.2 *Forskningssubjektet*

Hollway og Jefferson (2013, s. 9) argumenterer for at forskningssubjektet ikke alltid kan «si det som det er» fordi hukommelsen er påvirket av forsvar mot angst. I avhandlingen benytter jeg meg av Hollway og Jeffersons forståelse av forskningssubjektet, slik Ramvi (2007, s. 75) også beskriver det. Det psykososiale forskningssubjektet:

- Er ikke nødvendigvis bevisst alle sine motiver for handlingene sine, men kan likevel gi en artikulert, rasjonell forklaring gjennom språket.
- Er mer eller mindre ubevisst engasjert i å unngå å vite om de mer smertefulle eller angstfremkallende aspektene ved sin egen erfaring.
- Er i stand til, gjennom ubevisst fantasi, å tro på erfaringer som ikke nødvendigvis har skjedd, eller ikke har skjedd i den formen de er rapportert.
- Formidler opplevelsen av ytre virkelighet ikke bare gjennom diskurser, men også gjennom fantasier drevet av begjær og angst.
- Har en grunnleggende natur som innebærer konflikt.
- Oppnår tenkning gjennom ubevisste intersubjektive prosesser som påvirker begge sider av forskningsforholdet.

Disse antagelsene har implikasjoner for forskningsmetoden, noe jeg vil utbrodere i det videre.

4.3 Psykososial tilnærming

Psykososial forskning tilhører den hermeneutiske tradisjonen, som har som mål å tolke og forstå meningen bak menneskelige opplevelser og handlinger (Malpas & Gander, 2015). Innenfor denne tradisjonen benyttes kvalitative undersøkelser for å utforske fenomenenes dybde. Psykososial forskning går et steg videre ved å undersøke det som ligger «under overflaten» for å avdekke dypere innsikt (Clarke & Hoggett, 2009, s. 2). Ved å dykke ned i fortolkning av de ubevisste aspektene kan en psykososial tilnærming avdekke forhold og prosesser som kanskje ikke er åpenbare på overflaten.

4.4 Etnografisk metode

Jeg har valgt et kvalitativt design og etnografisk metode for å få en dypere forståelse for hvordan pleiere i flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem opplever og håndterer møtet med døden (Hammersley & Atkinson, 2012). Utforskende metoder som etnografi fungerer spesielt godt når problemstillingene er åpne, eller når man vil komme enda nærmere faktisk adferd enn i andre typer kvalitative undersøkelser (Hammersley & Atkinson, 2012).

Etnografi, deltakende observasjon og feltarbeid, er begreper som ofte brukes om hverandre (Fangen, 2010). I denne studien bruker jeg ordet feltarbeid når jeg beskriver den etnografiske prosessen. Ordet feltarbeid forteller noe om etnografi som opplevelse, erfaring og sensorisk situasjon for den som gjennomfører det (Fangen, 2010). Feltarbeid handler om å oppholde seg over lengre tid i et sosialt felt for å studere hverdagspraksiser på nært hold, og det bringer forskeren tett på menneskene i den kulturen forskeren studerer. Det kreves en åpen innstilling til det en skal studere, og en forsøker å få kunnskap gjennom

å være til stede sammen med de en skal forstå over tid (Fangen, 2010; Hammersley & Atkinson, 2012; Wadel, 2014).

Etnografisk metode er svært godt egnet når forskningen har et psykososialt teoretisk fundament. Ved denne metoden er forskeren i feltet over tid og kan ta inn både deltakernes ord og handlinger, og kan også selv gjøre erfaringer med det som skjer. Metoden gir på den måten forskeren et potensiale til å tolke både det som foregår under overflaten og på gruppenivå. Metoden egner seg til å forstå sammenhenger i sykehjemmet mellom individ og gruppe, og hvordan kulturen på sykehjemmet forholder seg til samfunnet for øvrig. Feltarbeid er slik godt egnet til å undersøke dette allerede nevnte samspillet mellom 'indre' og 'ytre' verdener – som, i henhold til mitt psykososiale perspektiv, er uløselig knyttet sammen i sine materielle og symbolske dimensjoner (Clarke & Hogget, 2009).

Under feltarbeidet har jeg benyttet meg av en flermetodisk tilnærming, hvor jeg har kombinert observasjon og samtaler (narrative intervju og uformelle samtaler) for å få et bredt og dyptgående bilde av de komplekse og dynamiske relasjonene som oppstår i flerkulturelle arbeidsfellesskap (Hammersley & Atkinson, 2012; Fangen, 2010; Wadel, 2014)). Observasjon har gitt meg mulighet til å observere og registrere pleiernes atferd, handlinger og samspill i deres naturlige setting. Uformelle samtaler, også kalt feltsamtaler (Wadel, 2014, s. 217), som har oppstått spontant i løpet av feltarbeidet, har gitt meg mulighet til å få et innblikk i pleiernes tanker, meninger og erfaringer knyttet til døden og kulturelt mangfold i arbeidsfellesskapet. Disse samtalene har også vært verdifulle for å få pleiernes forklaringer på mine observasjoner, samt støtte for eller avkreftelse av disse (Wadel, 2014, s. 217). Narrative intervju har gitt meg mulighet til å få pleiernes perspektiver, refleksjoner og erfaringer med å utøve omsorg for beboere som nærmer seg døden, samt deres erfaringer med å arbeide i flerkulturelle arbeidsfellesskap (Hammersley & Atkinson, 2012; Fangen, 2010).

4.5 Forskersubjektivitet

Forskersubjektivitet innebærer anerkjennelsen av at forskeren selv er en subjektiv deltaker i forskningsprosessen. Forskeren kan ikke være nøytral eller objektiv, men er derimot en person med egne perspektiver, antakelser og følelser som kan påvirke forskningsprosessen (Hollway & Jefferson, 2013).

Refleksivitet er et sentralt begrep innen psykososial forskning. Det innebærer at forskeren kontinuerlig reflekterer kritisk over forskningsmetoder og praksis. Dette handler om å anerkjenne og forstå sin egen emosjonelle involvering i forskningsprosjektet, enten den er bevisst eller ubevisst (Clarke & Hoggett, 2009, s. 7). Ved å være bevisst på sin subjektivitet og reflektere over sin rolle i forskningsprosessen, kan forskeren bedre forstå hvordan deres egen subjektivitet påvirker kunnskapsproduksjonen (Hollway & Jefferson, 2013).

I etnografisk feltarbeid er forskersubjektivitet spesielt relevant på grunn av den intense og nære interaksjonen mellom forskeren og deltakerne. Det er derfor viktig at forskerens forforståelse om det studerte feltet synliggjøres. Å være åpen om bakgrunn og forforståelse, samt å reflektere rundt sin rolle i feltarbeidet, bidrar til å skape forskertroverdighet (Fangen, 2010)

Min motivasjon for å gjennomføre dette doktorgradsprosjektet er sterkt påvirket av mine tidligere erfaringer, både personlig og i arbeidslivet. Som sykepleier og senere kreftsykepleier i hjemmesykepleien over mange år har jeg opplevd sterke møter med pasienter i livets slutfase og deres pårørende som har berørt meg. Jeg har også opplevd at helsepersonell kan føle seg usikre og utrygge når de står overfor døende pasienter og deres pårørende. Erfaringer fra praksis har også gitt meg inntrykk av at helsepersonell kommuniserer lite om personlige og eksistensielle erfaringer i møte med døden, spesielt i en travel arbeidshverdag. Selv om jeg aldri har jobbet direkte på sykehjem, har

jeg likevel en viss kjennskap til feltet gjennom flere år som sykepleier i kommunehelsetjenesten. Jeg har også erfaring som pårørende da begge mine foreldre tilbrakte den siste tiden av livet sitt på sykehjem. I denne sammenhengen har det vært viktig for meg å nøye vurdere fordeler og ulemper ved min egen bakgrunn (Fangen, 2010).

4.5.1 Feltarbeid i egen kultur

Forskning i en kjent kultur kan være vanskelig og utfordrende. Kodene kan ligge så tett opp til det en selv kjenner, at forskjeller lett kan oversees, og meningene til deltakerne kan bli sett på ut ifra forskerens kulturelle ståsted (Wadel, 2014). I feltforskning er det sentralt å trenge bak det som er selvsagt og en bør prøve å ta en posisjon som om en ikke vet noe, for å være i stand til å lære noe nytt (Fangen, 2010). Fenomen en tar for gitt, er ikke alltid så kjent som man tror, og feltarbeid i egen kultur kan bidra til å problematisere dette kjente. Slik kan en åpne for en bedre forståelse av egen kultur (Wadel, 2014).

Jeg har aktivt utfordret meg selv under feltarbeidet ved å beskrive hendelser som om de var ukjente for meg, for å trenge bak det som virker selvsagt, og stille spørsmål ved praksiser som jeg ellers ville tatt for gitt. Samtidig har mine egne erfaringer med arbeid rundt døende og død gitt meg innsikt i pleiernes utfordringer, noe som er i tråd med Wadels beskrivelse av at feltarbeidere i egen kultur deler felles kunnskap med de en studerer (Wadel, 2014, s. 27). Dette gav meg en annen posisjon enn det en forsker uten erfaring med å møte døende og døden sannsynligvis ville fått. Denne posisjonen kan ha gjort det lettere å etablere tillit, noe som også kan ha bidratt til at pleierne delte erfaringer og opplevelser med meg.

Et velkjent fenomen fra feltarbeid er at forskeren i stor grad identifiserer seg med de personene som deltar i forskningen (Fangen, 2010 s. 79). På grunn av den nærheten som kan oppstå mellom forsker og forskningsdeltakere, er imidlertid risikoen for en overidentifisering

særlig viktig å overveie i slike prosjekter. Det har derfor vært viktig for meg å bli bevisst mine egne holdninger for å kunne være best mulig i stand til å vurdere betydningen av dem i observasjoner, samtaler, intervjuer og i tolkningen av dataene (Fangen, 2010). Selv om jeg underveis i hele prosjektet har forsøkt å forholde meg kritisk til min rolle og posisjon i studien, vil alle deler av denne avhandlingen være preget av min faglige og personlige bakgrunn og deltakelse, samt mine refleksjoner, spørsmål, tolkninger og beslutninger.

4.6 Gjennomføring av feltarbeidet

Feltarbeidet ble gjennomført ved to sykehjem i to forskjellige kommuner i Norge i tidsrommet mellom oktober 2017 og april 2018. Jeg var til stede to dager i uken på hvert sykehjem, fire til fem timer per dag. Totalt utgjorde dette omtrent 210 timer i feltet, fordelt over en periode på seks måneder. For å oppnå innsikt i pleiepersonalets arbeidspraksis fulgte jeg avdelingenes arbeidstidsordninger og deltok sammen med pleierne på dag-, kvelds- og helgeskift.

4.6.1 Tilgang til feltet

Å etablere formell tilgang til forskningsfeltet var en tidkrevende prosess. Et viktig inklusjonskriterium for studien var flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem, og det var derfor avgjørende å skaffe informasjon om kommuner som hadde slike arbeidsfellesskap. Ifølge Hammersley og Atkinson (2012, s. 93) kan det være hensiktsmessig å forhøre seg med personer som har inngående kjennskap til det aktuelle «miljøet» på forhånd. Gjennom kontakt med et utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester⁵ som hadde spesifikk kunnskap om dette, fikk jeg verdifull innsikt i relevante kommuner.

⁵ Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) er en nasjonal satsing i regi av Helsedirektoratet. Formålet er å bidra til gode pleie- og omsorgstjenester i kommunene. USHT jobber med fag- og kompetanseutvikling, spredning av ny

Jeg sendte skriftlig henvendelse til administrativ ledelse i to relevante kommuner (se vedlegg 1) for å få formell tilgang. Det ble valgt sykehjem i to kommuner for å sikre variasjon i datagrunnlaget og for å bedre anonymisere sykehjemmene. Begge kommuner ga positivt svar på å gjennomføre studien, og den administrative ledelsen i hver kommune valgte ut aktuelle enheter på sykehjemmene.

4.6.2 Utvalget

De valgte sykehjemsavdelingene var begge langtidsavdelinger for personer med kognitiv svikt og demens. Avdelingene hadde tilnærmet lik utforming og organisering. De var inndelt i små grupper med eget kjøkken og dagligstue. Vaktrommet var sentralt plassert i begge avdelingene. Alle beboerne hadde enerom. Beboerne var skrøpelige og hadde behov for hjelp til det meste i dagliglivet. Mange var avhengige av rullestol eller rullator, og enkelte var sengeliggende. Det var kjølerom og kapell på begge sykehjem.

De flerkulturelle arbeidsfellesskapene bestod av ulike yrkesgrupper, inkludert sykepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter. Helsefagarbeiderne var den største gruppen. Noen av pleierne hadde videreutdanning eller spesialisering innen ulike fagområder. Begge sykehjem hadde egne nattevakter, som arbeidet på tvers av sykehjemmenes avdelinger. Det var også lege til stede på hver avdeling én til to timer to ganger i uken. Pleierne var ansatt i ulike stillingsstørrelser og de fleste arbeidet i skiftordning med dag-, kvelds- og helgevakter. I tillegg til de fast ansatte, deltok også helsefagarbeiderlærlinger og sykepleiestudenter i arbeidet på avdelingene. Begge sykehjem hadde utfordringer med høyt sykefravær og lav bemanning av sykepleiere.

kunnskap og nasjonale føringer. Sentrene samarbeider med kommunene og er ressurser i fylkene. Totalt finnes det 21 utviklingssentre i landet, og Helsedirektoratet gir årlige føringer for deres aktiviteter.

Pleierne som jobbet i de to avdelingene, var i alderen fra tidlig i 20-årene til slutten av 60-årene. I det ene sykehjemmet deltok 40 pleiere i studien, og de kom fra ni forskjellige land. I det andre sykehjemmet deltok 30 pleiere som kom fra ti forskjellige land. De fleste av pleierne med innvandrerbakgrunn hadde opprinnelse fra Nord-Europa, Sørøst-Asia eller Øst-Afrika, men det var også noen som hadde bakgrunn fra Nord-Amerika, Sør-Amerika, Mellom-Europa og Sentral-Asia.

Det var flere kvinner enn menn blant pleierne på begge sykehjem. Av hensyn til anonymitet har jeg valgt å ikke spesifisere det nøyaktige antallet menn og kvinner i utvalget (NESH, 2021).

4.6.3 Rollen som observatør

Observasjon er en sentral metode i etnografisk forskning (Hammersley & Atkinson, 2012). Observasjon gir forskeren førstehånds innsikt i faktiske handlinger, praksiser og kontekster som studeres. Denne metoden gir også muligheten til å tilegne seg informasjon som kan være vanskelig å innhente gjennom andre metoder, som for eksempel intervjuer eller spørreskjemaer (Hammersley & Atkinson, 2012).

Det finnes flere nivåer av observasjon i feltarbeid. Disse spenner fra primært observerende til å gå helt inn i rollen som deltaker, nærmest som en av dem man studerer (også kjent som «go native») (Fangen, 2010, s. 79). Jeg valgte en åpen forskerrolle der jeg observerte og samhandlet med pleierne, men unngikk å delta i pleiernes arbeidsoppgaver. Dette ga meg et inngående inntrykk av miljøet og samhandlingen som fant sted, samtidig som jeg opprettholdt min rolle som forsker (Fangen, 2010, s. 74).

Flere feltforskere har beskrevet at det å etablere tillit og gode relasjoner med informanter kan være krevende (Hammersley & Atkinson, 2012; Fangen, 2010; Wadel, 2014). Jeg opplevde lignende utfordringer i starten av min studie. Noen av pleierne var skeptiske og reserverte, men

etter hvert tok de initiativ til kontakt, inkluderte meg i sine aktiviteter og delte opplevelser, erfaringer og historier. Dette samsvarer med Fangen (2010), som hevder at tillit tar tid å etablere og i stor grad avhenger av hvordan forskeren møter de han eller hun vil studere.

Selv om jeg opplevde at pleierne gradvis ble mer komfortabel med min tilstedeværelse og inkluderte meg i hverdagen, kunne jeg også oppleve ensomhet og en følelse av å være «utenfor» (Fangen, 2010). Som forsker på arbeidsplassen skulle jeg opprettholde en viss distanse, og det var derfor ikke passende å diskutere min egen situasjon med de ansatte og heller ikke om forskningsmessige problemstillinger.

En typisk dag på sykehjemsavdelingene startet med at jeg møtte på vaktrommet, enten på morgenen eller ettermiddagen, for å delta på rapporten i vaktskifte. De første dagene på hvert sykehjem brukte jeg til å følge enkelte pleiere tett og bli kjent med arbeidsrutinene på avdelingene. Etter hvert som jeg ble bedre kjent, beveget jeg meg mer på egenhånd og vandret mellom gruppene. Under feltarbeidet tilbrakte jeg mye tid i dagligstuen og på kjøkkenet på begge sykehjemmene, da det var her pleierne oppholdt seg mest sammen med beboerne. Jeg hadde dagligdagse samtaler med både pleierne og beboerne, og observerte pleiernes handlinger, samhandling og kommunikasjon, både med beboerne og kolleger. Videre fulgte jeg pleierne i omsorgen for beboere i terminalfasen⁶. Jeg observerte også når pleierne utførte det siste stellet for beboere som døde, inkludert transporten av den avdøde til kjølerommet.

I feltarbeid inntar forskeren en dobbel rolle, som også innebærer å bli det Wadel (2014, s. 68) kaller «å være sin egen informant». Han hevder at de oppdagelser forskeren gjør i rollen som egen informant ofte forekommer i form av små episoder som gir feltarbeideren aha-

⁶ Med terminal fase menes når pasienten lider av en uhelbredelig sykdom og trolig vil dø i nær fremtid (dager eller timer) (NPF og NFPM, 2016).
<https://palliativ.org/publikasjoner/begrep>

opplevelser. Disse aha-opplevelsene forsøker man deretter å utforske videre gjennom observasjon av samhandlingen mellom informanter (Wadel, 2014, s. 69). Min egen ubehagelig og urovekkende erfaring med kjølerommet på det ene sykehjemmet hvor jeg gjorde feltarbeid er ett eksempel på en slik aha-opplevelse, som senere ble utgangspunktet for artikkel I.

4.6.4 Feltnotater

Feltnotater er en viktig del av feltarbeidet (Wadel, 2014, s. 221). Jeg noterte korte beskrivelser i feltet, og enten på slutten av dagen eller i løpet av neste dag utvidet jeg disse til å inkludere mer omfattende «tykke beskrivelser» (Geertz, 1973, s. 26). Mine egne sanseinntrykk, erfaringer og refleksjoner ble også inkludert i disse beskrivelsene (Fangen, 2010, s. 105). Institusjonelle prosedyrer, som for eksempel rutiner for morsstell ble også inkludert i feltnotatene.

Under feltarbeidet prøvde jeg å få mest mulig med meg av det som ble sagt og gjort, og noterte stikkord i en notisblokk som jeg hadde i lommen. Disse notatene inkluderte beskrivelser av rom, mennesker, handlinger, hendelser, objekter, følelser og atmosfære (Hammersley & Atkinson, 2012, s. 213). I begynnelsen følte jeg meg litt ukomfortabel med å skrive notater åpenlyst. Åpen skriving kan oppfattes som upassende, forstyrrende eller til og med truende (Hammersley og Atkinson, 2012, s. 205). Derfor gikk jeg i starten på et lintøyrom eller til vaktrommet for å samle meg om situasjoner og samtaler jeg hadde opplevd som viktige, og prøvde å skrive ned flest mulig detaljer ordrett fra disse situasjonene inkludert korte beskrivelser av kroppsspråk og atferd (Wadel, 2014, s. 222). Etter hvert som jeg ble mer trygg i miljøet og fikk mer erfaring som forsker, ble skrivingen enklere. Alene i bilen på veien hjem fra feltarbeid leste jeg inn på diktafon refleksjoner og andre ting som jeg kom på.

I tråd med Fangen (2010, s. 108) sin anbefaling sorterte jeg feltnotatene i observasjonsnotater, teoretiske notater og metodologiske notater. Observasjonsnotater var fortløpende beskrivelser av hva som skjedde uten for mye tolkning. Teoretiske notater var refleksjoner der jeg prøvde å finne mening i notatene, for eksempel gjennom tidlige tolkinger eller analytiske begrep. Metodologiske notater kunne være påminnelse eller instruksjon til meg selv, inntrykk, følelser og andre opplevelser.

4.6.5 Feltsamtaler og intervju

Feltsamtaler er som tidligere nevnt i kapittel 4.4 uformelle samtaler mellom forsker og deltaker som oppstår mer eller mindre spontant og naturlig. De ligner ofte på hverdagslige samtaler og skiller seg fra planlagte intervjuer (Wadel, 2014, s. 218). Under feltarbeidet kunne slike samtaler med pleierne oppstå for eksempel i korridoren på vei til og fra dagligstuen, på kjøkkenet mens pleierne tilberedte måltider, i dagligstuen, eller på vaktrommet sammen med en eller flere pleiere. Noen av disse samtalene tok jeg også lydopptak av (alltid etter å ha fått godkjenning av de aktuelle pleierne).

I slutten av feltarbeidet (i 2018) gjennomførte jeg narrative intervjuer med seks pleiere som var nøkkelinformanter under feltarbeidet, tre pleiere fra hvert sykehjem. Intervjuene ble tatt opp på bånd og intervjueteknikken jeg brukte var inspirert av Biographical Narrative Interpretive Method (BNIM) (Wengraf, 2001). BNIM er en psykososial metode som støtter seg på en spesiell intervjueteknikk for å fremkalle deltakernes uavbrutte historier, og dermed fange opp deres måte å gi mening til sine personlige, sosiale og profesjonelle verdener (Ramvi, 2015).

I BNIM deles intervjuet i to deler der første del består av ett «single question aimed at inducing narrative» (SQUIN) (Wengraf, 2001). Spørsmålet jeg stilte til pleierne var:

Som du vet er jeg opptatt av hvordan helsepersonell opplever å arbeide med mennesker som kommer til å dø, som er døende. Kan du derfor fortelle om ditt forhold til en pasient (du følte du kjente godt) som nå er død. Fortell om alle de hendelser og erfaringer som var viktig for deg personlig. Ta den tiden du trenger jeg vil bare lytte og ikke avbryte deg med spørsmål. Jeg tar notater for å huske hva jeg vil spørre deg om etterpå. Ta tiden du trenger. Begynn hvor du vil.

I den andre delen av intervjuet ba jeg pleierne om å utdype tema de hadde nevnt i den første delen. Jeg oppfordret dem til å dele flere detaljer og beskrivelser av konkrete hendelser eller episoder for å få mer inngående informasjon og forståelse (Wengraf, 2001). Til slutt stilte jeg noen avsluttende spørsmål basert på en semistrukturert intervju guide som jeg hadde utarbeidet på forhånd (vedlegg 5).

Intervjuene ble gjennomført i sykehjemmene i et rom valgt av deltakerne, og varte fra en og en halv til to timer. Jeg transkriberte intervjuene selv som en viktig del av feltarbeidet.

4.7 *Analyse av data*

Analysen av etnografiske feltstudier er en kontinuerlig prosess som begynner med litteraturstudiet og varer til arbeidet er ferdigstilt (Hammersley & Atkinson, 2012; Wadel, 2014). Mens jeg var ute i feltet reflekterte jeg kontinuerlig over mine observasjoner og samtaler, og jeg skrev notater. Materialet ble analysert underveis ved at jeg delte erfaringer og utdrag fra feltnotater med mine veiledere, hvor vi sammen konkretiserte spor og tema som jeg fulgte vider i feltarbeidet (Wadel, 2014).

4.7.1 Analyse artikkel I og II – gruppebasert psykososial dybdehermeneutisk fortolkning

Analysen i artikkel I og II, som begge bygger på slike spor som nevnt ovenfor, er inspirert av en psykososial tilnærming med gruppebasert dybdehermeneutisk fortolkning (Gripsrud et al., 2018; Hollway & Volmerg, 2010).

Denne metoden har sitt opphav i Tyskland og bygger på sosiologen og psykoanalytikeren Alfred Lorenzers kulturpsykoanalytiske tilnærming. Metoden gir et spesifikt rammeverk for psykososial tekstanalyse, og den vektlegger inkludering av flere perspektiver gjennom gruppeanalyse (Hollway & Jefferson 2013). En dybdehermeneutisk tilnærming gir muligheten til å utforske korte utdrag fra et større datasett i detalj. Dette gir muligheten til å oppdage flere nivåer og sammenhenger i det øvrige materialet. Ved å forstå det spesifikke kan man danne hypoteser og kunnskap som også kan være relevant for andre situasjoner og mennesker (Gripsrud et al., 2018).

Gripsrud et al.'s (2018) beskrivelse av dybdehermeneutisk metode ble fulgt gjennom analysene og det ble brukt fortolkningsgrupper for å utforske og fortolke latente meninger i dataene (se artikkel I og II). I gruppene jobbet vi sammen for å undersøke og forstå hva som ble sagt gjennom å engasjere oss i et utvalg av rådata fra feltarbeidet som jeg på forhånd hadde valgt (deskriptiv analyse), hvordan det ble sagt (stilistisk analyse), og hvorfor det ble uttrykt på akkurat denne måten (meningsfortolkning) (artikkel II, s. 112). Gjennom en hermeneutisk prosess hvor utprøvende fortolkninger av den utvalgte teksten ble lagt fram og måtte finne støtte i helheten for å bli tatt med videre, ble det formulert nøkkelfunn.

4.7.2 Analyse artikkel III - fortolkende fenomenologisk analyse

I artikkel III ble Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), fortolkende fenomenologisk analyse anvendt som metode, for å analysere intervjudataene fra de seks pleierne som var nøkkelinformanter under feltarbeidet (Smith et al., 2009).

Jeg valgte å bruke IPA da metoden gir en detaljert undersøkelse av levd erfaring hos nøkkelinformantene, samtidig som den utforsker hvordan de gir mening til sin personlige og sosiale verden. Samtidig ønsket jeg også å få erfaring med flere analysemetoder.

Ifølge Smith og Osborn (2015, s. 41, min oversettelse) anses IPA som en «særlig nyttig metode for å undersøke komplekse, tvetydige og emosjonelle temaer», i tråd med omfanget av min studie. De teoretiske perspektivene som underbygger IPA, bygger på fenomenologi, hermeneutikk og idiografi. Fenomenologisk sett er IPA sympatisk til ideen om å vende tilbake til «saken selv» gjennom et vedvarende fokus på fenomenet under studien, som kan belyse spesifikke kvaliteter ved opplevelsen. IPA's hermeneutiske orientering kan sees i anerkjennelsen av at det ikke finnes noe upåvirket fenomen (Smith et al., 2009). Sentralt for IPA er derfor en refleksiv bevissthet om vekslingen mellom deltakerens fortelling og dens tolkning, som forskeren bringer inn i prosessen. Slik er forskeren engasjert i en dobbel hermeneutikk, «trying to make sense of the participants trying to make sense of what is happening to them» (Smith et al., 2009, s. 3). Til slutt er IPA's idiografiske forpliktelse tydelig gjennom en detaljert undersøkelse av det spesifikke intervjuet før man går videre til å analysere andre intervju. Først når alle intervjuene er undersøkt separat, kan en tverrgående analyse utføres (Smith et al., 2009).

For å gjennomføre IPA-analysen fulgte jeg de seks trinnene som er beskrevet av Smith et al., (2009, s. 79-107):

- 1: Lesing og gjenlesing
- 2: Skrive innledende notater
- 3: Utvikle fremvoksende tema
- 4: Søke etter sammenhenger mellom fremvoksende tema
- 5: Gjenta prosessen i neste intervju
- 6: Lete etter mønster på tvers av intervjuene, som førte til utviklingen av overordnede temaer på tvers av alle seks intervju.

(Se artikkel III, s. 112 for utfyllende beskrivelse av denne prosessen).

Til slutt ble utdrag fra transkripsjonene fra tre av intervjuene, som representerte forskjellige eller motstridende case, samt de overordnede temaene, presentert for to tolkningsgrupper (se artikkel III, s. 112). Styrken ved en tolkningsgruppe er at det kan bidra til å «avdekke skjulte antakelser, blinde flekker og feilgjenkjenninger hos forskeren» (Wengraf, 2001, s. 231, min oversettelse), og dermed støtte felles refleksjon om data på nye og kreative måter (Gripsrud et al., 2018).

4.8 Etiske overveielser

Forskningsetikk handler om etiske aspekter ved forskerrollen og utøvelsen av forskningsarbeidet. Det dreier seg om normer og verdier som skal hindre forskning som virker krenkende eller på andre måter skader mennesker og samfunn (NESH, 2021, s. 5).

Deltakernes rett til konfidensialitet og informert samtykke er grunnleggende etiske prinsipper innen forskning (NESH, 2021). Før oppstart av prosjektet hadde jeg informasjonsmøter med pleierne i sykehjemsavdelingene. I forkant av disse møtene hadde avdelingslederne orientert pleierne om studien og hengt opp informasjon om prosjektet på vaktrommet. Under selve møtene

presenterte jeg formålet med studien, min rolle og prosjektets varighet. Jeg la vekt på at deltakelse var frivillig og at det også var lov å trekke seg underveis uten at dette ville få noen konsekvenser. Pleierne mottok skriftlig informasjon om prosjektet (se vedlegg 2)

De fleste av pleierne arbeidet turnus, og under feltarbeidet gjentok jeg informasjonen og delt ut informasjonsskriv etter hvert som jeg møtte nye pleiere. I tillegg var det studenter og lærlinger på avdelingene som også fikk informasjonsskriv. Beboerne og de pårørende ble indirekte berørt av feltarbeidet, men var ikke deltakere i studien. Disse mottok et informasjonsbrev med kontaktinformasjon som gav dem mulighet for å ta kontakt og stille spørsmål (vedlegg 3).

Gjennom feltarbeidet har jeg strevd for å beskytte både pleiernes, beboernes og deres pårørendes anonymitet. Pleierne er gitt fiktive navn, og jeg har unngått å bruke opplysninger og beskrivelser som kan spore tilbake til dem eller sykehjemsavdelingene (NESH, 2021). Å ivareta den interne konfidensialiteten, det vil si hvorvidt det kan være et problem at de ulike deltakerne kan kjenne hverandre igjen i publikasjoner kan, ifølge Fangen (2010) være utfordrende, særlig i feltarbeid. Jeg ga derfor noen av pleierne en annen identitet i publikasjonene for å ivareta deres anonymitet (Fangen, 2010). Vignetter brukt i artiklene ble også endret.

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, prosjektnummer 54878). Studien ble også lagt fram til vurdering av en regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, som konkluderte med at studien falt utenfor deres mandat, da formålet ikke er å fremskaffe ny kunnskap om sykdom og helse etter helseforskningsloven (REK Vest ref. nr. 2017/1421).

Samtykkeskjemaene og lydfilene ble lagret i et låsbart skap ved universitetet. Transkripsjoner og feltnotater inneholder kun fiktive navn, og dataene kan ikke spores tilbake til enkeltpersoner eller

sykehjemmene. I tråd med NSD (vedlegg 1) ble samtykkene og alle lydfiler slettet 31.01.2020 (NESH, 2021).

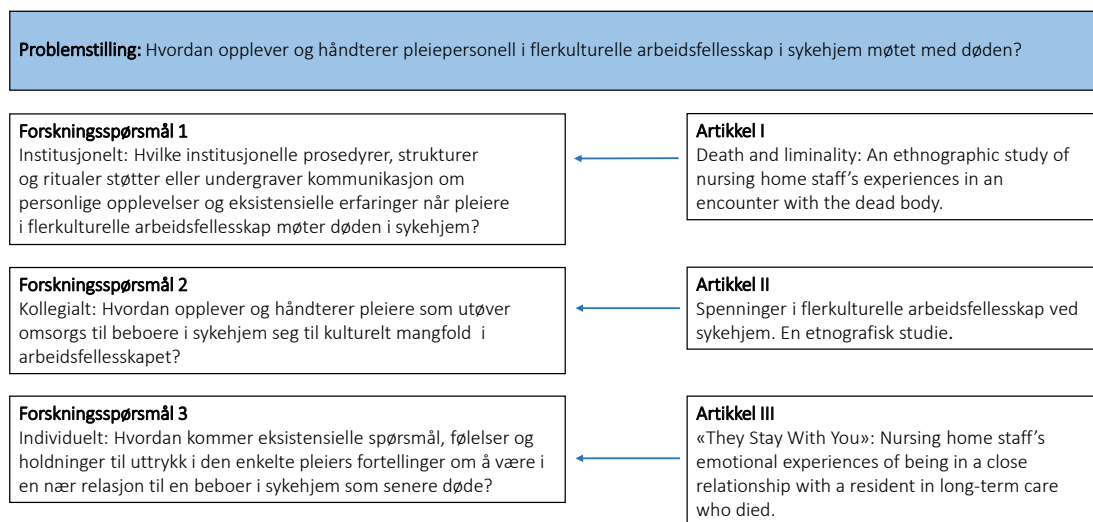
Forskningsetikk i praksis er nært knyttet til refleksivitet. Feltarbeid innebærer å bruke seg selv som forskningsinstrument og aktivt reflektere over hvordan egne erfaringer, fordommer, forforståelser og subjektivitet påvirker alle aspekter av forskningsprosessen (Wadel, 2014). Under feltarbeidet har jeg deltatt i et relasjonelt og følelsesmessig samspill med deltakerne og på lik linje med deltakerne er jeg påvirket av indre psykiske prosesser og forsvarsmekanismer som ikke alltid er fullt ut bevisste (Hollway & Jefferson, 2013). Jeg har derfor hatt jevnlig veiledning under feltarbeidet. I veiledningssamtalene diskuterte vi mine erfaringer, funn, reaksjoner og følelser i møte med feltet og pleierne. Veiledningen var verdifull for å utfordre mine antakelser, reflektere over mine egne reaksjoner og utvide mine perspektiver (Hollway & Jefferson, 2013).

5 Presentasjon av funnene

I dette kapittelet vil jeg oppsummere funnene i de tre artiklene hver for seg. Artikkelstudiene er et bidrag til en helhetlig doktorgradsavhandling, samtidig er de også enkeltstående kunnskapsbidrag til feltet. Hensikten med kapitlet er også å svare på avhandlingens overordnede problemstilling:

Hvordan opplever og håndterer pleiepersonell i flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem møtet med døden?

Figuren under viser en samlet oversikt over sammenhengen mellom avhandlingens problemstilling, forskningsspørsmål og avhandlingens tre artiklene (se figur 1).



Figur 1 Problemstilling og forskningsspørsmål besvart i artikkel I-III

Kommende delkapitler er delt inn etter de tre artiklene som besvarer de tre forskningsspørsmålene.

5.1 Artikkel I (institusjonelt nivå)

Death and liminality: An ethnographic study of nursing home staff's experiences in an encounter with the dead body (Ådland, Lavik, Gripsrud og Ramvi, 2019).

Den første artikkelen undersøker hvordan pleiepersonalet i flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem opplever og håndterer møtet med den døde kroppen. Datamaterialet består av feltnotater fra observasjoner og feltsamtaler, narrative intervjuer med nøkkelinformanter og institusjonelle prosedyrer og retningslinjer for stell av døde. Utgangspunktet for artikkelen var min egen ubehagelige opplevelse med kjølerommet på et av sykehjemmene, hvor jeg brukte meg selv som informant (Wadel, 2014). Erfaringer og observasjoner gjennom feltarbeidet utviklet seg til ulike spor som jeg fulgte videre i nye observasjoner og i dataanalysen (Hammersley & Atkinson, 2004; Wadel, 2014). Analysen i denne artikkelen bygger på ett av disse sporene, som er pleiernes møte med den døde kroppen; det siste stellet og transporten av den døde kroppen til kjølerommet. Gjennom analysen ble pleiernes møte med den døde kroppen identifisert som «den siste reisen». Den siste reisen begynte når beboeren lå død i sengen på avdelingen, og endte når den døde ble lagt på kjølerommet på sykehjemmet og døren til kjølerommet ble lukket. Den siste reisen beskrives gjennom tre deltema: 1) tvetydighet: å behandle den døde som en levende person, 2) å stille døde: det uhyggelige og abjekte og 3) transporten til kjølerommet.

Funnene viser at pleierne kunne oppleve møtet med den døde kroppen som en tvetydig tilstand – en liminal tilstand der kroppen ble opplevd som hverken død eller levende (Turner, 1969). Den døde kroppen kunne også framkalle redsel og uhygge hos pleierne. Funnene viser hvor emosjonelt krevende det kan være for dem når de steller den døde kroppen og transporterer den døde til kjølerommet. Selv om de institusjonelle rutinene som styrer «den siste reisen» – prosedyren for

stell av døde – ga en struktur for å håndtere denne reisen for pleierne, var de ikke tilstrekkelige til å forhindre følelsen av «det uhyggelige» som pleierne kunne oppleve. Funnene viser videre at pleierne ikke snakket sammen om disse personlige, eksistensielle og emosjonelle erfaringene knyttet til møtet med den døde kroppen på jobb.

5.2 Artikkel II (kollegialt nivå)

Spenninger i flerkulturelle arbeidsfellesskap ved sykehjem. En etnografisk studie (Ådland, Lavik, Gripsrud og Ramvi, 2022).

Hensikten med den andre artikkelen var å få økt kunnskap om hvordan pleiepersonell som utøver omsorg til beboere i livets slutfase i sykehjem opplever og forholder seg til et flerkulturelt arbeidsfellesskap. Utgangspunktet for artikkelen var min opplevelse av en diffus spenning og motsetning mellom det pleierne beskrev som et «kjempekjekt arbeidsmiljø», og den samtidig murrende undertonen om at alt ikke var så lett, og det var denne undertonen jeg ville undersøke videre. I artikkelen presenteres to situasjoner fra feltnotatene, som viser til denne spenningen i arbeidsfellesskapet. Gjennom analyseprosessen ble det formulert to nøkkelfunn: 1) Å se pleiere med innvandrerbakgrunn som et problem i en arbeidshverdag preget av travelhet og tidspress og 2) Strategier for å unngå å bli stigmatisert som et (innvandrers-) problem.

Under den gruppebaserte analysen av materialet ble det oppdaget diskriminering og rasisme både hos majoritets- og minoritetsnorske pleiere overfor ansatte med minoritetsbakgrunn. Dette manifesterte seg gjennom både indirekte og direkte ytringer. Funnene viser til hvor utfordrende det kan være for pleierne å sette ord på tanker og følelser knyttet til erfaringer av ulikheter i det mangfoldige arbeidsfellesskapet ettersom de er redde for å framstå som rasister eller rasistiske. Funnene viser også til at minoritetsnorske pleiere bruker ulike strategier for å unngå å bli stigmatisert som et problem i arbeidsfellesskapet. Videre

ble det tydelig at det økende effektivitetspresset i sykehjem, hvor flere oppgaver skal utføres av færre pleiere, bidrar til en følelse av å ikke gjøre en god nok jobb i omsorgen for beboerne. I en slik stresset arbeidssituasjon vil «syndebukk»-tenkning lett kunne oppstå og bidra til at uttrykk for ens «indre rasist» kommer til overflaten – et ubevisst trekk i menneskesinnet som Davids (2011, s. xi) mener eksisterer i oss alle.

5.3 Artikkel III (individuelt nivå)

«They Stay With You: Nursing Home Staff's Emotional Experiences of Being in a Close Relationship With a Resident in Long-Term Care who Died» (Ådland, Gripsrud, Lavik og Ramvi, 2022).

Den tredje artikkelen utforsker og søker å utvikle forståelse for pleiernes emosjonelle opplevelser av å være i en nær relasjon til beboere som senere dør på sykehjemmet. Som del av feltarbeidet gjennomførte jeg narrative intervju med seks pleiere i to sykehjem (tre i hvert sykehjem) som ble nøkkelinformanter under feltarbeidet. Disse intervjuene utgjør hovedmaterialet for denne artikkelen. Gjennom analysen av intervjumaterialet ble det identifisert tre overordnede tema: 1) Ønsker å være noe godt for beboeren og de pårørende, 2) Strever for å finne mening med beboerens død og 3) Sliter med å balansere det personlige og profesjonelle.

Funnene viser at det ble vekket sterke følelser hos pleierne i de nære og personlige relasjonene de kunne få til enkelte beboere. Pleierne engasjerte seg i og verdsatte slike nære og gjensidige relasjoner og strevde for å finne mening med beboernes død. Emosjonelt engasjement i relasjonen med beboerne viste seg også gjennom pleiernes ønske om å si farvel til beboeren en siste gang eller å delta i begravelsen til den avdøde. De kunne oppleve sorg når beboerne døde og de hadde minner om beboere de hadde utviklet et spesielt bånd til med seg i mange år etterpå. Pleierne ønsket å gjøre godt og være noe

godt for beboerne og de gav mye av seg selv. Samtidig opplevde de et stort ansvar i omsorgen for beboerne i den siste tiden som medførte en uro for å ikke strekke til eller gjøre noe som var feil eller ikke godt. Videre var det et fremtredende funn at pleierne slet med å balansere det personlige og profesjonelle i disse nære relasjonene med beboerne. De opplevde spenninger mellom det å ha en følelsesmessig distanse, og det å være personlig engasjert og følelsesmessig involvert. Pleierne snakket ikke sammen om slike personlige og følelsesmessige opplevelser i arbeidsfellesskapet.

6 Diskusjon

Dette kapittelet består av to deler der jeg i første del diskuterer fellestrekk på tvers av funnene i de tre artiklene ut fra et psykososialt perspektiv. I andre del belyser jeg studiens implikasjoner.

6.1 Diskusjon av funnene i et psykososialt perspektiv

De tre artiklene bidrar på ulike måter med kunnskap om hvordan pleiepersonell som arbeider i flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem opplever og håndterer møtet med døden. Et felles trekk på tvers av funnene er at pleierne ikke snakket sammen i arbeidsfellesskapene om personlige opplevelser og eksistensielle erfaringer knyttet til møtet med døden, (artikkel I og III). De snakket heller ikke sammen om tanker og følelser knyttet til kulturelt mangfold i arbeidsfellesskapene (artikkel II). Hvordan kan vi forstå disse taushetene?

Det finnes flere måter å tolke disse situasjonene på. Pleiere kan for eksempel unngå å kommunisere om visse tema fordi de mangler et passende språk for å formidle sine tanker og følelser (Bie, 2020). Det kan være vanskelig å finne ord som nøyaktig beskriver deres opplevelser. I tillegg kan pleiere også unngå å dele eller diskutere visse tema på grunn av mangel på mot (Chen et al., 2020; Doldor & Atewologun, 2021). De kan være redd for å bli dømt, misforstått eller ikke tatt seriøst av kolleger eller ledelsen. Dette kan føre til at de begrenser hva de sier for å unngå mulige negative konsekvenser.

Åpne samtaler om døden eller kulturelt mangfold kan være spesielt følsomme temaer. Pleiere kan unngå slike samtaler av frykt for å uttale noe upassende eller sårende, eller noe som kan føre til konflikter i arbeidsfellesskapet. De kan også føle at de må være sterke, profesjonelle og nøytrale, og derfor unngå å dele personlige erfaringer.

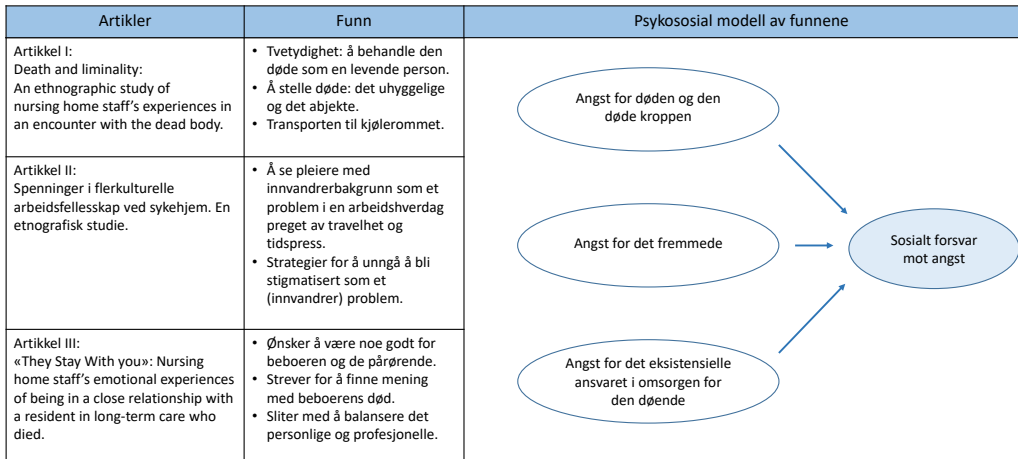
Pleiere kan anse det som egoistisk eller uetisk å ha fokus på seg selv når det er beboerne som trenger omsorg og pleie (Funk et al., 2017; Karlsson et al., 2017).

Manglende opplæring, veiledning eller tilbakemelding kan også påvirke pleieres vilje til å dele erfaringer. Hvis de ikke har fått tilstrekkelig støtte fra ledelsen eller har begrenset tid og rom for refleksjon, kan de unngå å åpne seg om personlige og eksistensielle opplevelser (Bie, 2020). Noen ganger kan også temaer være så sensitive og personlige at pleierne ikke føler seg komfortable med å dele dem med kolleger. Åpne samtaler om døden og kulturelt mangfold kan være følelsesmessig krevende, og derfor kan pleiere velge å unngå dem (Ramvi et al., 2022).

De fortolkningene jeg har presentert ovenfor, viser til ulike faktorer som kan tenkes å hemme eller hindre pleiernes kommunikasjon, slik som språk, mot, kultur, profesjonalitet, etikk, opplæring, ledelse og arbeidsmiljø. I et psykososialt perspektiv kan pleiernes mangel på kommunikasjon om emosjonelle, eksistensielle og sensitive tema også fortolkes som et forsvar mot angst (Ramvi & Gripsrud, 2017). Det er denne fortolkningen jeg har valgt å gå nærmere inn på. For å kunne iverksette tiltak for å bryte tausheten om de utfordrende temaene på sykehjemmet, er det nødvendig å forstå hva som ligger «under overflaten» på disse taushetene (Clarke & Hoggett, 2009).

I diskusjonskapittelet vil jeg derfor gå nærmere inn på tre typer angst som jeg – ut fra et psykososialt perspektiv – har tolket frem fra materialet: 1) *angst for døden og den døde kroppen*, 2) *angst for det fremmede*, og 3) *angst for det eksistensielle ansvaret i omsorgen for den døende*. Til slutt vil jeg skissere konturer av det jeg oppfatter i materialet som et sosialt forsvar mot angst i sykehjemmene.

Modellen under viser til disse sentrale funnene fra feltarbeidet, slik de er fortolket med utgangspunkt i fellestrekket angst (se figur 2).



Figur 2 Psykososial modell av funnene

6.1.1 Angst for døden og den døde kroppen

Selv om døden er en vanlig hendelse i sykehjem som medfører at pleiepersonell ofte steller døde og frakter den døde kroppen til kjølerommet, viser funnene at dette arbeidet for mange av pleierne var forbundet med uro, engstelse og ambivalente følelser (artikkel I). Det allerede nevnte teoretiske begrepet liminalitet (van Gennep, 1999; Turner, 1967, 1969; Stenner, 2017) ble nyttig for å fortolke og forstå pleiernes følelsesmessige reaksjoner ved å stille den døde kroppen og transportere den døde til kjølerommet. Liminalitet beskrives som tidligere nevnt i kapittel 3.4 i antropologien som et stadium i forbindelse med ritualer som markerer overgangen fra en livsfase til en annen (overgangsriter), og i denne sammenhengen handler det om den ultimate overgangen mellom liv og død (van Gennep, 1999; Turner, 1967, 1969). Turner (1969, s. 95) beskriver, som allerede forklart i kapittel 3.4 liminalitet som en helt særegen tilstand, en «betwixt and between»-fase, en fase hvor man ikke innehar sin tidligere status, men heller ikke har beveget seg over i det nye. Liminalitet er med andre ord 'verken her eller der'. Den nylig avdøde er for eksempel ikke

blant de levende, men (før ritualet er avsluttet) er personen heller ikke fullstendig blant de døde (Turner, 1969).

Når en beboer på sykehjem dør må pleierne håndtere det å arbeide med mennesker som er i denne overgangen mellom liv og død, som i både et antropologisk og et psykososialt perspektiv kan beskrives som å være i et terskelrom – også for dem som står nær den døde. Pleierne har ansvar for å stelle den nylig døde beboeren, og dette arbeidet kan fremme en rekke emosjonelle og eksistensielle følelser (Büster et al., 2023). En mulig fortolkning er at flere av pleierne opplevde det siste stellet og transporten av avdøde til kjølerommet som selv å være i en tvetydig tilstand, hvor de på den ene siden behandlet den døde som om kroppen var levende, for eksempel ved å snakke med den avdøde under stellet, og på den andre siden måtte forlate den døde alene i kjølerommet, noe som vekket sterke følelser (artikkel I). Dette ansvaret for å hjelpe et annet menneske over terskelen fra liv til død som noen pleiere opplevde ubehagelig, kan fortolkes som at pleierne var de som i praksis gjennomlevde eller opplevde den liminale fasen på kroppen. Pleierne stod med avdøde på terskelen mellom liv og død og skulle både innlemme beboeren blant de døde, og holde ut å stå i denne mellomfasen som Turner (1969, s. 95) beskriver som usikker og skremmende.

Et utfyllende begrep for å forstå dette emosjonelle spenningsfeltet er «Das Unheimliche» (Freud, [1919] 2001), oversatt til «det uhyggelige» på norsk (Hagerup, 2014, s. 51). Det var tydelig at pleierne ble stilt ovenfor følelser i seg selv som de ikke helt forstod. Den døde kroppen fremstod som både velkjent og samtidig fremmed for dem, noe som kunne skape alt fra uro, forvirring og ubehag, til angst, frykt og skrekk. Freud ([1919] 2001, s. 220) beskriver nettopp det uhyggelige som en følelse av at noe fortrolig og velkjent vender seg om til noe fremmed og skremmende. Han forklarer hvordan uhyggelige følelser kan oppstå fra alt som har med døden og døde kroppar å gjøre, inkludert forestillinger om de dodes tilbakekomst og ånder og spøkelser (Freud, [1919] 2001,

s. 241). Dette kommer også til uttrykk i noen av pleiernes fortellinger (artikkel I) hvor de beskriver kjente kulturelle fantasier i møte med den døde kroppen – som uhyggelige historier om spøkelser og zombier (Penfold-Mounce, 2018).

Kristeva (1982), skriver om det uhyggelige i forhold til hun kaller det abjekte. Hun beskriver det abjekte som først og fremst noe kroppslig. Det abjekte kan være det som forlater kroppen eller avvises av den, som for eksempel død hud, blod, svette, puss og avføring som opprinnelig var en del av kroppen, men som utenfor kroppen blir erfart som skrekkelig, avskyelig og frastøtende (Kristeva, 1982, s. 4). For Kristeva er liket det ultimate bildet av det abjekte. Det er død som infiserer liv, hvor liket er abjektet som vi ikke kan skille oss fra, eller beskytte oss mot, og som ifølge Kristeva kan framprovosere en bunnløs redsel (Kristeva, 1982, s. 4).

Døden kan med andre ord være svært vanskelig å forholde seg til, fordi den kan vekke sterke følelser og fornemmelser og dessuten kan utgjøre en grensesituasjon. I møte med den døde kroppen kan pleierne bli eksistensielt konfrontert med sin egen dødelighet og sårbarhet. Dette kan skape en ytterligere følelse av uhygge og angst (Kristeva, 1982; Yalom, 2011). Samtidig kan møtet med døden og den døde kroppen også tenkes å gi rom for erkjennelse og refleksjon, som også kan innebære et nytt og endret perspektiv på døden og livet (Yalom, 2011, s. 197). Å utføre stell av den døde kan oppleves som svært meningsfylt og berikende (Olausson & Ferrell, 2013), noe som også noen av pleierne i denne studien uttrykte (artikkel I).

Ifølge Yalom (2011) frykter de fleste mennesker døden fordi den er ukjent og fremmed. Den amerikanske kulturanthropologen og forfatteren Ernest Becker (1973) hevder at dødsangst er menneskets største og dypeste angst og at mennesket blir dypt påvirket av tanken på sin egen død. Han mener at håndtering av denne angsten er så avgjørende for vårt eget velvære at den hovedsakelig kontrolleres på et ubevisst nivå:

«...the idea of death, the fear of it, haunts the human animal like nothing else; it is a mainspring of human activity – activity designed largely to avoid the fatality of death, to overcome it by denying in some way that it is the final destiny for man».
(Becker, 1973, s. ix).

Møtet med døden og den døde kroppen kan med andre ord (ubevisst) skape angst og utfordringer for både mennesker generelt og helsepersonell spesielt, samtidig kan det også gi anledning til erkjennelse og refleksjon og åpne for nye perspektiver og endringer.

6.1.2 *Angst for det fremmede*

Jeg har allerede nevnt at angst for døden kan forstås som angst for det fremmede. Her vil jeg imidlertid gå videre og skrive om angst for en annen fremmedhet, nemlig «den andre». Angst for den andre er ofte assosiert med begrepet «xenofobi», som innebærer frykt, avsky eller fiendtlighet overfor alt som er annerledes eller ukjent, særlig mennesker med ulik etnisk, kulturell eller religiøs tilhørighet. Når denne xenofobien blir rettet mot spesifikke etniske eller nasjonale grupper, kan det utvikle seg til rasisme (Yakushko, 2009).

Under analysen av datamaterialet ble det oppdaget rasisme og diskriminering i arbeidsfellesskapet, både hos de majoritets- og minoritetsnorske pleierne overfor ansatte med minoritetsbakgrunn. Rasisme kan komme til uttrykk både gjennom eksplisitte og implisitte ytringer eller handlinger. Noen former for rasisme er tydelige, mens andre er mer subtile eller ubevisste. Mikroaggresjon er et begrep som er utviklet for å fange opp og beskrive de mer subtile formene for rasisme (Sue, 2007). Begrepet er et kommunikativt fenomen som undersøkes innen flere disipliner, men kanskje særlig innen psykologi (Wong et al., 2014). Mikroaggresjon omfatter små, ofte ubevisste handlinger, holdninger eller kommentarer som kan oppleves som støtende, nedlatende eller marginaliserende for personer som tilhører

minoritetsgrupper. Slike handlinger kan være både verbale og ikke-verbale, og kan uttrykkes gjennom subtile signaler eller atferd (Sue, 2007, s. 274), noe som også kom fram flere ganger under analysen av datamaterialet (artikkel II). Mikroaggresjoner kan virke uskyldige eller likegyldige for den som utfører dem, men de kan ha en svært negativ effekt på de som er mål for dem (McCann & Tudor, 2022; Taffel, 2020).

I psykososial forskning blir projeksjon og projektiv identifikasjon brukt som sentrale begrep for å forklare fenomener som rasisme og diskriminering (Clarke, 2014). Som tidligere beskrevet i kapittel 3.2, innebærer projeksjon at mennesker overfører sine egne negative egenskaper og følelser på andre for å unngå å erkjenne dem i seg selv. Den britiske psykoanalytikeren M. Fakhry Davids (2011, s. xi) bruker begrepet «internal racist» (indre rasist). Han beskriver den indre rasist som et ubevisst trekk i menneskesinnet som eksisterer i oss alle og som er designet spesielt for å avverge angst for den fremmede. Den indre rasist kan også sees å tre frem i denne studien, som en fortolkning av at pleiere i det flerkulturelle arbeidsfellesskapet projiserer ubehagelige følelser og uerkjente egenskaper over på kolleger med minoritetsbakgrunn. På denne måten kan de kvitte seg med vonde og ubehagelige deler av seg selv som skaper angst ved å overføre disse egenskapene til sine minoritetsnorske kolleger, og deretter kritisere dem for disse egenskapene (Foster, 2006). Den indre angsten blir med dette redusert (Davids, 2011).

Dette kan resultere i at de som er utsatt for denne projeksjonen begynner å tvile på sin egen verdi eller blir påvirket av de negative holdningene som blir projisert på dem (Clarke, 2014), slik vi også har hørt noen av pleierne i denne studien fortelle (Artikkel II, s. 116). Projektiv identifikasjon kan dermed gi pleierne som mottar projeksjonen en følelse av utenforskap, og til slutt kanskje også en følelse av å bli ekskludert fra arbeidsfellesskapet (Clarke, 2014).

At mennesker rutinemessig bruker projeksjon som et psykologisk forsvar for å håndtere angst er ifølge den britiske sosiologen Simon Clark (2014) en nøkkelinnsikt for å forstå rasisme og diskriminering. Den tyrkisk-kypriotiske psykiateren Vamık D. Volkan snakker også om projeksjon som et forsvar for å håndtere angst og opprettholde selvtillit. Han er opptatt av å forstå relasjoner mellom store grupper og psykologien til slike store grupper (Volkan, 2009). Store grupper deler ofte følelser, trossystemer, språk og representasjoner av historien og Volkan hevder at deltakere av en stor gruppe som føler seg truet av andre som tilhører det han kaller en annen «stor-gruppe identitet», kan bli besatt av å beskytte og opprettholde sin stor-gruppe identitet (Volkan, 2009, s. 207, min oversettelse).

Selv om Volkan først og fremst snakker om store grupper av nasjonal eller etnisk identitet, kan tenkningen hans om stor-gruppe identitet også være nyttig for å forstå flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem. Når en stor gruppe blir satt under press, kan det, ifølge Volkans forståelse (2008), ofte føre til at denne gruppen blir svært bevisste på skillet mellom «sin gruppe» og «de andre» – «fiendens» stor-gruppe (Volkan, 2009). De som identifiserer seg med den ene stor-gruppen (her de majoritetsnorske) vil da, jamfør Volkan (2009), ha lett for å ville undertrykke de andre som tilhører den såkalt fiendtlige gruppen (her de minoritetsnorske) for å beskytte og opprettholde sin stor-gruppe identitet.

Travelhet og tidspress i sykehjem og den ubehagelige følelsen av å ikke få gjort en god nok jobb kan tenkes å bidra til en «syndebukk»-tenkning hvor pleiere som tilhører den minoritetsnorske gruppen lett kan få skylden for det vonde og ubehagelige som overvelder de som identifiserer seg med den majoritetsnorske gruppen. Syndebukk-tenkningen kan på den måten gjennom stor-gruppe identiteten gi pleierne som identifiserer seg med den majoritetsnorske gruppen mulighetene til å dempe ubehagelige og vonde følelser.

Volkan (2009) viser til at dette abstrakte begrepet, «stor-gruppe identitet» blir den sentrale kraften som påvirker flerkulturelle relasjoner, og i overført betydning kan dette kanskje også kaste lys over hva som foregår i flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem i Norge. Angst for det fremmede – «den andre» – kan, som jeg har argumentert for her, med andre ord være en sterk drivkraft i dynamikken i flerkulturelle arbeidsfellesskap.

6.1.3 Angst for det eksistensielle ansvaret i omsorgen for beboere i livets slutfase

Etter å ha drøftet angst for døden og den døde kroppen, og angst for det fremmede, en angst som kan oppstå i møte med «den annerledes andre», vil jeg nå rette fokus mot den tredje formen for angst som kan tolkes frem av materialet – angst for det eksistensielle ansvaret i omsorgen for beboere i livets slutfase.

Funnene (fra artikkel III) viser at pleierne ønsket å gjøre godt og være noe godt for spesielle beboere som de hadde et nært forhold til, og de ga mye av seg selv til disse. De formidlet noe dypt tilfredsstillende med å gi omsorg til disse beboerne. Samtidig opplevde de et stort ansvar i denne omsorgen, medfulgt av en uro for å ikke strekke til, eller gjøre noe som var feil eller ikke godt nok for beboerne i den siste tiden. Denne uroen kan framstå som knyttet til en angst for eksistensielt ansvar. Som allerede nevnt i kapittel 3.3, skisserer Yalom (2011) fire grunnleggende eksistensielle vilkår som han mener forårsaker fundamental angst hos mennesker: død, isolasjon, meningsløshet og frihet. Hvert vilkår inneholder en konflikt, og han mener at angsten oppstår fordi ingen av konfliktene har noen egentlig løsning.

Yalom, (2011, s. 263) knytter grunnvilkåret frihet til begrepene ansvar, skyld og vilje. Friheten mener han ligger i evnen til å ta autonome valg og handle i tråd med egne verdier og ønsker. Dette innebærer at vi har frihet til å forme våre liv gjennom våre valg og handlinger, men at

denne friheten også har en pris i form av ansvar da alle valg og handlinger har konsekvenser. Yalom (2011, s. 266) hevder videre at når vi erkjenner vårt eget ansvar, står vi overfor det han kaller «grunnløshet». Dette er en følelse av usikkerhet som kommer når vi innser at vi har frihet til å ta våre egne valg, og at disse valgene har konsekvenser. Som mennesker erkjenner vi dette ansvaret, men friheten vår åpner også for muligheten til å unngå ansvar og unnlate å handle. Yalom (2011, s. 267) beskriver dette som «ansvarsflukt», som er en måte å redusere vår angst på, men som også fører til tap av vår frihet og «autentisitet».

I omsorgen ved livets slutt må pleierne ofte ta vanskelige og avgjørende valg på vegne av beboerne – noe som kan ha stor betydning for beboernes livskvalitet, verdighet og trygghet (Heggstad, 2023). Frykten for å ta feil beslutninger eller for å påføre beboerne unødig lidelse kan være overveldende, særlig fordi de bare har én sjanse til å gjøre det riktig, og ikke kan rette opp feil senere. Pleierne må ta ansvar for konsekvensene av sine valg både for beboerne og for seg selv. Dette kan skape en sterk følelse av angst, skyld, tvil eller usikkerhet, særlig hvis de er usikre på hva beboerne ønsker, eller hva som er til det beste for dem (Karlsson et al., 2017). Angsten kan også forsterkes av at pleierne ofte må handle under tidspress og ressursmangel som igjen kan påvirke pleiernes relasjon til beboerne, de pårørende og kollegaene, og deres evne til å yte god omsorg (Ramvi & Gripsrud, 2017). Angsten for det eksistensielle ansvaret i omsorgen for døende kan dermed være en stor belastning for pleierne, som kan påvirke dem både personlig og profesjonelt (Funk et al., 2017). Det er samtidig viktig å få fram at angst for eksistensielt ansvar kan variere fra pleier til pleier, avhengig av personlige verdier, overbevisninger og tidligere erfaringer (Karlsson et. al., 2017).

Den danske filosofen Knud E. Løgstrup beskriver ansvar som en grunnleggende og ubetinget fordring som eksisterer i møtet mellom mennesker (Løgstrup, 2010). Han hevder at ethvert menneske har en

grunnleggende etisk forpliktelse til å bære ansvar for andre mennesker. I dette ansvaret mener han at det ligger et taust krav eller forventning om å ta hensyn til den andre – en etisk fordring om å ta vare på det av vår nestes liv som vi har i vår hånd til beste for den andre (Løgstrup, 2010, s. 10). Beboere i sykehjem utgjør en sårbar gruppe som er avhengige av omsorg og støtte (Meld. St. 24 (2019-2020)). Denne avhengigheten vil, med bakgrunn i Løgstrup (2010) utløse en etisk fordring for pleierne – et moralsk ansvar for å ivareta beboerne til deres beste. I denne studien ble ansvaret for å svare på den etiske fordring ledsaget av pleiernes engstelige følelser av å ikke «gjøre det rette» eller ikke «gjøre nok» for beboerne (artikkel III, s. 117). Angsten for det eksistensielle ansvaret var med andre ord forbundet med frykten for å ta ansvar for beboernes liv og død, som var sårbare og avhengige av pleiernes hjelp.

6.1.4 Uttrykk for sosialt forsvar mot angst i sykehjemmene?

I dette siste delkapittelet vil jeg gå videre fra det individuelle og kollegiale nivået til et organisatorisk nivå og drøfte hvordan angst for døden og den døde kroppen, angst for det fremmede og angst for det eksistensielle ansvaret i omsorgen for beboere i livets slutfase kan føre til et «sosialt forsvar mot angst» i sykehjemmene (Menzies Lyth, 1988). For å forstå hvordan et sosialt forsvar mot angst kan oppstå og fungere i organisasjoner, vil jeg nå kort presentere den britiske psykoanalytikeren, forskeren og organisasjonskonsulenten Isabel Menzies Lyths teori om sosialt forsvar mot angst.

Menzies Lyths teori om sosialt forsvar mot angst

På 1950-tallet gjennomførte Menzies Lyth en banebrytende studie av utdanningssituasjonen for sykepleiere ved et sykehus i England. Sykehusledelsen var bekymret for at mange dyktige sykepleierstudenter sluttet, og at det var høy grad av spenning og langvarig stress blant

sykepleierne. Forskerne intervjuet sykepleiere og andre helsearbeidere på sykehuset for å få en grundig forståelse av hvordan arbeidet var organisert og hvordan sykepleierutdanningen fungerte. Resultatene viste at sykepleiernes oppgaver i seg selv ikke kunne forklare den uroen og spenningen som eksisterte. Menzies Lyth (1988) brukte begrepet «sosiale forsvarssystemer» (Jaques, 1955) for å forklare resultatene. Dette bygger på ideen om at organisasjoner utvikler ulike typer sosiale strukturer og kulturer for å lindre og dempe spenninger de ansatte føler på (Ramvi, 2014, s. 6).

Menzies Lyth (1988) understreker at organisasjoner i seg selv ikke er i stand til å oppleve angst. Angst er en følelse som eksisterer på individnivå. Imidlertid hevder hun at organisasjoner kan skape og opprettholde forskjellige strukturer, prosesser og normer som kan beskytte individene mot angst. I studien bruker hun begreper fra objektrelasjonsteorien for å forklare angst hos sykepleierne. Hun hevder at kjernen i sykepleiernes angst ligger i deres forhold til pasientene. Jo mer intimt og konsentrert dette forholdet er, desto mer sannsynlig er det at sykepleieren opplever angst. Hun fant at sykepleierne brukte ulike primitive forsvarsstrategier for å håndtere den emosjonelle belastningen av å ta vare på syke og døende pasienter, som for eksempel å splitte opp arbeidsoppgaver, unngå relasjoner, overholde regler og prosedyrer, stigmatisere pasienter og benekte følelser (Menzies Lyth, 1988, s. 50-63).

Funnene i min studie indikerer, i tråd med Menzies Lyth (1988) at pleierne i sykehjemmene benyttet ulike forsvarsstrategier for å håndtere vanskelige følelser som oppstod i arbeidet. I det følgende vil jeg gi noen eksempler på hvordan dette kom til uttrykk i pleiernes praksis.

Unngår å snakke om egne opplevelser og erfaringer knyttet til døden og det flerkulturelle arbeidsfellesskapet:

Studien avdekker, som beskrevet innledningsvis i kapittel 6.1, at pleierne sjelden diskuterte personlige eller eksistensielle erfaringer

knyttet til nære relasjoner med beboerne og møtet med beboernes død (artikkel I og III). De delte heller ikke sine tanker og følelser om det flerkulturelle arbeidsfellesskapet (artikkel II). Disse taushetene kan tolkes som en forsvarsstrategi for å unngå angst og opprettholde stabilitet i et komplekst arbeidsmiljø, i tråd med Menzies Lyth (1988).

Observasjoner gjennom feltarbeidet viste at det ikke var organisert systematisk refleksjon og veiledning hvor pleierne kunne bearbeide egne erfaringer og følelser knyttet til døden og det flerkulturelle arbeidsfellesskapet. Dette kan sammenlignes med det kollektive sosiale forsvarssystemet som Menzies Lyth (1988) beskrev i sin studie. Selv om dette forsvarssystemet kan bidra til en viss stabilitet og harmoni i arbeidsmiljøet ved å unngå å diskutere egne opplevelser og erfaringer, kan det også ha uheldige konsekvenser. Mangel på tilgangen til systematisk refleksjon og veiledning kan hindre pleierne i å bearbeide sine erfaringer og følelser knyttet til døden og det flerkulturelle arbeidsmiljøet. Dette kan føre til at pleierne opplever påkjenninger og belastninger på jobb, som i sin tur kan påvirke deres evne til å yte omsorg på en følsom og empatisk måte.

Opprettholder en profesjonell rolle og distanserer seg fra egne følelser:

Observasjoner gjennom feltarbeidet indikerer videre at det fantes en felles forventning om «profesjonalitet» blant pleierne i sykehjemmene (artikkel III, s. 119). Denne profesjonaliteten innebar at pleierne skulle unngå å bli for personlig involvert, opprettholde en profesjonell rolle og ikke uttrykke sine følelser på jobb. Dette kan ha vært en måte å beskytte seg mot å bli overveldet av angst, sorg, skyld og ansvar som kan oppstå i relasjon med beboerne og møtet med beboernes død. Menzies Lyth (1988, s. 53) omtaler dette fenomenet som «detachment and denial of feelings». Hun bruker dette begrepet i sin studie for å beskrive hvordan sykepleierne prøvde å unngå å bli for personlig

involvert med pasientene eller deres lidelse, til tross for at relasjonsarbeidet står sentralt i sykepleiegjerningen.

En distansert praksis kan ha både positive og negative konsekvenser for pleierne. Emosjonell distanse beskytter pleierne mot angst, sorg, skyld og ansvar som kan oppstå i relasjon med beboerne og møtet med beboernes død. Men, distansen kan også bidra til at de overser eller undertrykker sine egne behov for å snakke om emosjonelle og eksistensielle opplevelser i disse nære relasjonene og om hva møtet med døden gjør med dem. Dette kan gjøre det vanskeligere for pleierne å bearbeide egne følelser og hindre dem i å søke støtte fra kolleger eller ledere (Menzies Lyth, 1988).

Intellektualiserer og idylliserer døden:

En annen observasjon var at pleierne brukte standardiserte fraser og en distansert beskrivelse av døden, som for eksempel ved å si at «døden er en naturlig del av livet» eller at «døden er forventet i sykehjem» eller at døden er «en venn og befrier» (Artikkel III, s. 119). Dette kan tolkes som en form for intellektualisering eller idyllisering der pleierne nærmer seg døden gjennom rasjonelle og kognitive uttrykk, i stedet for å engasjere seg følelsesmessig. Ved å presentere døden som en helt naturlig del av livet på sykehjemmet, kan pleierne prøve å nøytralisere de emosjonelle eller ubehagelige følelsene knyttet til døden, og i stedet fokusere mer på fornuftsmessige eller objektive tanker om den. En slik diskursiv praksis kan, i tråd med Menzies Lyth (1988), tolkes som et sosialt forsvar for å dempe eller «temme» angst og sårbarhet som pleierne opplever i møte med døende og døde beboere (artikkel III, s. 119).

Ved å intellektualisere og idyllisere døden, kan pleierne prøve å skape en form for avstand for å håndtere sorg og uhyggelige følelser i møte med døden. Dette kan være nyttig på kort sikt, da det kan hjelpe pleierne med å utføre jobben sin uten å bli overveldet av følelser. Samtidig kan denne distansen også ha negative konsekvenser. Ved å

fokusere mer på rasjonelle og objektive tanker om døden, kan pleierne miste sin evne til å engasjere seg følelsesmessig og ha nære relasjoner med både beboerne og deres pårørende. Dette kan igjen føre til tap av empati og dehumanisering av beboerne.

Unngår å engasjere seg i rasistiske utsagn og mikroaggresjoner:

Funnene indikerer at pleierne aktivt unngikk å si i fra eller reagere på rasistiske utsagn og mikroaggresjoner som oppstod på arbeidsplassen. I lys av Menzies Lyths teori kan vi forstå pleiernes unngåelse av slike situasjoner som et forsvar mot angst. Hun beskrev i sin studie hvordan sykepleierne opplevde høy grad av stress og angst på grunn av de komplekse og krevende arbeidsforholdene de stod overfor. Som en respons på denne belastningen søkte sykepleierne ulike måter å beskytte seg selv på, både fysisk og psykisk (Menzies Lyth, 1988, s. 50-63).

I dette tilfellet kan det at pleierne unngår å engasjere seg i rasistiske situasjoner være en strategi for å redusere angst og konflikt. Ved å unngå konfrontasjon med rasisme på arbeidsplassen, kan pleierne unngå de negative konsekvensene som kan følge med, for eksempel stigmatisering eller tap av anseelse blant kolleger. Pleierne kan frykte at dersom de utfordrer rasistiske holdninger, kan de møte motstand eller fiendtlighet fra kollegaer, og dette kan øke konfliktnivået på arbeidsplassen. Selv om denne unngåelsesstrategien bidrar til å redusere den umiddelbare angsten og konfliktnivået blant kollegaer, har den negative konsekvenser. Å ignorere eller benekte forekomsten av rasisme kan hindre en god håndtering av dette problemet på lengre sikt.

Skyver ansvaret over på andre:

Videre indikerer funnene at både minoritetsnorske og majoritetsnorske pleiere ofte plasserte skylden for arbeidsrelaterte problemer og utfordringer på minoritetsnorske enkeltpersoner og grupper. Samtidig skjøv de ansvaret oppover til ledelsen og kommunen (artikkel II). Dette

kan tolkes som et uttrykk for sosialt forsvar mot angst hvor pleierne forsøker å opprettholde en følelse av kontroll ved å projisere problemene på andre (Menzies Lyth, 1988, s. 56-60). Det kan også være en forsvarsmekanisme for å beskytte seg selv mot eventuelle konsekvenser eller sanksjoner.

I tillegg kan det å skylde på andre også være et forsøk på å avverge kritikk og beskytte sin egen selvoppfatning og selvilde. Ved å projisere problemene på minoritetsnorske enkeltpersoner og grupper eller ledelsen og kommunen, kan pleierne opprettholde en positiv selvoppfatning og unngå selvkritikk eller erkjenne egne feil. Dette kan være en måte å håndtere skyld- og skamfølelse på.

Samtidig kan det å skylde på ledelsen og kommunen også være en måte for pleierne å påpeke organisasjonens mangler og behov for endringer. Ved å skyve ansvaret oppover kan de håpe på at ledelsen vil ta tak i problemene og iverksette tiltak for å forbedre arbeidsforholdene og kvaliteten på omsorgen som blir gitt. Å skylde på ledelsen og kommunen gir dem muligheten til å unngå personlig ansvar samtidig som det peker på organisasjonens mangler.

Ritualer og prosedyrer: Containment eller sosialt forsvar?

Containment (se kapittel 3.2) er i utgangspunktet et klinisk begrep fra psykologien. Nyere forskning viser likevel til at containment også kan finne sted gjennom andre former enn 'ren' mellommenneskelig samhandling. For eksempel kan kulturelle objekter og ritualer tenkes å understøtte containment for pleierne gjennom å symbolisere grenseoverganger (Giffney, 2021, s.118-124). Sykehjemmets ritualer og prosedyrer kan med andre ord ha funksjon av containment, i det de skaper en fast og forutsigbar ramme rundt det angstfulle møtet pleiepersonell har med døden. Men, som Bion ([1962] 2023) understreker med begrepsparet container-contained, er det nødvendig at det emosjonelle i situasjonen bearbeides, ikke unngås.

Ritualene og prosedyrene for å håndtere døden kan altså også være del av et sosialt forsvars system som hjelper pleiepersonell å holde det emosjonelle på avstand. Ritualene og prosedyrene kan bidra til å skape en struktur og et fellesskap som håndterer det uhyggelige ved døden, samtidig som de kan begrense diskusjon og refleksjon rundt temaet. Dette kan bidra til å opprettholde et forsvarsnivå mot angst og ubehag, men samtidig hindre reell læring og utforsking av følelsene som oppstår.

Menzies Lyth hevdet at de sosiale forsvarssystemene var ineffektive og skadelige, både for sykepleierne selv og for pasientene. Hun mente at de førte til at sykepleierne ble demotiverte, utbrente, syke eller sluttet i jobben. De førte også til at pasientene fikk dårligere omsorg og pleie, og at sykehuset ble mindre effektivt og fleksibelt:

The conclusion was that the social defence system represented the institutionalization of very primitive psychic defence mechanisms, a main characteristic of which is that they facilitate the evasion of anxiety but contribute little to its true modification and reduction (Menzies Lyth, 1988, s. 77).

Hun foreslo derfor at sykehuset måtte endre sin organisering og kultur, slik at sykepleierne fikk bedre opplæring, veiledning, støtte og anerkjennelse, og at de fikk mulighet til å utvikle sine faglige og personlige ferdigheter.

Sosiale forsvarssystemer kan imidlertid være vanskelige å endre, både på individ- og organisasjonsnivå. Endringer kan skape usikkerhet og angst hos ansatte, og det er naturlig å holde fast ved det kjente for å unngå disse følelsene. Ifølge Menzies Lyth (1988, s. 62) fører det sosiale forsvarssystemet til at endringer unngås så langt det er mulig. Denne strategien har som mål å beskytte individene mot å konfrontere underliggende angst og behov, samtidig som den opprettholder en følelse av stabilitet og trygghet i organisasjonen. Menzies Lyth (1988, s. 65) påpekte imidlertid at dette sosiale systemet ikke bare mislykkes

med å lindre angst, men faktisk skaper angst. Hun framhevet utfordringen med å opprettholde et slikt forsvarssystem, da det begrenser individets evne til å håndtere utfordringer og utvikle seg. Dette kan føre til en følelse av stagnasjon og redusert tilfredshet og engasjement blant ansatte.

6.2 Implikasjoner

Avhandlingen gir innsikt i en viktig, men ofte oversett dimensjon av omsorg ved livets slutt i sykehjem gjennom tolkningen av hvorfor taushet oppstår i arbeidsfellesskapet og en vektlegging av følelser. En sentral implikasjon fra avhandlingen er behovet for økt fokus på kommunikasjon og refleksjon rundt døden og det kulturelle mangfoldet i sykehjem. Pleiere bør få muligheten til å bearbeide følelser og opplevelser knyttet til døden. Det er avgjørende å etablere en kultur på arbeidsplassen der pleiere kan kommunisere åpent om eksistensielle og emosjonelle erfaringer, både relatert til døden og det flerkulturelle arbeidsmiljøet.

Uten muligheten til å reflektere over og bearbeide egne erfaringer og følelser, kan pleierne bli utsatt for påkjenninger og belastninger som påvirker deres trivsel og evne til å opprettholde omsorgskvaliteten. Derfor er det essensielt at sykehjemmet og ledelsen anerkjenner betydningen av systematisk refleksjon og veiledning for pleiernes velvære og omsorgsevne. Ved å tilby arenaer og ressurser for pleierne til å reflektere over og bearbeide sine erfaringer og følelser, kan sykehjemmet bidra til å sikre at pleierne får den nødvendige støtten de trenger for å håndtere utfordringer knyttet til døden og det flerkulturelle arbeidsmiljøet. Dette kan bidra til å forbedre omsorgen ved livets slutt, styrke arbeidsmiljøet og fremme profesjonell utvikling for pleierne, samtidig som det øker trivselen både for pleiere, beboere og pårørende.

Implementeringen av refleksjon og veiledning i sykehjem krever politiske tiltak og retningslinjer som støtter opp om dette. Politiske

retningslinjer kan bidra til å sikre tilstrekkelige ressurser og kompetanse for systematisk refleksjon og veiledning, noe som vil forbedre omsorgen for pasientene, pleiernes trivsel og engasjement, beboernes opplevelse av verdighet og respekt, samt pårørendes følelse av støtte og forståelse.

Avhandlingen har også implikasjoner for utdanning og kompetanseutvikling av helsepersonell. Ved å ha et større fokus på følelsenes betydning for profesjonelt omsorgsarbeid, kan man bedre forberede fremtidige pleiere på å håndtere utfordringer knyttet til omsorg ved livets slutt og møtet med døden. Dette kan bidra til å øke omsorgskvaliteten som blir gitt, og gi pleierne nødvendige verktøy og kunnskap for å håndtere slike situasjoner.

Avhandlingen fokuserer spesielt på sykehjem, men funnene og implikasjonene kan også være relevante for andre deler av helsetjenesten. Videre forskning om konsekvensene av taushet rundt døden og kulturelt mangfold i helsetjenesten kan være verdifullt for utvikling og implementering av tiltak som kan forbedrer omsorgskvaliteten og trivselen for både pasienter, pårørende og helsepersonell.

7 Konklusjon

Hensikten med denne studien var, gjennom en psykososial tilnærming, å øke kunnskapen om og forståelsen av hvordan pleiepersonell i flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem opplever og håndterer møtet med døden. Et gjennomgående funn i avhandlingen er at pleierne ikke kommuniserte med hverandre om eksistensielle eller emosjonelle erfaringer relatert til omsorg for beboere i livets siste fase og møte med døden. De delte heller ikke sine tanker og følelser om det kulturelle mangfoldet i arbeidsfellesskapet. Denne manglende kommunikasjonen kan tolkes i et psykososialt perspektiv som forsvar mot angst.

Forsvar mot angst som utvikles for å holde følelser på avstand, kan hindre pleierne i å bearbeide emosjonelle og eksistensielle opplevelser og lære av sine erfaringer fra omsorgsarbeid ved livets slutt. Forsvaret kan dermed ha en negativ innvirkning på omsorgskvaliteten som tilbys, samt på arbeidsmiljøet og trivselen til pleierne. For å forbedre omsorgen ved livets slutt i sykehjem og styrke arbeidsmiljø og profesjonell utvikling for pleierne, bør det legges til rette for systematisk refleksjon og veiledning i sykehjemmene. Dette kan bidra til å skape en kultur der pleierne føler seg tryggere på å dele sine tanker, følelser og erfaringer, både knyttet til døden og til det kulturelle mangfoldet i arbeidsfellesskapet. Dette vil i sin tur kunne ha en positiv innvirkning på kvaliteten på omsorgen som blir gitt, samt på arbeidsmiljøet og trivselen til pleierne.

8 Referanser

- Alftberg, Åsa, Ahlström, G., Nilsen, P., Behm, L., Sandgren, A., Benzein, E., Wallerstedt, B., & Rasmussen, B. H. (2018). Conversations about death and dying with older people: An ethnographic study in nursing homes. *Healthcare (Basel)*, 6(2), 63. <https://doi.org/10.3390/healthcare6020063>
- Aries, P. (1977). *Døden i vesten: eit historisk oversyn frå mellomalderen til vår tid*. Det Norske Samlaget.
- Barooah, A.; Boerner, K.; Riesenbeck, I. & Burack, O.R. (2015). Nursing home practices following resident death: The experience of Certified Nursing Assistants. *Geriatric Nursing*, 36(2):120–125.
- Becker, E. (1973). *The denial of death*: pbk. Free Press.
- Bie, K. (2020). *Refleksjon: sykepleierens vei til klokskap*. Universitetsforlaget.
- Bion, W. (2023). *Learning From Experience*. Routledge.
- Boerner, K., Burack, O. R., Jopp, D. S. & Mock, S. E. (2015). Grief after patient death: Direct care staff in nursing homes and homecare. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(2), 214-222. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.05.023>
- Büster, L., Croucher, K., Green, L., & Faull, C. (2023). Mediating worlds: the role of nurses as ritual specialists in caring for the dead and dying. *Mortality*, 29(3), 554-571. <https://doi.org/10.1080/13576275.2023.2198694>
- Cagle, J. G., Unroe, K. T., Bunting, M., Bernard, B. L. & Miller, S. C. (2017). Caring for dying patients in the nursing home: Voices from frontline nursing home staff. *Journal of Pain and Symptom*

Management, 53(2), 198-207.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.08.022>

Canham, S. L., Battersby, L., Fang, M. L., Sixsmith, J., Woolrych, R. & Sixsmith, A. (2017). From familiar faces to family: Staff and resident relationships in long-term care. *Journal of Aging and Health*, 29(5), 842-857. <https://doi.org/10.1177/0898264316645550>

Chen, L., Xiao L.D., Han, W., Meyer, C. & Müller, A. (2020). Challenges and opportunities for the multicultural aged care workforce: A systematic review and meta-synthesis. *Journal of Nursing Management*, 28(6), 1155-1165. <https://doi.org/10.1111/jonm.13067>

Clarke. S. & Hoggett, P. (2009). Researching beneath the surface: A psycho-social approach to research practice and method. I Clarke. S. & P. Hogget (Red). *Researching Beneath the Surface: Psycho-Social Research Methods in Practice* (s.1-26). Routledge.

Claus, G. (5. juli, 2018,). *Innvandrere stod for lav 6 årsverk innen omsorg*. Statistisk sentralbyrå (SSB). <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/innvanderne-sto-for-1-av-6-arsverk-innen-omsorg>

Davids, M. F. (2011). *Internal Racism*. Red Globe press.

Debesay, J., Arora, S., & Fougner, M. (2022). Organisational culture and ethnic diversity in nursing homes: a qualitative study of healthcare workers' and ward nurses' experiences. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–843. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08184-y>

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). (16.desember, 2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. 5. utgave 2021, redigert 2023. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>

Doldor, E. & Atewologun, D. (2021). Why work it when you can dodge it? Identity responses to ethnic stigma among professionals. *Human Relations*, 74(6), 892–921.

<https://doi.org/10.1177/0018726719895552>

Dzamarija, M.T. (5. mars, 2019). *Slik definerer SSB innvandrere*. Statistisk sentralbyrå (SSB). <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/slik-definerer-ssb-innvandrere>

Egede-Nissen, V., Sellevold, G., Jakobsen, R. & Sørle, V. (2019). Minority healthcare providers experience challenges, trust, and interdependency in a multicultural team. *Nursing Ethics*, 26(5), 1326-1336. <https://doi.org/10.1177/0969733017752546>

Eriksen, T. H. (2007). Mangfold versus forskjellighet. I Ø. Fuglerud & T.H. Eriksen (red.), *Grenser for kultur? Perspektiver fra norsk minoritetsforskning*. Pax Forlag.

Eriksen, T. H. & Sajjad, T. (2020). *Kulturforskjeller i praksis: Perspektiver på det flerkulturelle Norge* (7.utgave, s. 111–130). Gyldendal

Fagertun, A. & Tingvold, L. (2018). Omsorgsarbeid, kjønn og etnisitet. Flerkulturelle arbeidsfellesskap i norske sykehjem i møte med institusjonelle endringer. I J. Debesay & C. Tschudi-Madsen (Red.), *Migrasjon, helse og profesjon* (s.173-193). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Bergen, Norway: Fagbokforl.

Folkehelseinstituttet. (2023). *Dødsårsaksregisteret – statistikkbank. D3a: Dødsfall etter dødssted – 2022*. <https://statistikkbank.fhi.no/dar/>

- Foster, A. (2006). Living and working with difference and diversity. I B. Bishop, A. Dickinson, A. Foster & J. Klein (red.), *Difference: An Avoided Topic in Practice* (s. 5–24). ProQuest Ebook Central.
- Freud, S. ([1919] 2001). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* Vol. XVII. Translated by James Strachey. London, UK: Random House.
- Froggett, L., Ramvi, E., & Davies, L. (2015). Thinking from experience in psychosocial practice: reclaiming and teaching 'use of self' *Journal of Social Work Practice*, 29(2), 133–150.
<https://doi.org/10.1080/02650533.2014.923389>
- Funk, L., Peters, S., & Roger, K. (2017). The emotional labor of personal grief in palliative care: Balancing caring and professional identities. *Qualitative Health Research*, 27(14), 2211- 2221.
<https://doi.org/10.1177/1049732317729139>
- Førland, O. & Braut, G. S. (2023, 18. desember). *sykehjem* i Store medisinske leksikon på snl.no. Hentet 19. juni 2024 fra <https://sml.snl.no/sykehjem>
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*. New York: Basic Books.
- Gennep, A. van, & Ringen, E. (1999). *Overgangsriter = Rites de passage* (p. 188). Pax.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late modern Age*. Cambridge: Polity Press.
- Giffney, N. (2021). *The culture-breast in psychoanalysis: cultural experiences and the clinic*. Routledge.

Gould, L., Stapley, L. F. & Stein, M. (red.). (2001). *The Systems Psychodynamics of Organizations: Integrating the Group Relations Approach, Psychoanalytic and Open Systems Perspective*. Karnac.

Gripsrud, B. H., Mellon, K. & Ramvi, E. (2018). Depth-hermeneutics: A psychosocial approach to facilitate teachers' reflective practice? *Reflective Practice*, 19(5), 638–652.

<https://doi.org/10.1080/14623943.2018.1538955>

Gripsrud, B., & Thoresen, L. (2019). *Alt som lever, må dø: Døden som tverrfaglig kunnskapsfelt*. Scandinavian Academic Press. Oslo.

Gullestad, M. (2002). *Det norske sett med nye øyne. Kritisk analyse av norsk innvandringsdebatt*. Universitetsforlaget.

Ham, A. (2021) First generation immigrant and native nurses enacting good care in a nursing home. *Nursing Ethics*, 28(3):402-413.

<https://doi.org/10.1177/0969733020921487>

Hammersley, M., & Atkinson, P. (2012). *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Heggstad, A. K. T. (2023). Livsforlengende behandling gir etiske utfordringer. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 91137, e–91137.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.91137>

Helsedirektoratet. (16. november 2020). *Kompetanseløft 2020*.

Personell og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene – utviklingstrekk og status 2019.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetanseloft-2020-arsrapporter/Kompetansel%C3%B8ft%202020%20-%20%C3%85rsrapport%202019.pdf> /attachment/inline/b4b54e7e-4bd3-477f-b94f-bc4263bfa75e:254cff46b8f2e0667500ceb2adec96e48b63e9b9/Kompetansel%C3%B8ft%202020%20-%20%C3%85rsrapport%202019.pdf

- Helsedirektoratet (2018). *Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 18. september 2018, lest 27. mars 2024). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Hinshelwood, R. D. & Skogstad, W. (2000). *Observing organisations: anxiety, defence and culture in health care*. Routledge.
- Hjemås, G., Holmøy, E. & Haugstveit, F. (9. mai, 2019). *Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/386122?ts=16a9b1eef68>
- Hoen, B. T & Abrahamsen, D.A. (14. april, 2023). *Sykehjem og hjemmetjenesten i Norge*. Statistisk Sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sykehjem-og-hjemmetjenesten-i-norge>
- Hollway, W. & Jefferson, T. (2013). *Doing Qualitative Research Differently. A Psychosocial Approach*. London: Sage.
- Hollway, W. & Volmerg, B. (2010). *Interpretation group method in the Dubrovnik tradition*. Dubrovnik, Croatia: International Research Group for Psycho-Societal Analysis. <http://oro.open.ac.uk/id/eprint/34374>
- Jacobsen, F. F., Arntzen, C. Devik, S. A., Førland, O., Krane, M. S. Madsen, L. Moholt, J. M, Olsen, R.M, Tingvold, L., Tranvåg, O., Ågotnes, G. & Aasmul, I. (2021). *Erfaringer med COVID-19 i norskesykehjem* (Senter for omsorgsforskning rapportserie Nr. 1/2021). <https://hdl.handle.net/11250/2737650>

- Jacobsen, M. H. (2016). "Spectacular Death"—Proposing a New Fifth Phase to Philippe Ariès's Admirable History of Death. *Humanities (Basel)*, 5(2), 19. <https://doi.org/10.3390/h5020019>
- Jaques, E. (1955). *Social Systems as Defence Against Persecutory and Depressive Anxiety New directions in psycho-analysis: the significance of infant* (pp. 478-498). London: Tavistock.
- Karlsson, M., Kasén, A., & Wärnå-Furu, C. (2017). Reflecting on one's own death: The existential questions that nurses faceduring end-of-life care. *Palliative & Supportive Care*, 15(2), 158-167. <https://doi.org/10.1017/S1478951516000468>
- Klein, M. (1988). *Envy and gratitude: and other works 1946-1963* (pp. xiii, 365). Virago.
- Klein, M. (1984). *The writings of Melanie Klein: 1: Love, guilt and reparation and other works 1921-1945* (Vol. 1, pp. xi, 468). The Free Press.
- Kristeva, J. (1982). *Powers of horror: An essay on abjection*. Translated by Leon S. Roudiez. New York, NY: Columbia University Press New York.
- Lavik, M. H., Gripsrud, B. H., & Ramvi, E. (2021). How Do Migrant Nursing Home Staff Relate to Religion in Their Work With Patients Who Are Approaching Death? *Journal of Holistic Nursing*, 39(3), 254–269. <https://doi.org/10.1177/0898010120973544>
- Lyth, I. M. (1988). *Containing anxiety in institutions*: pbk. Free Association Books.
- Løgstrup, K. E. (2010). *Den etiske fordring* (4. udg. 2. opl., p. 330). Klim.

- Malpas, J., & Gander, H.-H. (2015). *The Routledge Companion to Hermeneutics* (1st ed.). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315771854>
- Marcella, J.; Kelley, M. L. (2015). «Death is part of the job» in long term care homes: Supporting direct care staff with their grief and bereavement. *SAGE Open*, 5(1):1-15.
<https://doi.org/10.1177/2158244015573912>
- McCann, M., & Tudor, K. (2022). Unintentional Racial Microaggressions and the Social Unconscious. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 19(2), 202–216.
<https://doi.org/10.1002/aps.1753>
- Meld. St. 14 (2020–2021). *Perspektivmeldingen 2021*. Finansdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/>
- Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Meld. St. 24 (2019–2020). *Lindrende behandling og omsorg — Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/52d05db7090c411abc7a3f4d47124119/no/pdfs/stm201920200024000dddpdfs.pdf>
- Midtbust, M. H., Alnes, R.E., Gjengedal, E. & Lykkeslet, E. (2018). Perceived barriers and facilitators in providing palliative care for people with severe dementia: The healthcare professionals' experiences. *BMC Health Services Research*, 18(1), 709–709.
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3515-x>

Munkejord, M. C., & Tingvold, L. (2019). Staff perceptions of competence in a multicultural nursing home in Norway. *Social Science & Medicine* (1982), 232, 230–237.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.023>

Munkejord, M.C. (2019). Challenging the ethnic pyramid: Golden rules and organisational measures towards a more inclusive work environment. *Journal of Nursing Management*, 27(7), 1522-1529.

<https://doi.org/10.1111/jonm.12838>

Nia, H. S., Lehto, R. H., Ebadi, A., & Peyrovi, H. (2016). Death anxiety among nurses and health care professionals: A review article. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4(1), 2–10.

Nichols, P., Horner, B. & Fyfe, K. (2015). Understanding and improving communication processes in an increasingly multicultural aged care workforce. *Journal of Aging Studies*, 32, 23–31.

<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.12.003>

NOU 2020:15. (2020). *Det handler om Norge - Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-15/id2788079/?ch=7>

NOU 2017:16. (2017). *På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>

NOU 2023: 24. (2023). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

Olausson, J., & Ferrell, B. R. (2013). Care of the body after death: Nurses' perspectives of the meaning of post-death patient care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 647–651.

<https://doi.org/10.1188/13.CJON.647-651>

Olsen, R. M., Andfossen, N. B., Devik, S. A., Fredwall, T. E., Førland, O. & Moholt, J-M. (2023). *Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem* (Rapportserien; 01/2023). Senter for omsorgsforskning.

<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/3049970>

Penfold-Mounce, R. (2018). *Death, the dead and popular culture*. Bingley, UK: Emerald Publishing Limited.

Ramvi, E. (2015). I am only a nurse: A biographical narrative study of a nurse's self-understanding and its implication for practice. *BMC Nursing*, 14(23), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0073-y>

Ramvi, E. (2014). Indre og ytre rom for omsorg. I H. Alvsvåg, O. Førland, & F. Jacobsen (Red), *Rom for omsorg?* (s. 147-161) Bergen: Fagbokforl.

Ramvi, E. (2007). *Læring av erfaring?: et psykoanalytisk blikk på læreres læring* (p. 318). Forskerskolen i livslang læring, Roskilde universitetscenter.

Ramvi, E., & Gripsrud, B. H. (2017). Silence about encounters with dying among healthcare professionals in a society that 'de-tabooises' death. *International Practice Development Journal*, 7(Suppl), 1–12. <https://doi.org/10.19043/ipdj.7SP.009>

Ramvi, E., Lavik, M. H., & Gripsrud, B. H. (2022). Who thinks about death? A psychoanalytically informed interpretive study of communication about death among nursing home staff. *Journal of*

Social Work Practice, 36(3), 331–344.

<https://doi.org/10.1080/02650533.2021.1981277>

Rokstad, A. M. M., Anvik, C. H., & Ødegård, A. (2023). *Sykehjemmet: hjem, helseinstitusjon og arbeidsplass* (1. utgave.). Fagbokforlaget.

Rønsen, A. (2020). *Palliativ omsorg i kommunene* (Oppsummering nr;13). Senter for omsorgsforskning.

<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2636784>

Said, E. W. (1978) *Orientalism*. London: Pantheon Books.

Smith, J. A., Larkin, M., & Flowers, P. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research* (p. 225). SAGE.

Smith, J., & Osborn, M. (2015). Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *British Journal of Pain*, 9(1), 41-42.

<https://doi.org/10.1177/2049463714541642>

Stenner, P. (2017). *Liminality and experience. A transdisciplinary approach to the psychosocial* (1st ed.). London, UK: Palgrave Macmillan.

Store norske leksikon (2005-2007): *objektrelasjonsteori i Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 1. april 2024 fra

<https://snl.no/objektrelasjonsteori>

Sue, D.W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A., Nadal, K. L. & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271–286. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.62.4.271>

Taffel, R. (2020). The Myth of Micro-Aggression. *Contemporary Psychoanalysis*, 56(2-3), 375–393.

<https://doi.org/10.1080/00107530.2020.1780816>

The Association for Psychosocial Studies (APS). (u.å) What is Psychosocial Studies? Hentet 18.juni 2024 fra

<https://www.psychosocial-studies-association.org/about/>

Thoresen, L. (2017). Døden på nordiske sykehjem – medikalisert? I H Bondevik, O. J Madsen & K. N Solbrække (Red.), *Snart er vi alle pasienter: medikalisering i Norden* (s. 263-287). Scandinavian Academic Press.

Tingvold, L., & Fagertun, A. (2020). Between Privileged and Oppressed? Immigrant Labor Trajectories in Norwegian Long-Term Care. *Sustainability*, 12(11), 4777. <https://doi.org/10.3390/su12114777>

Tingvold, L. & Munkejord, M. C. (2021). Shared goals, communication and mutual respect in multicultural staff teams: A relational coordination perspective. *Nursing Open*, 8(2), 957–965. <https://doi.org/10.1002/nop2.704>

Trier, E. L. (2016). Møter døende med modig nærvær. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 7, 48–50.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.58051>

Tømmerås, A. M & Thomas M. J. (5. juli, 2022). *Nasjonale befolkningsframskrivninger 2022. Sammendrag av forutsetninger og resultater*. Statistisk sentralbyrå.

<https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivninger/artikler/nasjonale-befolkningsframskrivninger-2022>

Schulz, M. (2017). Taking the lead Supporting staff in coping with grief and loss in dementia. *Healthcare Management Forum*, 30(1), 16–19. <https://doi.org/10.1177/0840470416658482>

Simard, J. (2020). About caregiver suffering in hospice care. *Mortality*, 25(2), 125-137. <https://doi.org/10.1080/13576275.2019.1572085>

Store norske leksikon (2005-2007): *objektreasjonsteori i Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 1. april 2024 fra <https://snl.no/objektreasjonsteori>

Turner, V. W. (1967). *The forest of symbols: aspects of Ndembu ritual*. Cornell University Press.

Turner, V. W. (1969). *The ritual process: Structure and antistructure*. Chicago, IL: Aldine Pub. Co.

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2022). *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 3.

Van Riesenbeck, I., Boerner, K., Barooah, A., & Burack, O. (2015). Preparedness for resident death in long-term care: The experience of front-line staff. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(1), 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.008>

Volkan, V. D. (2009). Large-group identity, international relations and psychoanalysis. *International Forum of Psychoanalysis*, 18(4), 206–213. <https://doi.org/10.1080/08037060902727795>

Wadel, C. (2014). *Feltarbeid i egen kultur*. Oslo, Norway: Cappelen Damm AS.

Wengraf, T. (2001). *Qualitative research interviewing: Biographic narrative and semi-structured methods*. sage.

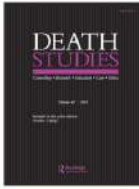
Wong, G., Derthick, A. O., David, E. J. R., Saw, A., & Okazaki, S. (2014). The What, the Why, and the How: A Review of Racial Microaggressions Research in Psychology. *Race and Social Problems*, 6(2), 181–200. <https://doi.org/10.1007/s12552-013-9107-9>

Yakushko, O. (2009). Xenophobia: Understanding the roots and consequences of negative attitudes toward immigrants. *The Counseling Psychologist*, 37(1), 36–66. <https://doi.org/10.1177/0011000008316034>

Yalom, I. D., & Solli, M. (2011). *Eksistensiell psykoterapi* (p. 618). Arneberg.

DEL II

Artikkel I



Death Studies



ISSN: (Print) (Online) Journal homepage: www.tandfonline.com/journals/udst20

Death and liminality: An ethnographic study of nursing home staff's experiences in an encounter with the dead body

Anne Kristine Ådland, Marta Høyland Lavik, Birgitta Haga Gripsrud & Ellen Ramvi

To cite this article: Anne Kristine Ådland, Marta Høyland Lavik, Birgitta Haga Gripsrud & Ellen Ramvi (2021) Death and liminality: An ethnographic study of nursing home staff's experiences in an encounter with the dead body, *Death Studies*, 45:7, 497-507, DOI: [10.1080/07481187.2019.1648343](https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1648343)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1648343>



Published online: 09 Aug 2019.



Submit your article to this journal [↗](#)



Article views: 768



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)



Citing articles: 5 View citing articles [↗](#)

Full Terms & Conditions of access and use can be found at
<https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=udst20>



Death and liminality: An ethnographic study of nursing home staff's experiences in an encounter with the dead body

Anne Kristine Ådland^a , Marta Høyland Lavik^{b,c} , Birgitta Haga Gripsrud^a , and Ellen Ramvi^d 

^aDepartment of Caring and Ethics, Professional Relations Research Group, University of Stavanger, Stavanger, Norway; ^bCentre of Mission and Global Studies, VID Specialized University, Stavanger, Norway; ^cStavanger University Hospital, Stavanger, Norway; ^dDepartment of Caring and Ethics, Head of Professional Relations Research Group, University of Stavanger, Stavanger, Norway

ABSTRACT

This paper investigates nursing home staff's experiences of the "final journey," when a resident's dead body is taken to the cold room. The account is based on data from ethnographic fieldwork in two nursing homes in Norway. Accompanying the dead body, staff found themselves "betwixt and between" – an anxious and ambiguous state, bordering on the uncanny. Liminality became a useful theoretical device in the data interpretation. The last offices – a rite of passage governing liminal states – provided a containing structure for this final journey but were not sufficient to banish the uncanny from the staff's experience.

Introduction

I'm sitting talking to Preben. He tells me that in his home country they used to tie a bell to the dead resident before moving the body into the cold room. I ask him why and he says it's in case someone is 'skinndød'¹ and that the practice probably has its roots in anecdotes that have flourished about being left for dead when still alive. 'I think it's the fear of being buried alive', says Preben. 'By the way, I can show you the cold room if you want to', he says. I say 'thanks' and take my jacket while he goes to pick up the key to the cold room. On our way down to the basement, he talks about the procedure for declaration of death in Norway. He talks about how long it takes before rigor mortis occurs. I feel a daunting discomfort as we go down the stairs to the basement. When we arrive at the door of the cold room, Preben can't open it. It turns out that he brought the wrong key. He asks me to wait outside the door while he goes to retrieve the right key. I look around at the bare brick walls. It is very quiet in the hallway and I can hear the whirring sound of a fan behind the door of the cold room. Time passes and Preben does not come back. I feel the whole situation is almost unreal, as I stand alone outside the cold room downstairs in the basement. My heart starts beating. I realize that I don't feel comfortable with the idea of accompanying Preben into the cold room where the dead body is lying, and I decide to go back upstairs to the ward again. I find Preben on the ward, and he apologises for being delayed, but explains that he was held back because he had to talk to some relatives. He now has the correct key to the cold room but right

there and then, I feel that I don't want to go back down to the basement again, and I ask him if we can do this some other time.

This fieldnote relates an unpleasant and disturbing experience I² had while conducting an ethnographic fieldstudy in two nursing homes in Norway. Having worked with death and dying patients as an oncology nurse for many years, I was surprised at my own reaction, while standing at the threshold of the cold room, abandoned by Preben. Why did I react in this way to something I was supposed to be familiar with as a healthcare professional? I felt puzzled and decided to pursue this question, on the grounds that this event at the threshold of the cold room may have captured something more than my own personal experience. This article therefore takes its lead from fieldwork experience where the researcher can become her own informant. In ethnographic field studies, analysis is a continual process that starts at the literature review and continues all the way through until the work is completed (Wadel, 2014). During the fieldwork different analytical trails and patterns developed. The analyses presented in this article is built on one of these trails, namely care of the dead body and the transport of the dead to the cold room. Through further enquiries in the research group, following this trail on the encounter with the cold room, we investigate the

CONTACT Anne Kristine Ådland  anne.k.adland@uis.no  Department of Caring and Ethics, Professional Relations Research Group, University of Stavanger, Stavanger, Norway.

© 2019 Taylor & Francis Group, LLC

depth of feelings, insecurities, discomfort and anxiety that nursing home staff experience when they are dealing with a resident's death and the dead body.

Death is a regular occurrence in nursing homes. Today, approximately 50% of all deaths in Norway occur in nursing homes (Norwegian Institute of Public Health, 2018). Like most European countries, Norway is facing a changing demographic due to a growing elderly population and the proportion of deaths that take place in nursing homes is therefore expected to increase (Kalseth & Theisen, 2017). Care of the dead reflects a society's cultural beliefs about death (Qvested & Rudge, 2003). The modern western attitude towards death, seen from a cross-cultural perspective, is often characterized by being a hidden and taboo subject (Palgi & Abramovitch, 1984). In western modernity, death and dying have historically moved away from the home and into healthcare institutions (Ariès, 1976). With care of the dying transferred away from everyday life in the home and community and into institutions like hospitals and nursing homes, death has become an increasingly invisible phenomenon societally, culturally and individually. Because death and dying have become medical events, relegated to health professionals, it is now relatively rare for an individual to have seen a dead human body (Kaasa & Loge, 2016; Walter, 2017). Care of the dead body is performed behind closed doors, producing an aura of mystery as to what happens to the dead body in the presence of others (Swardt & Fouché, 2017).

As the primary caregivers to the dying resident and then the resident's corpse, nursing home staff repeatedly witness and engage in the dying process that most citizens no longer experience. After a resident has died, care continues in the form of physical care of the dead body as well as caring for family members (Barooh, Boerner, Riesenbeck, & Burack, 2015; Cagle, Unroe, Bunting, Bernard, & Miller, 2017). Nursing home staff are obliged to care for the deceased body in correspondence with the values and culture of the institution in which they are employed. When a resident dies, a number of procedures are carried out, which in this article are referred to as carrying out "last offices." There are procedural manuals guiding the institution's current care practices, detailing how health professionals should act after the resident has died. Through nursing care, the deceased is washed, dressed and prepared for the mortuary. By conducting this care procedure, health professionals are shown to be bearers of old cultural practices that have been established to convey the living to the category of the dead, according to Qvested and Rudge (2003). There

are many factors that influence the way in which carers undertake care of dead bodies, which include culture, religion, medicine, institutions, governments, and society (ibid.). In almost every society and social group, cultural rituals, traditions, and beliefs provide the living with meaning-making activities when faced with human death (Palgi & Abramovitch, 1984). Throughout the world, there is therefore great diversity when it comes to care practices for the dead, and understandings of the dead body. Qvested and Rudge (2003) argue that in the modern institutionalized context, nursing care of the dead body not only represents a way of exerting control over death, it is also a way to ritualize the transition from life to death.

Nursing home staff often refer to death as a friend and liberator, in the sense that a resident can finally let go and be released from pain and suffering, but at the same time they may feel grief when a resident they have known for a long time dies (Boerner, Burack, Jopp, & Mock, 2015). Care of the body after death is considered one of the last things that staff can do for their residents (Pattison, 2008), and to carry out the last offices may give them an opportunity to experience closure (Österlind, Hansebo, Andersson, Ternstedt, & Hellström, 2011). When a patient dies, studies have shown that health professionals strive to establish a peaceful and calm atmosphere, caring for the dead body with respect and dignity, removing superfluous equipment, tidying the room and lighting candles. They strive to make the dead look nice after the last offices, to ensure that next of kin are left with a good memory from viewing the dead (Olausson & Ferrell, 2013; Thoresen, 2008). However, nursing home staff may also be confronted by unpleasant feelings that contradict societal fantasies of a peaceful death. Some of the staff in Raunkiaer's study (2010) experienced death as scary and said that they were afraid of death and the dead body. Other studies have shown that, even though death was perceived as a natural occurrence, dealing with the dead body can also trigger the staff's own death anxiety (Thoresen, 2008; Nia, Lehto, Ebadi, & Peyrovi, 2016; Peters et al., 2013). The literature described above presents rare examples of how healthcare professionals experience the encounter with patients' deaths and the dead body – as research in this area is scant. This is a knowledge deficit that the present study seeks to address. The fieldwork revealed that although nursing home staff are continuously exposed to death in their work context, their experiences of the encounter with the dead body are rarely discussed in the nursing home setting. This is despite the well-known fact that

confronting death is a formidable human concern (Nia et al., 2016, p. 3). Therefore, *the purpose of this paper is to investigate how nursing home staff experience an encounter with the dead body.*

Group-based analysis of the fieldwork data led us to conceptualize staff's experiences with the dead body as "The final journey" – a journey which, for the staff, repeats itself every few weeks. As we pursued our further analysis of the final journey, we identified how staff appeared to find themselves in a state of "betwixt and between" – an ambiguous state, which also produced anxiety. Ambiguity and anxiety were also detectable in other staff experiences, some of which bordered on the uncanny. In order to understand such experiences of anxious ambiguity, we adopted the concept of liminality as a guiding theoretical device in our interpretation of the data material, and this is explained in detail below.

Liminality

The word liminality comes from the Latin "limen," which means "threshold." Liminality often marks some transitional location or in-between space between two established poles, (Stenner, 2017). Liminality in this context is thus the "betwixt and between" condition of being in the process of crossing the threshold between life and death. In this article, we found liminality to be a salient concept, in that it allowed us to explore experiences of ambiguity or in-betweenness as central characteristics of various phases surrounding death and care of the dead body.

Theoretically, the concept of liminality was first described by the French ethnographer and folklorist Van Gennep ([1909]1960), and later expanded upon by British cultural anthropologist Turner (1967, 1969). Both Van Gennep and Turner consider liminality as a transitory stage through which the social person or community passes. From their perspective, liminality is confined in time and space, specifically in rituals, so that there is a beginning and an end to liminal time and space.

Liminality has clear common features across different cultures. Most cultures conceptualize death as a transition, or rite of passage (Palgi & Abramovitch, 1984). Van Gennep ([1909]1960) describes rites of passage as a way of understanding the many rituals and rites observed in traditional societies and their relationship to the dynamics of both individual and group life. He identifies sets of customary behavior that typically accompany changes of place, state, social position and age. This includes common life cycle events such as pregnancy, birth, marriage and death.

The transitional ritual consists of three phases: separation from society; a period of transition or liminality; and reincorporation into society (ibid). Turner (1969), concerned with the social order, also considers the liminal phase transformational because rituals resolve and restore contradictory principles of social structure. More recently, Stenner (2013) has drawn upon the work of Turner in his exploration of the psychosocial dimension of liminality. Stenner (2013) links liminality and affectivity³ as part of a psychosocial process, insisting that there is an obvious and intuitive link between affectivity and Turner's (1969) definition of liminality as an anti-structural phase of transition. According to Stenner (2013, p. 13), "the concept of liminality can supplement affectivity in that it draws attention to the social occasioning of certain intense experiences, and to the important (paradoxical) relation of these experiences with social structure."

When a nursing home resident dies it is indeed the process of transitioning from living to death that nursing home staff are tasked with taking care of. Staff must deal with working in this transition, which can be described as being in a liminal space, and this work can foster a range of emotional and existential feelings. As will become apparent in the next section, a related concept, "the uncanny" (Freud, [1919] 2001), has also turned out to be salient in our analysis of nursing home staff's experiences with the dead body, in that it connotes a strangeness of framing and borders, unstable definitions of reality and the experience of liminality, frequently manifested in a range of cultural representations of the dead and the undead in the horror genre, echoes of which can be traced in the opening field note narrative.

The uncanny (the *unheimlich*)

The experience at the threshold of the cold room is evocative of a number of phenomena and cultural fantasies which amalgamate associations between the uncanny and the dead, like death itself and human corpses, being buried alive (e.g., Prebens history in the introduction) and the return of the dead as spooky apparitions in the form of zombies, spirits and ghosts. In his classic 1919 essay, "The Uncanny," Freud holds that "the 'uncanny' is that class of the terrifying which leads back to something long known to us, once very familiar" (Freud, [1919] 2001, p. 220). The uncanny, in that sense, is an experience of something new that recalls or evokes something already known. Freud's notion of the uncanny draws on the German word "Unheimlich," opposed to "heimlich"

which signifies the familiar or the “homely” (Freud, [1919] 2001, p. 220). Unheimlich, translated as “uncanny” is not exactly the opposite of “homely” but rather a word that describes a sense of estrangement within the home (something familiar that has been repressed), the presence of something threatening, tempting and unknown that lies within the bounds of the intimate (Freud, [1919] 2001, p. 226). Freud describes the unheimlich as a disturbing combination of dread and horror in which “the homelike” and “the unhomely” merge, thereby creating a sense of dissonance (ibid). The uncanny creates a subtle horror by making a person feel extremely uncomfortable with a situation, impression, objects or event. It can be caused either by an actual experience or by the imagination. As an example, Freud refers to situations where one “doubts whether an apparently animate being is really alive; or conversely, whether a lifeless object might not be in fact animate” (Freud, [1919] 2001, p. 226).

Method

In this article, we use a specific event – the journey to the cold room – to pursue the wider research question: *How do nursing home staff experience an encounter with the dead body?*

The study is based on ethnographic fieldwork in two nursing homes in Norway. Observing and spending time with the nursing home staff in their everyday work made it possible to study their experiences and practices in context and generate rich descriptions, including the field researcher’s own experiences and reflections during the data collection (Hammersley & Atkinson, 2012; Wadel, 2014).

Study context and participants

The residents in both nursing homes studied were frail and suffered from cognitive impairment. One unit had 40 nursing staff from nine different countries at the time when the data were collected. The other unit had 30 nursing staff from 10 different countries at the time of the study. The multicultural nursing home staff in both units consisted of nurses, auxiliary nurses and nursing assistants from early twenties to late sixties, both female and male (more women than men). Their work experience ranged from a few years to several decades. Nursing home staff from all three nursing shifts (daytime, evening, and night) took part in the study. In this study, we have chosen to emphasize the existence of cultural diversity amongst the

staff without singling out individuals in order to establish causal explanations tied to their country of origin. Rather the focus of the study is on the multicultural staff community as a situated whole, and the culture of the nursing homes.

Data collection

Data were collected over a 6-month period between 2017 and 2018 and comprised observations, document analysis and audiotaped individual interviews. The first author spent between 3 and 5 hr per day, 4 days a week in the field, (2 days a week at each nursing home) spending time observing and communicating with the carers. The focus in the overall fieldwork was on staff’s conversations about personal experiences and existential themes relating to death, and on procedures, structures, and rituals practiced when the staff were dealing with death in the nursing home. Short descriptive field notes were written in the field, and at the end of each day, these were expanded on to produce more complete descriptions (Fangen, 2010). Care policies and institutional procedures were explored and included in the field notes. At the end of the observation period the first author conducted individual interviews with nursing home staff, 3 in each unit (6 interviews in total) who had become key informants during the observations.

As a researcher undertaking ethnographic field work, the researcher takes on a double role, which includes becoming one’s own informant (Wadel, 2014). The starting point for this article was the researcher’s reaction at the threshold to the cold room. Wadel (2014) claims that such raw moments often occur in the form of small episodes which gives the field workers a revelatory light-bulb experience. The experience with the cold room awakened the researcher’s sensibilities and curiosity to how staff at the nursing home may experience the encounter with the dead body. Initially, she had felt almost embarrassed to share her uncanny experience but through discussions in the research group, we decided that it represented a significant raw moment from the field (Wadel, 2014) and that therefore she should pursue this as one of her tracks during the data collection and analysis. Because emotions are associated with irrationality, researchers tend to under-report the emotions they experience in the field (Knopke, 2018; Visser, 2017). However, in qualitative research, researchers’ emotional responses can lead to important insights into certain aspects of the participants’ emotional and social worlds (Knopke, 2018; Thoresen

& Öhlén, 2015; Visser, 2017), while simultaneously also being in danger of obscuring certain lines of inquiry and thereby limiting data collection. It is therefore crucial to pay attention to, and make note of such emotional reactions, because the researcher's ability to use herself as a tool in the research process is essential for ensuring the quality of the research (Ramvi, 2012, p. 12). In this case, we saw the emotional experience of the researcher as a source of knowledge to be explored and potentially supported through the data provided on participants' experience.

Ethical considerations

The research study was approved by The Norwegian Social Science Data Services (reference number 54878) and endorsed by the management in both nursing homes. The participants were informed and gave consent to be part of the research project. It was explained to participants that they had the right to withdraw from the study at any time, and that participation was voluntary. Any hesitation or unwillingness to participate was respected. No personal data about nursing home staff or residents was recorded during the observations. No reference to their names or any other detail that might identify them was made in the text of the study and they have been given assumed and neutral names to protect their identities. The research process emphasized the principles of anonymity, protection from harm and proper data storage (NESH, 2016).

Analysis

The analysis in this article is inspired by in depth-hermeneutic group-based psychosocial approach, using interpretation panels to engage with, explore and interpret data (Gripsrud, Mellon & Ramvi, 2018; Hollway & Volmerg, 2010). The first step of the analysis consists of engaging with selected raw data (field notes and interview transcripts, in this case including the field notes from the first author's experience with the cold room). The interpretation panel consisted of five people; an experienced facilitator to guide the process, and the authors. We had two interpretation panels, guided in their analysis by key questions like *what happens in the text? how are things said and done in the text? and why are things said and done in this way in the text?* We used these questions with the aim of hermeneutically bringing together layers of meaning in the interpretation of the text (Gripsrud et al., 2018, p. 642). Drawing on Gripsrud et al. (2018) in their description of a depth-hermeneutic

method, we first read the text aloud together in the group, in order to familiarize ourselves with it. We then took turns to say something about our immediate impressions, reaction, feelings and associations to the text. Further on, we engaged in a line-by-line or phrase-by-phrase detailed analysis of the text's meta-communicative aspect, for example, specific vocabulary, emphasis, tone, ruptures, repetitions, puzzling statements, and emotional outbursts. We discussed what was at stake in the text, how this was expressed and how each of us were affected by engaging with the material. Finally, we built a conceptual framing for the different components generated through the process. As a result, we identified how the final journey began when the resident was lying dead in the bed and it ended when the door was shut on them in the cold room. The final journey included the concepts of (1) *ambiguity: treating the dead with respect, as a person* (2) *fear of caring for the dead: the uncanny and the abject*, and (3) *transport to the cold room*. Through this process the theoretical concept of liminality was introduced and gradually became an important theoretical device in the interpretation of the data.

In what follows we integrate presentation of data and findings from the analysis and interpretation of the data, in order to provide an in-depth insight into the nursing home staffs' experiences studied here.

The final journey

Ambiguity: treating the dead with respect, as a person

The nursing homes had almost identical institutional procedures for carrying out last offices:

"washing and preparing the resident for viewing by the family (including offering next of kin to take part in the last offices), ensuring proper identification of the resident prior to transport to the cold room, providing appropriate disposition of the resident's belongings, and cleaning the room and removing all waste" (from field notes).

Procedure manuals for last offices are meant to ensure that practice occurs in legally and culturally safe ways. If the carers are unsure of a process, the manual provides guidance and ensures that the procedure occurs in similar ways, regardless of staff's individual expertise (Pattison, 2008; Quested & Rudge, 2003). The institutional procedures for carrying out last offices underlined that it should be done with respect and dignity. When the carers carried out the last offices, they were always two together. The institutional procedures, the practical actions and the

whole setup as an “evocative and dignified moment” (from field notes) also created an opportunity for the professionals to say goodbye to the dead resident. Line described it this way:

“My way of dealing with this [the death of the resident] is to show the resident respect when I am doing the last offices. Being quiet, and among other things, I use lukewarm water when I wash, to give a last good care. Then I can draw a line under it before I go home” (from field notes).

Nursing home staff can form strong bonds with residents and their families. They have often looked after the resident for a long time and are likely to feel affected and bereaved when a resident dies (Baroah et al., 2015; Boerner et al., 2015; Marcella & Kelley, 2015; Schulz, 2017). When Line says that her way of dealing with the death of the residents is to “show respect,” and “give a last good care” she may be referring to the fact that carrying out the last offices offer a chance to reminisce, grieve and, finally, to detach from the deceased (Ward, 2010).

For some of the carers carrying out the last offices were seen as part of the dying process, and therefore part of their duties as carers, “a part of their job, and that life must go on” (from field notes). Others, like Siv here, expressed that it is ambiguous when a resident whom they know so well goes from being alive to being dead:

“You are supposed to treat them as living, you are supposed to have great respect for the dead ... you don’t know in a way ... or, they are dead, but you can just imagine ... how much are they ... or where are they? [...] I’ve experienced that some of my colleagues sometimes speak to the dead as if he or she can hear what they are saying, like ‘now we are turning you on to your other side’. Not everyone thinks this is natural, but it’s accepted that some choose to do it” (from field notes)

Siv may be confused in her use of the categories of living and dead just because the final journey is a liminal space – it is betwixt and between. In our interpretation panel, we noted how Siv appeared to struggle with articulating something that was difficult and ambiguous. She paused and hesitated, asking tentatively “where are they?” and introducing the question of what happens after death. Which space does the deceased occupy, perhaps suggesting that they both are and are not present in the room? The uncertainty and pondering about such questions introduce the notion of death as a process rather than a fixed event in time (Froggatt, 1997; Turner, 1967). We see how the liminal experience of death challenges what we can know for certain, and as such challenges our rationality.

From a rational point of view, there is no point in talking to the dead or to use lukewarm water when washing the body because the dead cannot feel or hear anything, but it is nevertheless accepted that some of the carers chose to do that. This implies an acceptance of different ways of doing things, based on carers’ different needs. When the residents are still alive, the carers talk to them even if they know that the resident are highly unlikely to respond. This practice is based on the understanding that patients, though unconscious, may still hear what people say around them (Kaasa & Loge, 2016). The practice of talking to the deceased may thus help the carers to maintain the relational aspect of the care. Health professionals may prefer to continue to relate to the dead body as a person, in order to enable them “to render what they perceive as a respectful and humane treatment of the deceased” (Hadders, 2007, p. 211). Treating the dead body as if a living person may also have a self-soothing aspect, allowing the carers to cope with exposure to more intolerable aspects of death (humanizing the dead by speaking to them). Hence, we interpret the talking to the dead as an indication that some carers experience being with the dead as being in an ambiguous state in a threshold space. Hence, they may perceive that the body is in a “betwixt and between” condition, no longer alive but not yet fully dead (Turner, 1967)

Fear of caring for the dead: the uncanny and the abject

Doing the last offices can also stir up strong emotions for the professionals. Fear of dead bodies can come from both external and personal events (Peters et al., 2013). Some of the nursing home staff have been exposed to traumatic situations. For example, Naima says: “I can’t manage to do the last offices. I have fled several times because of war, and in flight I have seen people being killed. Seeing someone dead gives me flashbacks from the past” (from field notes). Others said that they too, for various reasons, could not manage to care for the dead:

“That I can’t do. I’m afraid ... I don’t know where it [my fear] comes from. I just can’t touch the dead. I can be there until they die, I know what to do but I can’t. [...] It comes deep from within, comes again and again. It confronts me with many things ... yes ... so it’s hard”. (From interview with Daniela)

When Daniela says “I’m afraid ... I don’t know where it [my fear] comes from,” she describes an experience of something threatening and unknown –

in other words, she is referring to an uncanny experience that makes her feel extremely uncomfortable. Indeed, Freud ([1919] 2001) described the uncanny encounter as something which feels familiar but in an unnerving sense, characterized by a peculiar sense of horror or anxiety. Kristeva (1982), writes of the uncanny in relation to the abject, emphasizing a feeling of fear and unease which is akin to subjective horror. Kristeva (ibid) describes abjection as the feeling when an individual experience or is confronted by what she terms one's "corporeal reality," or a breakdown in the distinction between what is self and what is other. She uses the corpse as an example of what causes such a reaction: "The corpse, seen without God and outside of science, is the utmost of abjection. It is death infecting life. Abject" (Kristeva, 1982, p. 4). The corpse embodies the unbreakable interrelationship between life and death, and the observer is forced to recognize that one cannot exist without the other (Kristeva, 1982). Kristeva distinguishes abjection from the concept of the uncanny as follows: "Essentially different from uncanniness, more violent, too, abjection is elaborated through a failure to recognize its kin; nothing is familiar, not even the shadow of a memory" (Kristeva, 1982, p. 5). However, the uncanny and the abject are highly related to each other. Uncanniness, which is founded upon a sense of familiarity, and abjection upon a sense of the loss of familiarity, are both resulting in the arousal of horror.

The corpse may remind Naima and Daniela of their own mortality, confronting them with their own death and reminding them that this will also be their fate someday. Fear of death is a natural concern, but for the staff who fears taking care of the dead body, these problems are a much more expansive issue that can easily affect both personal and professional (Nia et al., 2016).

Transport to the cold room

The deceased usually stayed on the ward for a few hours after death. When the relatives had been to see their dead, the staff transported the deceased from the department down to the mortuary (generally referred to here as the cold room). A blanket was laid over the dead body, so it was completely covered, and the staff were always two when they did the transportation. The cold room is in the basement of the nursing homes and the staff used the elevator to transport the dead down. They tried to avoid doing the transportation at certain times of the day when there could be residents and relatives in the corridors, and it was

common practice to ensure that no relatives or residents would witness the transportation. Renate said that taking the body down in a discreet manner was meant to protect other residents from the sight of the dead body. "There is something about the whole setting. You speak quietly, you take them down in a respectful way. After all, it's a human's final journey" (from field notes). Here we see how Renate thinks of the deceased as a human being. In this liminal space between the ward and the cold room (which she defined as *the final journey*), she may perceive that the dead body is in a "betwixt and between" liminal condition, no longer alive but not yet fully dead (Turner, 1967).

I accompanied two of the nursing home staff down to the cold room one day, when they transported a corpse from the department. I described my experience in the fieldnotes:

The cold room is indeed cold: a sterile room with a refrigerator fan hanging from the ceiling, which automatically kicked into action when the light was switched on. There was a strange and unfamiliar smell in the room, the light was sharp, coming from a fluorescent lamp on the ceiling and the walls were painted in a pale-yellow color. Once we were inside the cold room, the staff lifted the dead body (which was wrapped in a white sheet) from the bed to a stretcher made of steel. They had already removed the blanket and pillow, and now pillowcases and sheets were removed to be added to the washing. (from field notes)

By removing the blanket and pillow, we see how the last elements of warmth and comfort are removed from the dead body. The transition from warm to cold, from comfortable bedding to a steel trolley is part of the final journey, bureaucratized in the last offices. The staff have the difficult task of having to remove these human comforts.

Rønnaug said:

"when there is more than one dead in here, I just need to have one foot in the door. This is not nice. The room is cramped. When they are heavy [the dead body], we must be three or more to handle lifting them on to the stretcher" (From field notes).

The way Rønnaug implied it, and the way I also experienced it, I would use the word uncanny to describe the experience of being in the room: cold, sterile and uncomfortable, and the quote above insinuates a fear of being trapped inside with the dead. Edyta described it as follows: "I think it's a bad room. It is such a creepy, sad shit room. Howff! [oh dear], very disgusting [she shakes her body in revulsion and puts her arms around herself]." (From field notes).

Earlier on, Naima and Daniela explained how they could not manage, for various reasons, to do the last offices and transport the dead body down to the cold room. Daniela said:

"I don't go there. I'm afraid ... I can't even go down with garbage in the evening because then I have to pass the door to the cold room on my way. Death scares me in a somewhat strange physical way. I feel as if they [the dead] will stand up and run after me ... it sounds completely silly and stupid but ..." (from interview with Daniela).

Daniela's fear, passing the door to the cold room, that "[the dead] will stand up and run after me" conjures the image of the dead becoming "the undead". When she says "death scares me in a somewhat strange physical way", it recalls Freud's claim ([1919] 2001, p. 241), that people can experience an uncanny feeling in anything relating to death and dead bodies, including the return of the dead, and to spirits and ghosts. The zombies in popular culture encapsulate the ultimate abjection of the corpse: they are dead but reanimated, fearsome and cannibalistic (Penfold-Mounce, 2018, p. 64). The zombie, by its physical nature, personifies humans' deepest fear: death coming alive. Even though the carers related to the dead as a living person when they did the last offices, (humanizing the dead body as earlier described), in the next moment perceiving death as living becomes the scariest of all.

Abjection is about what disturbs identity, system, order; it is about the in-between, the ambiguous and the composite (Kristeva, 1982). The impact of strong affects such as abjection has traditionally been silenced in nursing. Yet, "the very nature of abjection is to retreat from what is abject even in the face of extensive socialization to do otherwise" (Holmes, Perron, & O'Byrne, 2006, p. 306). To illustrate, the first time Kjetil was introduced to the cold room, he said that he felt he was not ready for it, he did not want to go into the room to see the dead body. At that time, he was a young student. Some years later, he came back to the same institution, and he tells about an experience he had when he and his colleague had to accompany the doctor down to the cold room to write the death certificate:

"Before I entered the cold room, I felt quite uncomfortable, but inside, when the doctor took the blanket away from her face [the dead person's] he said, oh, here she is lying so peacefully. Then I suddenly felt calm and it wasn't so bad after all" (from interview with Kjetil).

There was a time when Kjetil had felt it difficult, but he found a way of containing his feelings in this

situation through the presence of an older, and more experienced, doctor who assured him by humanizing the dead body, referring to the deceased as if he or she was "just sleeping" as Kjetil put it. Kjetil's experience does not convey the same degree of coldness. There were also other carers at the nursing homes who said they didn't experience the transport of the dead to the cold room as something uncomfortable. They saw it as *part of their job* and that *life must go on* (from field notes). For other staff, however, the cold room triggered strong and unpleasant feelings: "It's horrible to think about them [the dead body] lying there alone, so cold and dark. In my home country we don't have cold rooms. I don't like going there, we always go two [together]" (from interview with Milana).

Even though several of the staff members experienced the cold room as scary and uncomfortable, they did not speak with other colleagues about their experience.

I was sitting down talking to Siv one day when she told me about an earlier experience she had with a resident who had died:

"She was dead and as we were lifting her from the bed onto the stretcher my colleague says 'oh, the pillow is quite warm ...' even though the patient has been dead for several hours. She died at night and this was in the afternoon next day. She was dead ... the doctor had been here [to declare her dead] and everything ... and then I thought ... she's dead and [takes a deep breath] she's not here ... the experience with the pillow ... it really scared me. As you know Laila [another resident] died recently, and as we were moving her onto the stretcher [breathes deeply] howff [oh dear], the experience with the pillow ... it stuck in my stomach. I was thinking oh ... you hear so many strange things ... stories like they have been alive ... and the thought of them lying alone down here in the cold basement ... we know they're dead, but ..." (from field notes).

The undercurrent in Siv's story mirrors strong concerns raised by some of the study participants: was the patient really dead? She never explicitly said it: she appeared too frightened by the idea, partly perhaps because the experience was at odds with her otherwise rational mindset. Siv calls upon various types of evidence to convince herself that she is imagining things, like the fact that the resident has been dead for several hours and specifying the temporality in that the resident had died at night while this experience was in the afternoon the next day, and finally that the doctor had been there to certify the resident as dead. All the institutional procedures of the last offices had been followed, according to the manual.

She insists that the resident is dead, “she’s not here,” attempting to convince herself that the transition from life to death is resolved. Rationally she knows the patient is dead but still, even telling her story after some time has passed, she wonders. Could the pillow’s unexpected warmth be a sign of life? She imagines how terrible it would be if, for some bizarre reason, the resident was not truly dead. Siv tries to draw the line between a warm living human being and this object to be put in the cold room without being sure about the boundaries. Could it be that there is something happening in this room that she cannot account for? She says, “I was thinking, you hear so many things.” She calls them “strange things” (uncanny) because she cannot name them directly, “stories like they have been alive.” There is no bell tied to this deceased resident’s toe, but Preben’s “old wives’ tale” referring to former cultural traditions of caring for the dead, nevertheless resonates in Siv’s experience and her unspoken fantasies about the dead as the potentially undead.

Siv and Milana refer to the dead, not as inanimate objects, but as *persons* lying alone down there in the cold room in the basement, abandoned by the very staff who once were entrusted with their care. As the staff’s narratives point to, leaving the dead body in the cold room can be a particularly emotionally challenging and even uncanny event, because it is the very last event in the final journey, after which there must be no coming back to life. Hence, the staff appear to experience being in a strange and ambiguous threshold space, or what we would identify as a liminal space (Turner, 1967).

Concluding remarks

The purpose of this paper was to investigate how health professionals in nursing homes experience the encounter with a resident’s dead body. What initially lead us to explore this theme was the first author’s own unpleasant and disturbing experience at the threshold to the cold room, where she used herself as an informant. We saw the emotional experience of the first author as a source of knowledge to be developed, and we have sought to explore the liminality that nursing home staff encounter in their everyday care practices related to residents’ deaths. Data analysis of fieldwork material led us to describe the final journey, which began when the resident was lying dead in the ward bed and ended when the door was shut on the dead in the cold room (the mortuary). Staff experienced the death process as being in an ambiguous

state in a threshold space; on the one hand treating the dead with respect as if the body was a living person, on the other leaving the dead alone in the cold room despite residual fears as to whether he or she were really dead. Such ambiguity is evocative of common cultural fantasies, which relate uncanny stories of the undead in the form of ghosts and zombies. Freud ([1919] 2001) notes how uncanny feelings can arise from anything relating to death and dead bodies, to the return of the dead, and to spirits and ghosts.

The final journey was a time of confusion and dread for staff, a necessary encounter with the liminal world between life and death of a resident who was in between being a person and a corpse. The routines governing this final journey – the modern equivalent of rituals of transition governing liminal states – provided a containing structure for this journey but were not sufficient to banish the uncanny from staff members’ experience. Neither were rational accounts of a point of death, authorized by a medical expert, sufficient to provide staff with a guarantee that life had transformed into death.

Our findings related to the cold room journey inform the wider research question *how do nursing home staff experience an encounter with the dead body?* and reveals how difficult it is for the staff to face liminality as they tend to the dead resident. In this sense, findings also indicate that rites of passage in the transition from life to death are not redundant because nursing home staff clearly struggled to make sense of their experiences with the dead body. They experienced the encounter with the dead body as a continuing process, which extended beyond the physician’s certification of a resident’s death. The passage, which involved a resident no longer being alive but not yet being fully dead, complicated such a medical and bureaucratic finalization. Theorizing the passage from life to death through the concept of liminality helped us to grapple with the ambiguity and the quite fearsome nature of this universally existentially significant transition, as they emerged from the fieldwork data.

Notes

1. A Norwegian concept, describing a rare and ambiguous state of ‘not truly being dead’ in the sense that any signs of life, including respiration, are so weak that they become undetectable (Hem & Kåss, 2018).
2. The first author conducted the fieldwork. Accounts written in the first person refer to the first author’s experiences in the field.

3. "Taken broadly, affectivity refers to the dimension of feeling and to the experience and expression of emotions and passions such as joy, fear, shame, excitement, hatred and love, including their micro-dynamics, expressions and phenomenology" (Stenner, 2013, p. 1). In this article, we use the word affect as connoting something less cognitive and more embodied and thereby something prior to what is directly communicable in words.

Acknowledgments

We wish to thank Emeritus Professor Wendy Hollway, School of Psychology, Open University, UK for guiding the interpretation group through the analysis process. We also would like to thank the reviewers for their careful reading of the manuscript and their constructive remarks.

Funding

This PhD-project is part of Work Package 4 in Multicultural workforce in nursing homes: Contemporary challenges, opportunities and potentials for the future in the Norwegian municipal care sector, MULTICARE, financed by the Research Council of Norway [reference number 256617].

ORCID

Anne Kristine Ådland  <http://orcid.org/0000-0001-8814-396X>
Marta Høyland Lavik  <http://orcid.org/0000-0003-0569-5123>
Birgitta Haga Gripsrud  <http://orcid.org/0000-0003-2206-4673>
Ellen Ramvi  <http://orcid.org/0000-0001-8639-0537>

References

Ariès, P. (1976). *Western attitudes toward death: From the middle ages to the present*. London, UK: Marion Boyars.
Barooh, A., Boerner, K., Riesenbeck, L., & Burack, O. R. (2015). Nursing home practices following resident death: The experience of Certified Nursing Assistants. *Geriatric Nursing*, 36(2), 120–125. doi:10.1016/j.gerinurse.2014.11.005
Boerner, K., Burack, O. R., Jopp, D. S., & Mock, S. E. (2015). Grief after patient death: Direct care staff in nursing homes and homecare. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(2), 214–222. doi:10.1016/j.jpainsymman.2014.05.023
Cagle, J. G., Unroe, K. T., Bunting, M., Bernard, B. L., & Miller, S. C. (2017). Caring for dying patients in the nursing home: Voices from frontline nursing home staff. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(2), 198–207. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.08.022
Fangen, K. (2010). *Deltaagende observasjon*. Bergen, Norway: Fagbokforl.

Freud, S. ([1919] 2001). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud Vol. XVII*. Translated by James Strachey. London, UK: Random House.
Froggatt, K. (1997). Rites of passage and the hospice culture. *Mortality*, 2(2), 123–136. doi:10.1080/713685862
Gripsrud, B. H., Mellon, K., & Ramvi, E. (2018). Depth-hermeneutics: A psychosocial approach to facilitate teachers' reflective practice? *Reflective Practice*, 19(5), 638–652. doi:10.1080/14623943.2018.1538955
Hadders, H. (2007). Dealing with the dead patient at the intensive care unit. *Mortality*, 12(3), 207–222. doi:10.1080/13576270701430726
Hammersley, M., & Atkinson, P. (2012). *Feltmetodikk: grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. 1.utgave. 7.opplag. Oslo, Norway: Gyldendal Akademisk.
Hem, E., & Kåss, E. (2018). *skinndød*. I *Store medisinske leksikon*. Retrieved April 23, 2019 from <http://sml.snl.no/skinnd%C3%B8d>
Hollway, W., & Volmerg, B. (2010). Interpretation group method in the Dubrovnik tradition. Dubrovnik, Croatia: International Research Group for Psycho-Societal Analysis. Retrieved from <http://oro.open.ac.uk/id/eprint/34374>.
Holmes, D., Perron, A., & O'Byrne, P. (2006). Understanding disgust in nursing: Abjection, self, and the other. *Research and Theory for Nursing Practice*, 20(4), 305–315. doi:10.1891/rtnp-v20i4a006
Kaasa, S., & Loge, J. H. (Red) (2016). *Palliasjon*. Nordisk lærebok. 3. Utgave. Oslo, Norway: Gyldendal Akademiske.
Kalseth, J., & Theisen, O. M. (2017). Trends in place of death: The role of demographic and epidemiological shifts in end-of-life care policy. *Palliative Medicine*, 31(10), 964–974. doi:10.1177/0269216317691259
Knopke, E. (2018). Touching the dead: Autoethnographical reflections about the researcher's body in the field of death, dying, and bereavement. *Death Studies*, 42(10), 640–648. doi:10.1080/07481187.2018.1426656
Kristeva, J. (1982). *Powers of horror: An essay on abjection*. Translated by Leon S. Roudiez. New York, NY: Columbia University Press New York.
Marcella, J., & Kelley, M. L. (2015). "Death is part of the job" in long term care homes: Supporting direct care staff with their grief and bereavement. *SAGE Open*, 5(1), 1–15. doi:10.1177/2158244015573912.
NESH (2016). *Guidelines for research ethics in the social sciences, humanities, law and theology*. Oslo, Norway: The Norwegian National Research Ethics Committees. Retrieved from <https://www.etikkkom.no>
Nia, H. S., Lehto, R. H., Ebadi, A., & Peyrovi, H. (2016). Death anxiety among nurses and health care professionals: A review article. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4(1), 2–10. doi:article/bc7db92dec324d51b54edd0a242bec9
Norwegian Institute of Public Health (2018). *De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme*. Retrieved from <https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>
Olausson, J., & Ferrell, B. R. (2013). Care of the body after death: Nurses' perspectives of the meaning of post-death patient care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 647–651. doi:10.1188/13.CJON.647-651

- Österlind, J., Hansebo, G., Andersson, J., Ternestedt, B. M., & Hellström, I. (2011). A discourse of silence: Professional carers reasoning about death and dying in nursing homes. *Ageing & Society*, 31(04), 529–544. doi:10.1017/S0144686X10000905
- Palgi, P., & Abramovitch, H. (1984). Death: A cross-cultural perspective. *Annual Review of Anthropology*, 13(1), 385–417. doi:10.1146/annurev.an.13.100184.002125
- Pattison, N. (2008). Caring for patients after death. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*, 22(51), 48–56. doi:10.7748/ns2008.08.22.51.48.c6646
- Penfold-Mounce, R. (2018). *Death, the dead and popular culture*. Bingley, UK: Emerald Publishing Limited.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., ... Shimoinaba, K. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: A review of literature. *The Open Nursing Journal*, 7, 14–21. doi:10.2174/1874434601307010014
- Quested, B., & Rudge, T. (2003). Nursing care of dead bodies: A discursive analysis of last offices. *Journal of Advanced Nursing*, 41(6), 553–560. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02567.x
- Ramvi, E. (2012). A psychoanalytic approach to fieldwork. *Journal of Research Practice*, 8(2), Article M8. Retrieved from <http://jrp.icaap.org/index.php/jrp/article/view/306/273>
- Raunkiaer, M. (2010). Forestillinger og erfaringer om døden på plejehjem. *Klinisk Sygepleje*, 24(1), 51–62. Retrieved from https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2010/01/forestillinger_og_erfaringer_om_doenen_paa_plejehjem
- Schulz, M. (2017). Taking the lead Supporting staff in coping with grief and loss in dementia. *Healthcare Management Forum*, 30(1), 16–19. doi:10.1177/0840470416658482
- Stenner, P. (2013). Affectivity, liminality and psychology without foundations. In J. Straub, E. Sørensen, P. Chakkarath, G. Rebane (Eds.), *Cultural psychology, aesthetics and postmodernity*. Giessen, Germany: Psychosozial Verlag.
- Stenner, P. (2017). *Liminality and experience. A transdisciplinary approach to the psychosocial* (1st ed.). London, UK: Palgrave Macmillan.
- Swardt, C. D., & Fouché, N. (2017). What happens behind the curtains? An exploration of ICU nurses' experiences of post mortem care on patients who have died in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 43, 108–115. doi:10.1016/j.iccn.2017.05.005
- Thoresen, L. (2008). *Empati og intersubjektivitet: En studie av hospicesykepleie* (PhD thesis). Det teologiske fakultet, Oslo.
- Thoresen, L., & Öhlén, J. (2015). Lived observations: Linking the researcher's personal experiences to knowledge development. *Qualitative Health Research*, 25(11), 1589–1598. doi:10.1177/1049732315573011
- Turner, V. W. (1969). *The ritual process: Structure and anti-structure*. Chicago, IL: Aldine Pub. Co.
- Turner, V. W. (1967). Betwixt-and-between: The liminal period in rites de passage. In V. W. Turner (Ed.), *The forest of symbols: Aspects of Ndembu ritual*. Ithaca (NY), London: Cornell University Press.
- Van Gennep, A. (1960). *The rites of passage*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Visser, R. C. (2017). Doing death: Reflecting on the researcher's subjectivity and emotions. *Death Studies*, 41(1), 6–13. doi:10.1080/07481187.2016.1257877
- Wadel, C. (2014). *Feltarbeid i egen kultur*. Oslo, Norway: Cappelen Damm AS.
- Walter, T. (2017). *What death means now: Thinking critically about dying and grieving*. Bristol, UK: Policy Press, University of Bath.
- Ward, L. (2010). Care after death. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*, 25(13), 59–60. doi:10.7748/ns2010.12.25.13.59.c8123

Artikkel II



Spenninger i flerkulturelle arbeidsfellesskap ved sykehjem. En etnografisk studie

Tensions in Multicultural Nursing Home Staff Communities: An Ethnographic Study

Anne Kristine Ådland

PhD kandidat, Avdeling for omsorg og etikk, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger
anne.k.adland@uis.no

Marta Høyland Lavik

Professor, Forskningsgruppen for sykepleie- og helsevitenskap, Stavanger universitetssjukehus, Avdeling for omsorg og etikk, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger
marta.hoyland.lavik@sus.no
marta.h.lavik@uis.no

Birgitta Haga Gripsrud

Professor, Avdeling for omsorg og etikk, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger
birgitta.h.gripsrud@uis.no

Ellen Ramvi

Professor, Avdeling for omsorg og etikk, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger
ellen.ramvi@uis.no

Sammendrag

Bakgrunn: Pleiepersonellets samhandling i sykehjem er viktig for kvaliteten på omsorgen for mennesker i livets slutt-fase og for de ansattes egen velferd. I studien undersøker vi hvordan pleiepersonell i norske sykehjem opplever og forholder seg til det flerkulturelle arbeidsfellesskapet.

Metode: Etnografisk feltarbeid og narrative intervjuer med nøkkelinformanter i sykehjem. Dataanalysen tok utgangspunkt i to situasjoner beskrevet i feltnotater som var representative for spenninger i arbeidsfellesskapet. Disse ble videre undersøkt gjennom en psykososial tilnærming med gruppebasert dybdehermeneutisk fortolkning.

Resultat: Gjennom analyseprosessen identifiserte vi to nøkkelfunn: 1) Å se pleiere med innvandrerbakgrunn som et problem i en arbeidshverdag preget av travelhet og tidspress, og 2) Strategier for å unngå å bli stigmatisert som et (innvandrers) problem. Funnene viser hvordan diskriminering og rasisme utspiller seg på sykehjem, både gjennom indirekte og direkte ytringer.

Konklusjon: I denne studien anvendte vi begrepene «indre rasist» og «mikroagresjon» for å fortolke nøkkelfunnene og bedre forstå både minoritets- og majoritetsnorske pleieres uttalelser om ansatte med minoritetsbakgrunn så vel som våre egne holdninger som forskere i omgang med data fra feltarbeidet. De reelle uttrykkene for både implisitt og eksplisitt diskriminering og rasisme som belyses i denne studien, angår oss alle som medmennesker og medborgere i et mangfoldig samfunn.

Nøkkelord

sykehjem; flerkulturelt arbeidsfellesskap; etnografisk feltarbeid; indre rasist; mikroagresjon

Abstract

Background: Staff collaboration and interaction are integral to the delivery of quality care for people at the end of life, and for staff's wellbeing. This study investigates how nursing home staff experience and relate to each other in a multicultural work community.

Methods: Ethnographic fieldwork and narrative interviews with key participants in nursing homes. Data analysis focused on two situations described in field notes, which were representative of tensions in the work community. These were further investigated through a psychosocial approach, with depth-hermeneutic group interpretation.

Results: Through the analysis process, two key findings were identified: (1) To see staff with immigrant backgrounds as a problem in a working day characterized by busyness and time pressure, and (2) Strategies to avoid being stigmatized as an (immigrant) problem. Findings illustrate how discrimination and racism unfold in nursing homes, through both explicit and implicit statements.

Conclusion: In this study, we applied the concepts «inner racist» and «microaggression» in order to interpret key findings and to better understand the statements of minority and majority staff concerning employees with a minority background, as well as our own attitudes as researchers while engaging with the data material. The expressions of both implicit and explicit discrimination and racism that this study illuminate concern us all as fellow human beings and citizens in a diverse society.

Keywords

nursing homes; multicultural work community; ethnographic fieldwork; inner racist; microaggression

Hva vet vi om dette emnet?

- Språkvansker og ulike omsorgspraksiser kan påvirke samhandling mellom pleiere i flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem.
- Pleiere med innvandrerbakgrunn kan oppleve rasisme eller diskriminering fra majoritetskulturelle kolleger og beboere.

Hva tilfører denne studien?

- Artikkelen viser hvordan diskriminering og rasisme utspiller seg på sykehjem, både gjennom indirekte og direkte ytringer.
- Pleiere med minoritetsbakgrunn anvender ulike strategier for å unngå å bli stigmatisert som et problem.
- Begrepene om den «indre rasist» og «mikroaggresjon» kaster lys over de minoritets- og majoritetsnorske pleiernes uttalelser om ansatte med minoritetsbakgrunn så vel som forskernes egne holdninger i arbeidet med datamaterialet.

Etnisk og kulturelt mangfold på sykehjem

Jeg møter Line utenfor vaktrommet da jeg kommer til sykehjemmet i dag. Vi blir stående utenfor døren og prate, og Line forteller spontant om hvor kjekk gjeng de er på avdelingen. «Vi har et kjempekjekt arbeidsmiljø», forteller hun, og sier at hun trives veldig godt.

Dette utdraget er fra en feltsamtale jeg hadde med helsefagarbeideren Line (majoritet-snorsk), som var ansatt i et flerkulturelt arbeidsfellesskap. Det flerkulturelle arbeidsfellesskapet var nettopp ett av fokusområdene for mitt etnografiske feltarbeid ved to norske sykehjem i 2017–2018¹. Samtalen med Line gjorde meg nysgjerrig. Jeg fikk lyst til å vite mer om det Line beskrev som et kjempekjekt arbeidsmiljø. For samtidig som jeg hørte flere majoritet-snorske pleiere i begge sykehjem fortelle det samme, var det andre som sa ting som skurret ved denne positive beskrivelsen. Kasper (majoritetsnorsk sykepleier) sa for eksempel at det

1. Førsteforfatteren gjennomførte feltarbeidet. Teksten som er skrevet i jeg-form, refererer til førsteforfatterens observasjoner og erfaringer i feltet.

flerkulturelle ikke er lett, og at det er en politikk i denne kommunen at alle skal inkluderes uansett (fra feltnotater).

Disse tilsynelatende motsetningsfylte omtalene av arbeidsmiljøet ga retningen for videre feltsamtaler og observasjoner i feltarbeidet. I denne artikkelen tar vi utgangspunkt i to situasjoner som ble dokumentert i feltnotatene, og som var representative for slike diffuse spenninger i arbeidsfellesskapet. For å komme under overflaten på disse har vi som er forfatterne av artikkelen, benyttet en psykososial tilnærming og arbeidet sammen i en gruppe om å fortolke latente meninger i dataene gjennom dybdehermeneutisk fortolkning.

Bakgrunn

Utgangspunktet for feltarbeidet er at sykehjemmet er blitt en viktig arena for omsorg ved livets slutt i Norge, og at dette omsorgsarbeidet finner sted i et flerkulturelt arbeidsfellesskap. Omtrent halvparten av alle dødsfall i Norge skjer i sykehjem (Folkehelseinstituttet, 2018; Haugstveit & Otnes, 2020). Befolkningsframskrivninger viser at Norges befolkning aldres raskt, og om mindre enn ti år (i 2030) vil det være flere eldre enn barn og unge (Gleditsch, 2020). Det er forventet at andelen eldre med behov for sykehjemsplass i livets slutfase vil øke i årene fremover (Meld. St. 24 (2019–2020); Wettergreen et al., 2019). En betydelig utfordring i møte med de varslede demografiske endringene er å rekruttere og beholde tilstrekkelig og kompetent personell i sykehjemmene (NOU 2020: 15). Det eksisterer allerede i dag et underskudd av helse- og omsorgspersonell, både i Norge og andre europeiske land (Fagertun & Tingvold, 2018). I tillegg er innsparinger, effektiviseringskrav og tidsnød en stor utfordring i sykehjem, særlig i omsorgen ved livets slutt for beboere med demens, som er et arbeid som krever kompetanse, tid og tålmodighet (Midtbust et al., 2018). Rekruttering av ansatte med innvandrerbakgrunn² har vært en løsning for å møte disse utfordringene (Tingvold & Fagertun, 2020). Innvandrere er her definert som personer som er født i utlandet med to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre, og som selv har innvandret til Norge (Dzamarija, 2019). I 2017 var 19 % av ansatte i norske sykehjem innvandrere, hvorav den største gruppen kommer fra Asia, med Øst-Europa på andre- og Afrika på tredjeplass, mens andelen omsorgsarbeidere fra land i Norden og Vest-Europa har gått ned (Claus, 2018).

Det norske samfunnet er blitt mer mangfoldig med mer etnisk, kulturell og religiøs heterogenitet og større spredning i verdier og preferanser (Anttonen et al., 2012; Eriksen & Sajjad, 2020). Begrepet mangfold brukes vanligvis for å synliggjøre forskjellighet, gjerne forstått som noe positivt. Mangfold beskriver ikke bestemte forskjeller og tillegges ulike betydninger alt etter konteksten og formålet (Berg et al., 2012). I arbeidslivet i Norge brukes for eksempel begrepet for å gjenspeile den varierte befolkningssammensetningen i samfunnet. Det henviser da til et etnisk mangfold med ulike nasjonaliteter, kulturer, språk, hudfarger og religioner (Berg et al., 2012, s. 8). Ifølge Eriksen (2007) eksisterer det to grunnleggende, men motsetningsfylte måter å snakke om etnisk og kulturelt mangfold på i den norske samfunnsdiskursen. Mens mangfold på den ene siden beskrives som noe positivt og ønskelig, peker forskjellighet på noe negativt og problematisk, ofte i betydningen uoverstigelige kulturforskjeller mellom «oss» og «dem».

2. I artikkelen blir pleiere med innvandrerbakgrunn også betegnet som minoritetsnorske pleiere. Pleiere som ikke hadde innvandrerbakgrunn, omtales som majoritetsnorske.

Kort kunnskapsoppsummering

Når mennesker fra ulike deler av verden møtes i et arbeidsfellesskap, kan det som ellers i samfunnet oppstå misforståelser og kommunikasjonsutfordringer (Båtnes & Egden, 2012; Eriksen & Sajjad, 2020; Ødegård & Andersen, 2020). Flere studier i sykehjem viser til at begrenset felles ordforråd og ulik forståelse av språket kan påvirke samhandling og samarbeid mellom pleiere (Chen et al., 2020; Egede-Nissen et al., 2019; Munkejord, 2019; Tingvold & Munkejord, 2021). I flerkulturelle arbeidsfellesskap kan også ulike forståelser av og forventninger til omsorgspraksiser skape utfordringer for samhandlingen og samarbeidet (Båtnes & Egden, 2012; Fagertun & Tingvold, 2018; Rogstad & Solbrække, 2012; Tingvold & Fagertun, 2020). Kultur, livssyn og religion inngår i større eller mindre grad i den enkeltes tenkning om og holdninger til sykdom, behandling og død (Eriksen & Sajjad, 2020; Hanssen, 2019). I omsorg ved livets slutt på sykehjem gjelder dette også for ansattes holdninger og tilnærminger til døden, noe som igjen vil kunne manifestere seg i ulike omsorgspraksiser (Fagertun & Tingvold, 2018). Videre viser studier at pleiere med innvandrerbakgrunn kan oppleve rasisme eller diskriminering fra kolleger og beboere (Chen et al., 2020; Egede-Nissen et al., 2019; Munkejord & Tingvold, 2019). Kulturelle forskjeller, særlig verdiforskjeller, kan møtes med både negative holdninger og etnosentrisme fra majoritetskulturelle (Eriksen & Sajjad, 2020).

Litteraturen ovenfor viser hvordan et økende ressursbehov har ført til en ny stabssammensetting ved norske sykehjem, og at innvandrere anses som en nøkkelressurs for å ivareta eldreomsorgen. Samtidig viser litteraturen at samhandling og samarbeid i slike flerkulturelle arbeidsfellesskap kan være både komplekse og utfordrende.

Et psykososialt perspektiv

Til å kaste lys over dette komplekse feltet anvender vi et psykososialt perspektiv (Clarke & Hoggett, 2009; Hollway & Jefferson, 2013). En slik tilnærming er nært knyttet til psykoanalytisk tenkning og kjennetegnes av at oppmerksomheten rettes mot dialektikken mellom den indre erfaringen (det subjektive) og de sosiale betingelsene for erfaringene. For å forstå hvordan pleiepersonell opplever og forholder seg til det flerkulturelle arbeidsfellesskapet i sykehjemmet, forsøker vi altså å overkomme det tradisjonelle skillet mellom det «indre» og «ytre», det «individuelle» og «sosiale», og i stedet rette søkelyset mot sammenhengen mellom intra- og interpersonlige, institusjonelle og samfunnsmessige dimensjoner av erfaring. Innenfor denne tenkningen vil sykehjemmet anses som et sosialt system med både bevisste og ubevisste aktiviteter i arbeidsfellesskapet (Gould et al., 2001).

Dette psykososiale perspektivet – informert av psykoanalytisk tenkning – ligger til grunn for vår forståelse av så vel forskningssubjekt og forskersubjekt som valg av fortolkningsmetode og begreper vi bruker for å forstå materialet i studien.

Studiens hensikt

Under feltarbeidet oppfattet førsteforfatteren, som nevnt innledningsvis, diffuse signaler når det gjaldt ansattes opplevelser av og oppfatninger om det flerkulturelle arbeidsfellesskapet. En viktig del av konteksten for denne studien ble derfor å undersøke det spenningsfeltet som kan oppstå når et sosiokulturelt mangfold gjør seg gjeldende i den norske velferdsstatens praksisfelt. I politiske føringer for praksis påpekes det hvordan samhandling og samarbeid mellom helsepersonell spiller en viktig rolle for kvaliteten på omsorgen til mennesker i livets slutfase og deres pårørende, og for de ansattes egen velferd (NOU 2017: 16; Meld. St. 24 (2019–2020)). Hensikten med denne studien var derfor å få økt kunnskap om hvordan pleiepersonell som utøver omsorg til beboere i livets slutfase, opplever og forholder seg til et flerkulturelt arbeidsfellesskap i sykehjem.

Metode

Gjennom feltarbeid gjør forskeren seg erfaringer og observasjoner som kan utvikle seg til ulike spor man forfølger videre i nye observasjoner og i dataanalysen (Hammersley & Atkinson, 2004; Wadel, 2014). Utgangspunktet for denne artikkelen var feltforskerens opplevelse av en diffus spenning og motsetning mellom det noen pleiere beskrev som et kjempekjekt arbeidsmiljø, mens andre uttrykte misnøye med arbeidsfellesskapet. Forskningsspørsmålet vi har forfulgt, ble derfor: Hvordan opplever og forholder pleiepersonell på sykehjem seg til å arbeide i et flerkulturelt arbeidsfellesskap?

Gjennomføring av feltarbeidet

Feltarbeidet ble gjennomført ved to avdelinger i to sykehjem i Norge over en seksmåneders periode mellom 2017 og 2018 (se Ådland et al., 2019, 2021). Begge sykehjemsavdelingene var langtidsavdelinger for personer med kognitiv svikt og demenssykdom. Utvalget var pleiepersonalet i de to sykehjemsavdelingene. I det ene sykehjemmet var det 40 ansatte som deltok i studien med pleiere fra 9 forskjellige land. I det andre sykehjemmet deltok 30 ansatte med pleiere fra 10 forskjellige land. De fleste ansatte med innvandrerbakgrunn kom fra Nord-Europa, Sørøst-Asia og Øst-Afrika. Det var også pleiere fra Nord-Amerika, Sør-Amerika, Mellom-Europa og Sentral-Asia. Pleiepersonalet arbeidet i ulike stillingsstørrelser i turnus og bestod av både kvinner og menn (med overvekt av kvinner). Utvalgets aldersfordeling var fra tidlig i 20-årene til slutten av 60-årene, og deres arbeidserfaring i sykehjem varierte fra noen måneder til flere tiår.

Datainnsamlingen bestod av en kombinasjon av observasjon, feltsamtaler og narrative intervjuer med nøkkelinformanter (Hammersley & Atkinson, 2004). Korte beskrivelser fra observasjoner og feltsamtaler ble nedtegnet i feltet. Disse feltnotatene ble senere utviklet for å gi tykke beskrivelser (Geertz, 1973, s. 26) inkludert feltforskerens sanseinntrykk, erfaringer og refleksjoner (Fangen, 2010, s. 105). Førsteforfatteren tilbrakte to dager i uken på hvert sykehjem, tre-fem timer pr. dag, noe som til sammen ga 210 timer med observasjon. For å komme tett på pleiernes arbeidspraksis deltok førsteforfatter på dag-, ettermiddag-, og helge-skift. I slutten av feltarbeidet ble det gjennomført narrative intervjuer med tre pleiere fra hvert sykehjem som var nøkkelinformanter under observasjonsperioden.

I denne artikkelen går vi i dybden på kun ett av sporene vi fulgte innenfor den omfattende datasamlingen.

Forskningsetiske overveielser

Grunnleggende etiske prinsipper i forskning er deltakernes rett til konfidensialitet og informert samtykke. Dette innebar at feltforskeren ga skriftlig og muntlig informasjon til deltakerne om prosjektets hensikt, frivillig deltakelse og mulighet for å trekke seg underveis, anonymitet og sikker datalagring (NESH, 2016). For å sikre informert samtykke fra deltakerne gjentok feltforskeren til den enkelte hva prosjektet handlet om, og hva det ville innebære å delta i, eller trekke seg fra, forskningen. For å beskytte deltakernes identitet er alle personopplysninger anonymisert i presentasjonen av funnene. Deltakernes navn er fiktive. Beboere og pårørende ble indirekte berørt av feltarbeidet, men var ikke deltakere i studien. Disse mottok et informasjonsbrev med kontaktinformasjon som gav dem mulighet for å stille spørsmål. Prosjektet ble godkjent av ledelsen i begge sykehjemmene og av Norsk senter for forskningsdata (NSD, prosjektnummer 54878). Studien ble lagt fram til vurdering av en regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, som konkluderte med at studien falt utenfor deres mandat, da formålet ikke er å fremskaffe ny kunnskap om sykdom og helse etter helseforskningsloven (REK Vest ref. nr. 2017/1421).

Refleksivitet er nært knyttet til forskningsetikk i praksis. Feltarbeid handler om at forskeren bruker seg selv som forskningsinstrument og reflekterer aktivt over hvordan egne erfaringer, fordommer, forforståelser og subjektivitet påvirker alle deler av forskningsprosessen (Wadel, 2014). Forskeren inngår i et relasjonelt og følelsesmessig samspill med deltakerne og påvirkes (som deltakerne) av indre psykiske prosesser og forsvar som ikke er fullt ut bevisst (Hollway & Jefferson, 2013). Det har derfor vært viktig for feltforskeren (førsteforfatteren) å ha jevnlig veiledning med prosjektgruppen (medforfatterne) under feltarbeidet. Denne studien er et resultat av en slik veiledningsprosess, hvor feltforskeren ble oppmuntret til å sette ord på og undersøke videre umiddelbare, men diffuse inntrykk fra feltet som vekket blandede følelser og uventede reaksjoner hos henne, og som var vanskelig å plassere. Veiledning som understøtter feltforskerens selvrefleksjon, kan på denne måten bidra til å redusere fordommenes makt og åpne opp for nye perspektiver for å forstå det som skjer i feltet. Samtidig kan forskeren, gjennom veiledning og refleksjon, bruke egne følelser som vekkes inter-subjektivt i omgang med deltakerne, for å forstå flere lag i deltakernes erfaringer (Hollway & Jefferson, 2013). Slike refleksive prosesser har altså vært et viktig premiss for denne studien og sammenfattes til slutt i artikkelen.

Analyse

Analysen i denne artikkelen tar utgangspunkt i et helhetsinntrykk av materialet – som var delt av alle forfatterne (både feltforskeren og prosjektgruppen). Et tydelig overordnet inntrykk var at det var et sterkt tidspres i begge sykehjemsavdelingene. Pleierne gav uttrykk for at de ofte hadde dårlig samvittighet over å ikke å ha gjort en god nok jobb. Et annet tydelig overordnet inntrykk i begge sykehjemmene var at pleiepersonellet ikke snakket seg imellom om ulike bakgrunner og kulturer. (Mangfoldet ble med andre ord ikke tematisert.) Dette helhetsinntrykket danner altså bakteppet for analysen i denne artikkelen.

Analysen er inspirert av en psykososial tilnærming med dybdehermeneutisk fortolkning (Gripsrud et al., 2018; Hollway & Volmerg, 2010). Alle forfatterne arbeidet sammen i en gruppe for å undersøke og forstå hva som blir sagt i dataene (deskriptiv analyse), hvordan det blir sagt (stilistisk analyse), og hvorfor det blir uttrykt på akkurat denne måten (meningsfortolkning).

Den første fasen i analysen bestod av å engasjere oss i et utvalg av rådata fra feltarbeidet, som bestod av fire caser som førsteforfatteren på forhånd hadde valgt ut. Disse casene var valgt fordi de var gode eksempler på det vi oppfattet som spenninger i det flerkulturelle arbeidsfellesskapet, med utgangspunkt i feltforskerens egne diffuse inntrykk i feltet. Vi leste først teksten høyt sammen i gruppen for å bli kjent med den. Deretter uttrykte alle sine umiddelbare inntrykk, reaksjoner, følelser og assosiasjoner til teksten. Videre gikk vi over til en mer detaljert analyse av tekstens metakommunikative aspekt ved å lese den linje for linje og med øye for spesifikke ord som vekket nysgjerrighet, meningsdybde, spesifikke intonasjoner, brudd, repetisjoner eller emosjonelle uttrykk i teksten. Vi diskuterte deretter hva som stod på spill i teksten, hvordan dette kom til uttrykk, og hvordan hver og en av oss ble påvirket av å engasjere oss i teksten. Underveis i dybdeanalysen av dette begrensede materialet utviklet gruppen foreløpige fortolkninger (arbeidshypoteser), som deretter måtte finne støtte i helheten av datamaterialet for å kunne bli stadfestet og tatt med videre i analysen.

Gjennom denne hermeneutiske prosessen formulerte vi to nøkkelfunn: 1) Å se pleiere med innvandrerbakgrunn som et problem i en arbeidshverdag preget av travelhet og tidspres og 2) Strategier for å unngå å bli stigmatisert som et (innvandrers)problem.

I den videre analyseprosessen anvendte vi begrepene «indre rasist» og «mikroaggresjon» for å utdype tolkningen og forståelsen av materialet fra feltarbeidet. I neste avsnitt presen-

terer vi to av casene vi arbeidet med i gruppen. Casene vi valgte, beskriver mer og mindre uttrykt misnøye og friksjoner knyttet til det flerkulturelle arbeidsfellesskapet. Begge casene er basert på observasjonsdata og feltsamtaler, og personene i de utvalgte casene hadde flere års arbeidserfaring. Vi presenterer casene hver for seg – først slik de framstod i feltnotatene, og deretter fortolkende refleksjoner fra gruppeanalysen, der vi også inkluderer støtte for våre fortolkninger fra det større datamaterialet.

Case Kasper

Det første caset er en situasjon hentet fra feltnotatene som beskriver feltforskeren i møte med Kasper. Kasper er sykepleier og majoritetsnorsk:

Jeg er på vei til dagligstuen og møter Kasper på veien. Han nikker og går forbi meg, men stanser før han kommer til døren. Han snur seg og sier at siden jeg er så interessert i det flerkulturelle, så vil han bare si at dette ikke er lett. Jeg har ikke snakket så mye med Kasper før og blir litt overrasket over at han er så direkte. Han sier: «Språkvansker er det verste [og sikter til pleiere med innvandrerbakgrunn]. Du kan ikke stole på at ting blir fulgt opp, eller at viktige observasjoner blir dokumentert.» Han sier videre at det også er vanskelig med demens og språkvansker, og at det er de små nyansene som mangler. Han forteller at kommunikasjon med personer med demens krever innlevelse, forståelse og rette kulturelle koder [sikter fortsatt til pleiere med innvandrerbakgrunn]. «Det nytter ikke bare med et språkkurs når en skal kommunisere med personer med demens», sier han. Han snakker fort mens han kommer noen skritt nærmere, og jeg opplever at han blir engasjert, og at han hever toneleiet etter hvert som han snakker. Han sier videre at det er en politikk i denne kommunen at alle skal inkluderes uansett, en policy om at innvandrere skal i jobb uansett. Han tror det kanskje er økonomiske motiver som ligger bak. Han forteller at personer med dårlig språk blir plassert i avdelingen uten at fagpersonell blir spurt om råd eller får komme med sin mening. «Det er til tider på kanten av pasientsikkerheten», sier han og forteller at det da blir slik at de som er norske, må rydde opp etter oppgaver som ikke er blitt utført. Han mener det kan forklares med kultur og holdning. Han hevder for eksempel at pleiere med innvandrerbakgrunn har ulike tradisjoner for hva som er skitne klær, og at noen henger skitne klær i skapet fordi klærne i deres øyne ikke er skitne, og så tar nestemann de skitne klærne på beboeren. De kan ikke de kulturelle kodene for beboerens standard, sier han, og mener at de mangler opplæring. Han forteller at han på enkelte vakter har vært den eneste norske pleieren, og at det da ikke alltid er like lett. Da blir det mye ekstra arbeid. Det er mye rot i avdelingen, sier han og rister på hodet idet han snur seg og går, uten å vente på svar fra meg.

Jeg står igjen med en følelse av å forstå Kaspers frustrasjon over tidspress og krevende oppgaver. Det er ikke første gang jeg hører pleiere uttrykke frustrasjon og avmakt over tidspress og fortelle at de går hjem med en vond følelse av at de ikke har gjort en god nok jobb. Samtidig kjenner jeg på skam over at Kasper snakket slik han gjorde om pleiere med innvandrerbakgrunn, og jeg får skyldfølelse for at jeg opptrådte som en tilskuer og bare lot samtalen gå sin gang uten å si noe. (fra feltnotat)

Å se pleiere med innvandrerbakgrunn som et problem i en arbeidshverdag preget av travelhet og tidspress

I det presenterte caset tar Kasper opp forskjellige temaer vi kan gripe fatt i. Han starter med å si at det flerkulturelle ikke er lett, og at språkvansker er det verste. Utfordringer med språk er, som nevnt, et kjent tema i flerkulturelle arbeidsfellesskap i sykehjem i Norge (Chen et al., 2020; Egede-Nissen et al., 2019; Munkejord, 2019; Tingvold & Munkejord, 2021; Ødegård

& Andersen, 2020). Å snakke «godt norsk» er ifølge Andenæs (2010, s. 198) knyttet til både en språklig kompetanse og en form for sosiokulturell kompetanse som «vever» sammen kunnskap om språk med kunnskap om kultur slik at de kulturelle kodene forstås. Det er liten tvil om at språk og kulturkunnskap er viktig i omsorgen for sykehjemsbeboere i livets sluttfase og deres pårørende. Kasper illustrerer hvordan såkalte språkvanser («det verste») også kan bli brukt som en slags sekkebetegnelse for andre frustrasjoner i et flerkulturelt arbeidsfellesskap knyttet til for eksempel tillit og holdninger. En rapport fra Helsedirektoratet (2018) viser til at det er vanskelig å dokumentere hvorvidt manglende språkferdigheter er en utbredt utfordring blant helsepersonell med innvandrerbakgrunn i Norge. Rapporten påpeker at selv om manglende norskkunnskaper hos helsepersonell kan være en medvirkende faktor til at faglige feil blir gjort, erfarer man også at det ofte kan være sprikende og subjektive oppfatninger blant kolleger og ledere av hvor gode eller dårlige norskkunnskaper vedkommende faktisk har (Helsedirektoratet, 2018, s. 68).

I fortolkningsgruppen undret vi oss over om Kasper uttrykker avmakt for arbeidssituasjonen sin, og hvorfor han i stor grad retter kritikk mot kolleger som har innvandrerbakgrunn. Diskriminering og rasisme kan komme til uttrykk både direkte og indirekte. Innenfor psykoanalytisk teori har vi funnet det dekkende begrepet «den indre rasist» (f.eks. Davids, 2011; Foster, 2006). Ifølge Davids (2011, s. xi) er «indre rasisme» et ubevisst og universelt trekk i menneskesinnet: «a paranoid, us–them construction involving self and racial other as a permanent feature». Ifølge den psykoanalytiske teorien kvitter vi oss med deler av vår personlighet som vi ikke kan tåle, og projiserer disse delene over på andre for på den måten å kunne kritisere dette hos den andre (Foster, 2006). Travelhet og tidspress – med opplevelse av håpløshet og utilstrekkelighet i arbeidsfellesskapet – kan bidra til at ubevisste og undertrykte fordommer vokser fram, og at den indre rasisten dermed kommer til overflaten (Foster, 2006; Davids, 2011). Ifølge Hall (2013) kan den annerledes «andre» lett bli en mot-taker for «jegets» eller «gruppens» negative ubevisste følelser, uttrykt gjennom fiendtlighet og aggresjon. Minoritetsnorske pleiere kan med andre ord, dersom de får tildelt den symbolske rollen som «annerledes andre», bli utsatt for projiserte, uønskede og negative følelser fra majoritetsgruppen – uavhengig av eventuelle språkutfordringer.

I den gruppebaserte analysen la vi videre merke til at Kasper bruker faglige begreper som for eksempel «kulturelle koder» og «pasientsikkerhet». Var det kanskje for å legitimere ellers sterke følelser og ikke framstå som direkte rasistisk i sine uttalelser? Men frustrasjonen over kolleger som har innvandrerbakgrunn, skinner tydelig igjennom. Går vi til det større materialet, henger for eksempel også Alma (majoritetsnorsk helsefagarbeider) – ikke ulikt Kasper – kanskje også sin frustrasjon på faglige begreper. Hun snakker om «kommunikasjonsutfordringer» med pårørende og forteller i en feltsamtale at minoritetsnorske pleiere ofte gir uttrykk for at de forstår [det som blir formidlet], selv om de egentlig ikke forstår. Hun forteller at det derfor ofte oppstår misforståelser og konflikter med misfornøyde pårørende som de (majoritetsnorske) må rydde opp i. En tolkning vi kom til i gruppen, kan være at ved å knytte kjente begreper fra fagdiskurser til holdningene sine til den annerledes andre kan Kasper og Alma legitimere følelsesladde temaer som det ville kunne være politisk ukorrekt og rasistisk å si direkte. Kjersti (majoritetsnorsk sykepleier) uttrykker misnøyen noe mer direkte. Hun forteller at det ofte er få sykepleiere på vakt på grunn av lav sykepleiedekning, og at hun er sliten av å måtte følge opp ting i avdelingen. Under en feltsamtale forteller hun om en kveldsvakt der en minoritetsnorsk sykepleier hadde ansvaret for omsorgen til en av beboerne som var i livets sluttfase. Pleieren kunne «ingenting» om pleie ved livets slutt og hvordan hun skulle ivareta de pårørende, sier hun med en litt irritert stemme. Hun bruker begrepet uverdig pleie og sier at epi-

soder som dette er en kjempestor belastning for *oss andre* [majoritetsnorske pleiere] (vår utheving).

Vi la også merke til at Kasper forklarer situasjonen politisk. Han sier at det er en policy i kommunen at innvandrere skal i jobb uansett. Vi kan på samme måte fortolke dette som at han kanskje vegrer seg for å gi direkte uttrykk for at han er kritisk til de minoritetsnorske pleierne, og i stedet legger ansvaret over på kommunen. Ifølge Foster (2006) er det naturlig å være redd for skammen ved å eksponere sin indre rasist og bli beskyldt for rasistiske holdninger. Davids (2011, s. 27) peker på hvordan man unngår å kjenne på skyldfølelse hos seg selv ved å heller legge ansvaret over på institusjonene: «The problem of guilt is avoided by projecting the self-racial other relationship into our institutions. The individual does not therefore feel responsible for that racism.» Ettersom Kasper ikke ventet på svar etter alt han hadde sagt til feltforskeren, er det vår fortolkning at han kan ha følt på skam over å ha eksponert sin indre rasist, og hadde behov for å komme seg raskt bort fra situasjonen, kanskje for å unngå å bli utfordret av feltforskeren på det han hadde fortalt. Hun på sin side ble en taus mottaker for hans sterke følelser om minoritetsnorske kolleger og kjente selv på skam.

Den norske velferdsstaten har likhet og universalisme som sentrale verdier (NOU 2017: 2, s. 162). I sin forskning på det flerkulturelle samfunnet og forståelsen av andre viser den norske sosialantropologen Marianne Gullestad (2002, s. 83–84) til hvordan «forestilt likhet» har definert ideen om det norske fellesskapet som spesielt homogent og egalitært. Hun forklarer det som at personer må oppfattes som like for å bli betraktet som likeverdige. Den negative siden av et slikt likhetsideal, hevder hun, er at det er lite rom for å akseptere at folk er forskjellige. Gullestad (2002, s. 91) mener at det homogene fellesskapet styrkes gjennom at innvandrere konstrueres som kulturelt annerledes fra det norske, men like i sin annerledeshet.

Kasper konstruerer en minoritetsgruppe ved å skjære alle over én kam: noen man ikke kan stole på, som forårsaker ekstra arbeid, lager rot i avdelingen, mangler opplæring, har andre tradisjoner enn de majoritetsnorske, og ikke utfører alle oppgavene de får tildelt eller har ansvar for. Det blir på denne måten konstruert et hierarkisk skille mellom de majoritetsnorske («oss»/ «vi») og de minoritetsnorske («dem»/ «de»), hvor egnethet vurderes ut fra hegemoniske fortolkningsrammer om det norske som bidrar til å naturliggjøre diskriminering (Gullestad, 2002).

Case Lukas

Det neste caset er hentet fra vaktrommet ved et av sykehjemmene:

Lukas (minoritetsnorsk sykepleier) har ansvar for morgenrapporten i dag. Norsk er ikke hans morsmål, og han bruker tid på å lese fra rapporten. Etter at rapporten er ferdig, reiser pleierne seg for å gå til gruppene. Lukas har administrasjonsdag (ikke direkte pleieoppgaver), og når de andre går til gruppene, blir jeg sittende på vaktrommet med ham. Han forteller om en av beboerne som døde for noen dager siden, og vi snakker litt om tiden før beboeren døde. Han forteller at han og Grete (majoritetsnorsk sykepleier) hadde hatt samtale med pårørende før beboeren døde, og at det var Grete som var der da beboeren døde. Han sier at han synes det er for lite effektivt på avdelingen, og at Grete og Harald (som også er majoritetsnorsk sykepleier) brukte altfor lang tid på å stille den døde beboeren, nesten en og en halv time, sier han og ser intenst på meg. Han sier også at han tror Sasha (minoritetsnorsk sykepleier) er litt sur på ham fordi han måtte si til henne at hun må jobbe mer effektivt, og han sier videre at han er litt skeptisk til at det kommer så mange muslimer til Norge. «Jeg er ikke rasist, men jeg synes at det er litt

ikke greit», sier han. Alina (minoritetsnorsk helsefagarbeider) kommer inn på vaktrommet for å hente noe, og Lukas sier noe til henne på et annet språk. De ler, og Alina sier at de forstår hverandre fordi de er fra to naboland. Jeg spør om de snakker mye om hverandres hjemland, men det sier begge nei til. «Her er det ikke plass til så mye privat», sier Lukas i et tonefall og med et ansiktsuttrykk som gjør at jeg oppfatter at han egentlig synes det er litt trist. Kjersti (majoritetsnorsk sykepleier) kommer også inn på vaktrommet for å skrive rapport, og Lukas og Kjersti begynner å snakke om personalmøtet som skal være senere i dag. Der skal de ta opp sykepleiemangelen ved sykehjemmet, som medfører omorganisering og flytting av personell. Jeg spør hvordan Lukas opplever det. Han sier at han helst hadde ønsket å arbeide på en av de andre avdelingene. Der er det mer tekniske utfordringer, sier han, men arbeidsmiljøet er ikke så bra der. Kjersti følger opp og sier: «Det vanskeligste er at det er flere ansatte som snakker svært dårlig norsk.» Lukas slår hendene ut og sier: «Ja, jeg er ikke rasist, altså, men jeg mener at det er altfor mange mørke som jobber der». Jeg kjenner meg opprørt over Lukas' kommentar og blir overrasket over at hverken Kjersti eller Alina kommenterer eller sier noe i forhold til dette (fra feltnotat).

Strategier for å unngå å bli stigmatisert som et (innvandrers)problem

Vi hører her at effektivitet er viktig for Lukas. Han sier at han synes det er for lite effektivitet på avdelingen, og kritiserer både de majoritetsnorske og minoritetsnorske pleierne for ikke å være effektive nok. I tolkningsgruppen lurte vi på hvorfor Lukas viser en slik fasinasjon og glød for nettopp effektivitet. Den dominerende nyliberale diskursen som de siste tiårene har preget helse- og omsorgstjenestene, har endret praksisfeltet i retning av å skulle tilpasses styringsverktøy forbundet med New Public Management (NPM). Krav til økt effektivitet og samtidig bedre kvalitet i offentlige velferdstjenester er sentralt i NPM-diskursen (Gripsrud et al., 2020; Vetlesen, 2011). En fortolkning kan være at Lukas tilslutter seg denne diskursen om effektivitet som faglig ideal og samfunnsmessig verdi i et ønske om å oppfylle kravene til «norskhet» (Gullestad, 2002). Ved å være en mer effektiv pleier, og framheve dette overfor andre, kunne han kanskje unngå å bli konstruert av de majoritetsnorske som kulturelt annerledes (jf. Kaspers beskrivelser av pleiere med innvandrerbakgrunn som minoritetsgruppe med felles negative kjennetegn).

Da vi lette etter støtte for denne fortolkningen i materialet fra feltarbeidet, fant vi at også andre minoritetsnorske pleiere brukte ulike strategier for å unngå å bli stigmatisert som den «annerledes andre». Clara (minoritetsnorsk sykepleier) sier for eksempel at hun unngår å snakke om sin etniske og kulturelle bakgrunn i kollegafellesskapet. Hun forteller hvor tøft det var å komme inn i et norsk miljø og sier: «Jeg kan ikke dele veldig mye fordi det er ofte at jeg går mot strømmen. Og jeg skal fungere, jeg skal bli inkludert. Jeg føler meg ikke hundre prosent inkludert» (fra intervju med Clara). Dette kan fortolkes som en strategi hun bruker for å unngå stigma, noe som også blir beskrevet i litteraturen (Doldor & Atewologun, 2021). Også Marlon (minoritetsnorsk helsefagarbeider) forteller hvordan han forholder seg til det å være en minoritet i arbeidsfellesskapet. Han forteller at de som er innvandrere i hans avdeling, snakker seg imellom om det de synes er rart med det norske, men deres strategi er å snakke «stille» om dette siden de ikke vil kritisere majoritetskulturen åpenlyst. Marlon sier: «Vi [innvandrere] kan jo ikke bestemme her, vi bare følger det som er bestemt» (fra intervju med Marlon).

I casebeskrivelsen hører vi også at Lukas uttrykker en skepsis til at det kommer så mange muslimer til Norge. Men som Kasper ønsker han – til tross for et ganske eksplisitt budskap – ikke å fremstå som rasist. Lukas sier det i klartekst: «Jeg er ikke rasist, altså». Vi fortolker disse påstandene som uttrykk for en mikroagresjon. Mikroagresjoner kan finne utløp gjennom hverdagslige ydmykelser som markerer et underordningsforhold (Sue et al., 2007).

Mikroaggresjon kan være bevisst eller ubevisst og kommunisere fiendtlige, degraderende eller negative rasistiske fornærmelser eller krenkelser mot en målrettet gruppe eller person. Sue et al. (2007, s. 274–275) skiller mellom tre former for mikroaggresjon: mikroangrep, mikrofornærmelse og mikrounderkjennelse. En vanlig mikrounderkjennelse kan være å ugyldiggjøre eksplisitte rasistiske uttalelser (det er altfor mange mørke), slik Lukas gjør når han samtidig sier at han ikke er rasist.

I tråd med et psykososialt perspektiv kan rasisme, ifølge Gold (2021, s. 2, vår oversettelse), forklares som en mekanisme vi benytter (bevisst eller ubevisst) for å klandre den «andre» – som i utgangspunktet er en uskyldig person eller et folk – for de mindre flatterende egenskapene vi selv besitter, men ikke vil innrømme overfor oss selv. Gold poengterer at vi vanligvis velger disse «andre» som, av en eller annen grunn, eksisterer i periferien av vår gruppe eller samfunn eller som er synlig forskjellige fra oss i farge eller kultur.

Lukas står fram i datamaterialet fordi han uttrykker seg eksplisitt rasistisk. Denne tydelige måten å gi uttrykke for rasisme på kommer ikke fram hos andre i det større materialet, men Lukas representerer noe som ligger og ulmer under overflaten.

Lukas og Kjersti snakker om den planlagte omorganiseringen på sykehjemmet, og Lukas sier at han ikke synes at arbeidsmiljøet er bra på en av de andre avdelingene. I dialogen mellom dem legger vi merke til at Kjersti spontant følger opp Lukas' utsagn med å si at det vanskeligste egentlig er at det er så mange som snakker dårlig norsk. Her kan vi tenke at betegnelsen dårlig norsk er et eksempel på det som Sue et al. (2007) kaller mikrofornærmelse, ved at minoritetsnorske pleiere blir kategorisert som personer som snakker dårlig norsk. Dette kan tolkes som en subtil form for ydmykelse av pleiere med innvandrerbakgrunn og noe som markerer deres sosiale underordning. Det er tydelig at Kjersti skjønner at det er de minoritetsnorske pleierne Lukas mener når han snakker om det dårlige arbeidsmiljøet. De uttrykker sine perspektiver forskjellig, men er samtidig ganske samkjørte i hva de snakker om: Lukas plasserer problemet på arbeidsmiljøet, og Kjersti følger det opp med å snakke om dårlig språk. Lukas unngår å bruke ordet muslim når Alina, som er muslim, kommer inn i rommet. I stedet sier han at det er altfor mange mørke som jobber der.

Oppsummerende refleksjoner

Hensikten med denne artikkelen var å få økt kunnskap om hvordan pleiepersonell som utøver omsorg til beboere i livets slutfase i sykehjem, opplever og forholder seg til et flerkulturelt arbeidsfellesskap i sykehjem. Vi innledet med feltforskerens opplevelse av en motsetning mellom det noen pleiere beskrev som et kjempekjekt arbeidsmiljø, og den samtidig murrrende undertonen fra andre pleiere om at alt ikke var så lett. Det var denne undertonen vi ville ta tak i og undersøke videre i prosjektgruppen.

I tråd med helhetsinntrykket av datamaterialet hører vi i casene om Kasper og Lukas om hvordan tidspress og effektivitetsjag preger hverdagen til de ansatte i sykehjem. Travelhet og tidspress – og den ubehagelige følelsen av å ikke få gjort en god nok jobb – kan bidra til en «syndebukk»-tenkning og at uttrykk for ens «indre rasist» kommer til overflaten. I et psykososialt perspektiv fortolker vi det slik at minoritetsnorske pleiere kan bli – i kapasitet av sin «annerledeshet» – mottakere av projiserte, uønskede og negative følelser i arbeidsfellesskapet, og kan risikere å bli utsatt for ulike former for mikroaggresjon fra majoritetsgruppen. Caset om Lukas viser at minoritetsnorske pleiere kan bruke ulike strategier for å unngå å bli stigmatisert som et problem i arbeidsfellesskapet inklusive det å komme med utsagn om rasialiserte andre.

Kaspers case viser, i tråd med helhetsinntrykket av datamaterialet, hvor utfordrende det kan være å sette ord på tanker og følelser knyttet til erfaringer av forskjellighet i arbeidsfellesskapet. Spenningen mellom behovet for å sette ord på frustrasjoner knyttet til ulikheter og samtidig ikke framstå som rasistisk gjør at temaet (tidvis) framstår som diffust og vanskelig å undersøke empirisk. Feltforskerens egen erfaring speilet på noen måter denne spenningen. Etter samtalen med Kasper stod hun igjen med en følelse av å forstå hans frustrasjon over tidspress og krevende oppgaver. Samtidig kjente hun på skam over at minoritetsnorske pleiere ble så dårlig omtalt og lite verdsatt, og hadde skyldfølelse for at hun, til tross for disse følelsene, forholdt seg som en taus tilskuer og bare lot samtalen gå sin gang uten å si noe. Gjennom veiledning fikk hun anledning til å ta tak i sine egne erfaringer og undersøke følelser som oppstod i feltet. Dermed begynte en mulig forståelse å utkrystallisere seg av hvorfor de andre pleierne heller ikke sa noe – og at kanskje også de følte skam over indre og ytre rasisme i dette i arbeidsmiljøet.

Ved å ta tak i diffuse følelser som et utgangspunkt for en gruppebasert fortolkning har vi åpnet opp for å kunne undre oss sammen over observasjoner som i utgangspunktet framstod som delvis ubegripelige, og som ellers lett kunne blitt oversett ved en mer deskriptiv tilnærming til datamaterialet (Gripsrud, 2021). Dette åpnet også for at vi lærte noe nytt om oss selv i prosjektgruppen. Gjennom arbeidet har vi blitt bevisst på vår egen mikroagresjon og har erfart å bli skamfulle. Et eksempel på dette er hvordan vi i drøftingen av caset om Lukas (minoritetsnorsk) først skrev at «vi ikke hadde forventet å høre denne undertonen av misnøye mot andre minoritetsnorske kolleger i hans uttalelser». I drøftingen av caset ble vi dermed bevisst på at vi selv utøvde mikroagresjon ved å behandle minoritetsnorske pleiere som én gruppe – som «de» og «oss», med andre ord like i sin annerledeshet, slik Gullestad (2002) beskriver.

Denne artikkelen viser at rasisme kan være vanskelig å identifisere. En fortolkende tilnærming til det som ligger under overflaten, har derfor vært et viktig premiss for denne studien. Artikkelen viser hvordan diskriminering og rasisme utspiller seg på sykehjem gjennom ulike former for ytringer. Den indre rasisten kommer til uttrykk som mikroagresjon eller direkte rasistiske uttalelser i feltarbeidet som er presentert her. De reelle uttrykkene for både implisitt og eksplisitt diskriminering og rasisme som vi har løftet fram i denne artikkelen, angår oss alle som medmennesker og medborgere i et mangfoldig samfunn.

Vi mener at økt kunnskap og bevissthet om disse fenomenene kan være en viktig forutsetning for å etablere gode arbeidsfellesskap i flerkulturelle settinger, med konsekvenser for de ansattes egen velferd og for kvaliteten på omsorgen til beboere i livets sluttfase og deres pårørende.

Metodiske begrensninger og styrker

I artikkelen har vi tatt utgangspunkt i to situasjoner fra feltnotater som viser til misnøye og friksjoner knyttet til det flerkulturelle arbeidsfellesskapet i sykehjem. For å komme under overflaten på disse har vi arbeidet sammen om å fortolke latente meninger i dataene gjennom en dybdehermeneutisk psykososial tilnærming. En begrensning med denne metoden er at fortolkninger er nært knyttet til det subjektive. Samtidig åpner gruppeprosessen for at ulike subjektiviteter og perspektiver kommer i spill, og for at motsetninger og nyanser kan få utvikle seg (Gripsrud, 2021). Vi har her presentert vår måte å forstå materialet på. Vi har etterstrebet oss transparens gjennom å legge materialet fram på en slik måte at leseren også får mulighet til å følge fortolkningsprosessen vår. Gjennom de to situasjonsbeskrivelsene, og ikke bare enkeltsiter fra feltarbeidet, åpner vi for at

leseren kan ha andre fortolkninger, og ønsker disse velkommen (Hollway & Jefferson, 2013, s. 74).

En av fordelene med en dybdehermeneutisk tilnærming er at en får gå i detalj på korte utdrag fra et større datasett. Denne nærlesingen åpner ofte for å se flere nivåer og sammenhenger i det øvrige materialet. Gjennom forståelsen av det partikulære kan en få hypoteser og kunnskap som kan gi mening og overførbarhet også til andre situasjoner og mennesker (Gripsrud et al., 2018).

Respondentvalidering – at deltakerne går god for forskernes fortolkninger – ville vært utfordrende med vår tilnærming. Ifølge Fangen (2010) kan fortolkninger introdusere noe nytt og ukjent som bryter med deltakernes selvforståelse, og som kan være vanskelig for den det gjelder å si seg enig eller uenig i. Å samtale med deltakerne om tolkninger kunne imidlertid ha bidratt til en dypere forståelse av fenomenene som utforskes i denne artikkelen. Respondentvalidering kan være nyttig for å utvikle nye data som gir interessante retninger for den videre analysen. Samtidig viser Fangen (2010) til at enighet om tolkningen fra deltakerne ikke er et nødvendig kriterium for god validitet. Fortolkninger som tilfører nye perspektiver og forståelser utover det subjektive, og som løftes opp til noe som kan være allmennmenneskelig, kan ifølge Fangen (2010) være et godt kvalitetskriterium.

En annen begrensning er selve konteksten for feltet. Datasamlingen ble foretatt i det en kan kalle rurale strøk, og vi vet ikke hvordan dette har påvirket funnene våre. Kanskje er det slik at sosiale endringer håndteres mer konservativt i rurale strøk? Ifølge Gullikstad og Kristensen (2021 s. 42) blir rurale strøk ofte framstilt som homogene og preget av sosial nærhet og høy grad av sosial kontroll, mens urbane steder gjerne oppfattes som dynamiske, inkluderende og preget av mangfold. Samtidig viser undersøkelser at normer om likhet, sosial kontroll og nærhet også oppleves i urbane strøk, og at det i rurale strøk kan være både «mangfold, stor takhøyde og sosial avstand» (Gullikstad & Kristensen, 2021, s. 42).

Vi vil rette en stor takk til studiens deltakere.

Artikkelen inngår i et ph.d.-prosjekt som er en del av arbeidspakke 4 i forskningsprosjektet «Det mangekulturelle stabsfellesskap i sykehjem: muligheter og utfordringer» (MULTICARE), finansiert av Norges Forskningsråd (HELSEVEL, 2016–2020). (Prosjektkode 256617).

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Referanser

- Andenæs, E. (2010). «Nok norsk» til å være «norsk nok»? Språk, arbeid, likestilling. I B. Gullikstad, A.B. Flemmen & A.-J. Berg (red.), *Likestilte norskhet: Om kjønn og etnisitet* (s. 195–224). Tapir akademisk forlag.
- Anttonen, A., Häikiö, L. & Stefánsson, K. (2012). *Welfare State, Universalism and Diversity*. Edward Elgar Publishing.
- Berg, B., Thorshaug, K., Garvik, M., Svendsen, S. & Øias, S. H. (2012). *Hvorfor mangfold? En studie av ulike forståelser og praksiser av mangfold*. NTNU Samfunnsforskning. <http://hdl.handle.net/11250/2372302>
- Båtnes, P. & Egden, S. (2012). *Flerkulturell forståelse i praksis*. Gyldendal akademisk.
- Chen, L., Xiao, L. D., Han, W., Meyer, C. & Müller, A. (2020). Challenges and opportunities for the multicultural aged care workforce: A systematic review and meta-synthesis. *Journal of Nursing Management*, 28(6), 1155–1165. <https://doi.org/10.1111/jonm.13067>

- Clarke, S. & Hoggett, P. (2009). Researching beneath the surface: A psycho-social approach to research practice and method. I S. Clarke & P. Hoggett (red.), *Researching Beneath the Surface: Psycho-Social Research Methods in Practice* (s. 1–26). Routledge.
- Claus, G. (2018, 5. juli). *Innvandrere stod for 1 av 6 årsverk innen omsorg*. Statistisk sentralbyrå (SSB). <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/innvandrerne-sto-for-1-av-6-arsverk-innen-omsorg>
- Davids, M. F. (2011). *Internal Racism*. Red Globe press.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (NESH). (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi/>
- Doldor, E. & Atewologun, D. (2021). Why work it when you can dodge it? Identity responses to ethnic stigma among professionals. *Human Relations*, 74(6), 892–921. <https://doi.org/10.1177/0018726719895552>
- Dzamarija, M. T. (2019, 5. mars). *Slik definerer SSB innvandrere*. Statistisk sentralbyrå (SSB). <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/slik-definerer-ssb-innvandrere>
- Egede-Nissen, V., Sellebold, G., Jakobsen, R. & Sørli, V. (2019). Minority healthcare providers experience challenges, trust, and interdependency in a multicultural team. *Nursing Ethics*, 26(5), 1326–1336. <https://doi.org/10.1177/0969733017752546>
- Eriksen, T. H. (2007). Mangfold versus forskjellighet. I Ø. Fuglerud & T.H. Eriksen (red.), *Grenser for kultur? Perspektiver fra norsk minoritetsforskning*. Pax Forlag.
- Eriksen, T. & Sajjad, T. (2020). *Kulturforskjeller i praksis: Perspektiver på det flerkulturelle Norge* (7. utgave, s. 111–130). Gyldendal.
- Fagertun, A. & Tingvold, L. (2018). Omsorgsarbeid, kjønn og etnisitet. Flerkulturelle arbeidsfellesskap i norske sykehjem i møte med institusjonelle endringer. I J. Debesay & C. Tschudi-Madsen (red.), *Migrasjon, helse og profesjon* (s. 173–193). Gyldendal Akademisk.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme*.
- Foster, A. (2006). Living and working with difference and diversity. I B. Bishop, A. Dickinson, A. Foster & J. Klein (red.), *Difference: An Avoided Topic in Practice* (s. 5–24). ProQuest Ebook Central.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*. Basic Books.
- Gleditsch, R. F. (2020, 3. juni). *Nasjonale befolkningsframskrivninger 2020–2100. Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge*. Statistisk sentralbyrå (SSB). <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn>
- Gold, S. (2021). *Unthinkable Evil: Understanding Racism*. Primedia Elaunch LLC.
- Gould, L., Stapley, L. F. & Stein, M. (red.). (2001). *The Systems Psychodynamics of Organizations: Integrating the Group Relations Approach, Psychoanalytic and Open Systems Perspective*. Karnac.
- Gripsrud, B. H. (2021). Mothering Death: A Psychosocial Interpretation of Breast Cancer Biography. *Qualitative Studies*, 6(1), 38–67. <https://doi.org/10.7146/qs.v6i1.124454>
- Gripsrud, B. H., Mellon, K. & Ramvi, E. (2018). Depth-hermeneutics: A psychosocial approach to facilitate teachers' reflective practice? *Reflective Practice*, 19(5), 638–652. <https://doi.org/10.1080/14623943.2018.1538955>
- Gripsrud, B. H., Ramvi, E. & Ribers, B. (2020). Couldn't care less? A psychosocial analysis of contemporary cancer care policy as a case of borderline welfare. *Journal of Psychosocial Studies*, 13(3), 247–262. <https://doi.org/10.1332/147867320X15985348674895>
- Gullestad, M. (2002). *Det norske sett med nye øyne. Kritisk analyse av norsk innvandringsdebatt*. Universitetsforlaget.
- Gullikstad, B. & Kristensen, G. K. (2021). «Vi er jo et mangfoldssamfunn». Mangfold som offentlig integreringsfortelling: (re)produksjon av likhet og ulikhet? I B. Gullikstad, G.K. Kristensen & T.F. Sætermo (red.), *Fortellinger om integrering i norske lokalsamfunn* (s. 40–63). Universitetsforlaget.

- Hall, S. (2013). The Spectacle of the 'Other'. I S. Hall, S. Evans & J. Nixon (red.), *Representation*. (2. utg., s. 234–238). London: SAGE Publications Ltd.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (2004). *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Gyldendal Akademisk.
- Hanssen, I. (2019). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (4. utgave). Gyldendal.
- Haugstveit, F. V. & Otnes, B. S. (2020, 24. juni). *Fire av fem eldre som dør, mottar omsorgstjenester i kommunen*. Statistisk sentralbyrå (SSB). <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/fire-av-fem-eldre-som-dor-mottar-omsorgstjenester-i-kommunen>
- Helsedirektoratet. (2018, desember). *NHSP 2020-2023 Kunnskapsgrunnlag til underprosjektet «Helsepersonell med utdanning fra utlandet»* (Rapport IS-2792). [Kunnskapsgrunnlag – Helsepersonell med utdanning fra utlandet.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/kunnskapsgrunnlag-til-underprosjektet-helsepersonell-med-utdanning-fra-utlandet)
- Hollway, W. & Volmerg, B. (2010). *Interpretation group method in the Dubrovnik tradition*. Dubrovnik, Croatia: International Research Group for Psycho-Societal Analysis. <http://oro.open.ac.uk/id/eprint/34374>
- Hollway, W. & Jefferson, T. (2013). *Doing Qualitative Research Differently. A Psychosocial Approach*. Sage.
- Meld. St. 24 (2019–2020). *Lindrende behandling og omsorg — Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/52d05db7090c411abc7a3f4d47124119/no/pdfs/stm201920200024000dddpdfs.pdf>
- Midtbust, M. H., Alnes, R. E., Gjengedal, E. & Lykkeslet, E. (2018). Perceived barriers and facilitators in providing palliative care for people with severe dementia: The healthcare professionals' experiences. *BMC Health Services Research*, 18(1), 709–709. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3515-x>
- Munkejord, M. C. (2019). Challenging the ethnic pyramid: Golden rules and organisational measures towards a more inclusive work environment. *Journal of Nursing Management*, 27(7), 1522–1529. <https://doi.org/10.1111/jonm.12838>
- Munkejord, M. C. & Tingvold, L. (2019). Staff perceptions of competence in a multicultural nursing home in Norway. *Social Science & Medicine* (1982), 232, 230–237. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.023>
- NOU 2017: 2. (2017). *Integrasjon og tillit — Langsiktige konsekvenser av høy innvandring*. Justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-2/id2536701/>
- NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>
- NOU 2020: 15. (2020). *Det handler om Norge – Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-15/id2788079/>
- Rogstad J. & Solbrække K. N. (2012). Velmenende likegyldighet. Konflikt og integrasjon i et flerkulturelt sykehus. *Sosiologisk Tidsskrift*, 20(4), 315–338. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2928-2012-04-02>
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A., Nadal, K. L. & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271–286. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.62.4.271>
- Tingvold, L. & Fagertun, A. (2020). Between Privileged and Oppressed? Immigrant Labor Trajectories in Norwegian Long-Term Care. *Sustainability (Basel, Switzerland)*, 12(11), 4777. <https://doi.org/10.3390/su12114777>
- Tingvold, L. & Munkejord, M. C. (2021). Shared goals, communication and mutual respect in multicultural staff teams: A relational coordination perspective. *Nursing Open*, 8(2), 957–965. <https://doi.org/10.1002/nop2.704>

- Vetlesen, A. J. (2011). Nyliberalisme – en revolusjon for å konsolidere kapitalismen. *Agora*, 29(1), 5–53. <https://doi.org/10.18261/ISSN1500-1571-2011-01-02>
- Wadel, C. (2014). *Feltarbeid i egen kultur*. Cappelen Damm.
- Wettergreen, J., Ekornrud, T. & Abrahamsen, D. (2019, 17. september) *Eldrebolgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen*. Statistisk sentralbyrå (SSB). <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>
- Ødegård, A. M. & Andersen, R. K. (2020). *Norskkompetanse blant arbeidstakere født i utlandet* (Fafo-rapport 2020:27, 2. utg.). <https://www.fafo.no/images/pub/2020/20762.pdf>
- Ådland, A. K., Høyland M. L., Gripsrud, B. H. & Ramvi, E. (2019). Death and liminality: An ethnographic study of nursing home staff's experiences in an encounter with the dead body. *Death Studies*, 45(7), 497–507. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1648343>
- Ådland, A. K., Gripsrud, B. H., Lavik, M. H. & Ramvi, E. (2021). «They Stay With You»: Nursing Home Staff's Emotional Experiences of Being in a Close Relationship With a Resident in Long-Term Care who Died. *Journal of Holistic Nursing*, 40(2), 108–122. <https://doi.org/10.1177/08980101211017766>

Artikkel III



Qualitative Research

“They Stay With You”: Nursing Home Staff’s Emotional Experiences of Being in a Close Relationship With a Resident in Long-Term Care who Died

Anne Kristine Ådland, MSc, OCN, PhD candidate 
 Birgitta H. Gripsrud, PhD
 University of Stavanger

Marta H. Lavik, PhD
 The Research Group for Nursing- and Healthcare Science, Stavanger University Hospital
 VID Specialized University
 Stellenbosch University
 University of Stavanger

Ellen Ramvi, PhD
 University of Stavanger

jhn

Journal of Holistic Nursing
 American Holistic Nurses Association
 Volume 40 Number 2
 June 2022 108–122
 © The Author(s) 2021



Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
 10.1177/08980101211017766
journals.sagepub.com/home/jhn



Aim: To explore and develop understanding of nursing home staff’s emotional experiences of being in a close relationship with a resident in long-term care who later died. **Design:** Ethnographic fieldwork. **Methods:** As part of fieldwork, narrative interviews were conducted with nursing home staff ($n = 6$) in two nursing homes in Norway and analyzed using interpretative phenomenological analysis. **Findings:** Through data analysis, we identified three superordinate themes: (1) wanting to be something good for the resident and their families, (2) striving to make sense of the resident’s death, and (3) struggling to balance being personal and professional. **Implications for holistic nursing and conclusion:** Nursing home staff experience tensions between ideals of distanced professionalism and the emotional experience of proximity, evidenced by personal commitment and mutual recognition in relationships with “special residents” in long-term care. To support holistic practice, awareness is needed of the emotional impact of relationships on health professionals. Suppressing feelings puts staff at risk of moral distress, compassion fatigue, and burnout, as well as higher turnover and absenteeism. Managers should facilitate discussions on professionals’ ideals of relationship-based practice, including processing of, and reflection on, emotional experiences in long-term care. Rituals to mark a resident’s death can provide further emotional containment.

Authors’ Note: This PhD project is part of Work Package 4 in Multicultural workforce in nursing homes: Contemporary challenges, opportunities, and potentials for the future in the Norwegian municipal care sector, MULTICARE, financed by the Research Council of Norway (grant no. 256617). The authors would like to thank the nursing home staff who participated in this study and shared their experiences and time. They also would like to thank Emeritus Professor Wendy Hollway, School of Psychology, Open University, UK and The International Research Group for Psycho-Societal Analysis for facilitating a data interpretation session. Please address correspondence to Anne K. Ådland, PhD candidate, Department of Caring and Ethics, Faculty of Health Sciences, University of Stavanger, 4036 Stavanger, Postboks 8600 Forus, Stavanger, Norway; e-mail: anne.k.adland@uis.no

Keywords: *nursing homes; long-term care; holistic nursing; professional–patient relationship; death; emotions; ethics*

Introduction

This article concerns nursing home (NH) staff’s emotional experiences of being in a close relationship with a resident who later died. The present study evolved as part of an ethnographic fieldwork (Ådland et al., 2019) on how health professionals in multicultural staff communities encounter death in NHs, and how institutional procedures, structures, and rituals support or undermine communication about their personal and existential experiences.

A striking experience during the fieldwork was the observation that NH staff seemed to establish very close relationships with residents. The following two fieldnote excerpts are illustrative vignettes of this observation.

Excerpt one:

I’m sitting in the living room together with staff and residents. One of the residents has been asking for health care worker ‘Timmy’ several times today and when Timmy enters the living room, the resident clearly becomes happy. His face lights up and he immediately asks Timmy to follow him to his room. Timmy smiles at him and I sense the warmth between them. With a cheerful voice, Timmy says “of course, come on.” The resident is very frail, and Timmy finds the resident’s walker and helps him up from the couch. They walk slowly down the corridor while Timmy is holding his arm and I can hear them laughing.

The first author noticed that Timmy often sat with this resident, talking to him, and helping him, and also heard several times that the resident asked for Timmy when he was off work. The impression was that the two of them had a very close relationship.

Excerpt two:

A vintage car parade is coming to the nursing home today and the staff are helping residents to go outside to see the parade. The nurse ‘Reidun’ tells me that one of the residents she cares for, who is terminally ill, has a passionate interest in vintage cars. Reidun has cared for the resident over a long period, and she knows it will be a great experience for him to have one last ride in a vintage car, she

says. Together with the resident’s son, she has arranged for such a ride today with an owner of a vintage car, and when the son arrives at the nursing home, I accompany them to the resident’s room. The resident is very weak and emaciated. Reidun and the son have to lift the resident into a wheelchair. I follow them down to the front door. The vintage car is standing right outside, and together with the driver, they manage to lift the resident into the backseat of the car. Reidun and the son place themselves one on each side of the resident. As they drive, I can see them all smiling having tears in their eyes. For me, it is a very touching moment to witness.

Based on these and several other observations from the fieldwork, we became curious to know more about how NH staff experience being in close relationships with long-term care residents who later died. We therefore decided to pursue this further by conducting narrative interviews to gain more insight into the health professionals’ emotional experience of these relationships.

Background and Significance

In Norway, over 50% of all registered deaths occur in NHs (Norwegian Institute of Public Health, 2018). Health professionals, by which we mean registered nurses and regulated health care workers who work in NHs, therefore regularly encounter dying and death. With an increasingly aging demographic, NHs will continue to provide essential whole person care to long-term residents who sooner or later will die (Norwegian Ministry of Health & Care Services, 2020). Because Norwegian NHs are multicultural workplaces (Norwegian Official Report (NOU), 2017: 2), they offer valuable sites for ethnographic study of broader dynamics of inclusion and marginalization, as well as cultural and professional practices in whole person care for long-term residents.

Previous studies have identified how NH staff can form strong bonds with residents and their families. McCallin (2011, p. 2331) found that nurses caring for patients at the end of life went beyond the “efficiency-effectiveness rhetoric to engage in meaningful ‘being with’ relationships” with patients,

thereby emphasizing moral responsibilities in the patient-provider relationship. Staff who engage with residents in NHs therefore likely to experience suffering, loss, grief, and bereavement when the residents die (Boerner et al., 2015; Cagle et al., 2017; Khalaf et al., 2018; Marcella & Kelley, 2015; Simard, 2020). Van Riesenbeck et al. (2015) found that a resident's death may be perceived by care providers as akin to the loss of a loved one and that they may feel emotionally unprepared for it. "Family" is a salient metaphor that some staff use to denote their relationship with residents (Canham et al., 2017; Moss et al., 2003). Another study identified mixed feelings, as staff sometimes referred to death as "liberating," in the sense that the residents could be released from pain and suffering, while also feeling grief when a resident they knew well has died (Boerner et al., 2015).

Observations from the fieldwork, of which the present study is a part, revealed that NH staff did not talk to each other about such emotional bonds and experiences with residents. There seemed to be a shared attitude that the emotional impact of residents' deaths could diminish exponentially: that the more frequently staff witnessed death, the less they would feel affected. Such attitudes of "hardening" or emotional distance have previously been found to reinforce an organizational culture of repression and silence around death and dying in NHs (Marcella & Kelley, 2015). It is also reflected in the finding of Österlind et al. (2011, p. 538), who found that in Swedish NHs, "death was held at bay, and the emotions experienced by the staff when an old person died were ignored." NH staff's emotional experiences with residents' deaths may affect their ability to provide care (Marcella & Kelley, 2015; Schulz, 2017), and silencing such experiences can adversely affect their ability to continue to provide attuned and adequate holistic care (Ramvi & Gripsrud, 2017). Suppressing feelings, such as grief associated with residents' dying and death, puts professionals at risk of developing compassion fatigue—"a form of physical, emotional, and spiritual exhaustion that can affect the ability to feel and care for others" and may contribute to higher staff turnover and absenteeism (Schulz, 2017, p. 17).

The literature confirms that NH staff develop close relationships with some residents and may experience significant grief after a death. Further to this, emotional distancing or silencing has been found to be existing but suboptimal strategies to deal with such experiences. Hence, the aim of this study was to explore and develop understanding of NH staff's

emotional experiences of being in a close relationship with a long-term resident who later died. The study was guided by the following research question:

What characterizes NH staff's emotional experiences of having been in a close relationship with a resident who later died?

Methodology

Design

The overall study design is ethnographic fieldwork (Hammersley & Atkinson, 2007). The ethnographic methodology employs multiple methods of data collection (Hammersley & Atkinson, 2007). Data collection in the fieldwork comprised observations, policy and institutional documents, and field conversations, as well as narrative interviews, which are the main data source for the present study. The interview approach was inspired by the biographical narrative interpretive method (BNIM) (Wengraf, 2001). Interview data underwent an interpretative phenomenological analysis (IPA) (Smith et al., 2009). We opted to use IPA because it allows for a detailed examination of lived experience of key participants in the fieldwork, while also exploring how they make sense of their personal and social world. According to Smith and Osborn (2015, p. 41), IPA is deemed "a particularly useful methodology for examining topics which are complex, ambiguous and emotionally laden," in line with the scope of this study. The theoretical perspectives that underpin IPA draw on phenomenology, hermeneutics, and idiography. Phenomenologically, IPA is sympathetic to the call for a return to "the things themselves" through a persistent focus on the phenomenon under study, which can illuminate specific qualities of experience. IPA's hermeneutic orientation can be evidenced in its recognition that there is no such thing as an uninterpreted phenomenon (Smith et al., 2009). Central to IPA is therefore a reflexive awareness of the interchange between the participant's narrative and its interpretation, which the researcher brings to the process. Thus, the researcher is engaged in a double hermeneutic "trying to make sense of the participants trying to make sense of what is happening to them" (Smith et al., 2009, p. 3). Finally, IPA's idiographic commitment is evidenced by a detailed examination of the particular case before moving on to analyzing other cases. Only when all cases have been examined

separately, can a cross-case analysis occur (Smith et al., 2009).

Setting and Sample

The fieldwork was conducted in two NH units in Norway over a 6-month period between 2017 and 2018. Residents in these NHs were frail and suffered from cognitive impairment. In ethnography, key participants are individuals with special insight or unique experiences about the research topic or phenomenon under investigation (Hammersley & Atkinson, 2007). During the fieldwork, the first author and field researcher established contact with several of the NH staff who subsequently became key participants. These were staff who actively initiated contact with the field researcher and were eager to share their views and experiences. For the present study, the first author purposively enrolled six key participants (three staff members from each unit) from diverse cultural backgrounds to take part in narrative interviews. We make no knowledge claims here related to the ethnic and cultural diversity of the participants, as this topic is to be explored in a forthcoming publication. The key participants were selected because of their first-hand knowledge and experiences of working with long-term residents in NHs. In ethnographic fieldwork, key participants often constitute a small sample. However, this is not considered a limitation when the content of their narratives is explored in-depth (Hammersley & Atkinson, 2007). Moreover, a small sample is merited by our analytic approach, as the primary concern of an IPA is to develop a detailed account of individual experiences (Smith et al., 2009). This is also in line with Malterud et al. (2016) understanding that sample size in qualitative studies can be guided by the potential for “information power,” and that in-depth analysis of cases require fewer participants than, for example, a thematic cross-case analysis.

Table 1 provides an overview of the characteristics of the participant.

Ethical Considerations

The study was conducted on the principles of protection from harm, informed and voluntary consent, anonymity, and proper data storage (NESH, 2016). Prior to the fieldwork, NHs and participants received written and oral information about the study. Residents and relatives indirectly affected by the fieldwork received an information letter. With varying language proficiency in Norwegian, one challenge was to ascertain whether all participants could comprehend the purpose of the study and what enrolment might entail. To secure informed consent with this aspect in mind, information about the study was repeated, including voluntary participation and the right to withdraw from the study. Participants who agreed to enroll consented in writing on the day of the interview. We have strived to protect the anonymity of the participants, residents, and their families. The names of participants and the NH staff in the vignettes have been changed to protect confidentiality.

Method for Data Collection

Interviews were carried out by the first author in 2018 and were inspired by the BNIM (Wengraf, 2001). BNIM relies on a special interviewing technique to elicit participants’ uninterrupted stories and thereby capture their way of making sense of their personal, social, and professional worlds (Ramvi, 2015). The BNIM interview was staged in two subsessions. In the first subsession, the interviewer actively listened, inviting uninterrupted narration from the participants and supported their storytelling. Interviews started with a “single question aimed at inducing narrative” (SQUIN) (Wengraf, 2001). In our study, the SQUIN presented by the first author to the six participants was:

Table 1. Participant Characteristics (Gender, Region of Origin, Approximate Age, Years of NH Experience, Education/Qualification)

Pseudonym	Gender	Region of origin	Approximate age	Years of NH experience	Education, qualification
Karina	Female	Central Europe	40s	15-20	Nurse (RN)
Even	Male	Norway	20s	1-5	Nurse (RN)
Kjetil	Male	Norway	30s	5-10	Nurse (RN)
Milana	Female	Central Asia	50s	10-15	Health care worker
Reidun	Female	Norway	40s	10-15	Geriatric nurse
Timmy	Male	Southeast Asia	30s	1-5	Health care worker

As you know, I am interested in how health professionals experience working with people who are going to die. Therefore, can you please tell me about your relationship with a resident you felt you knew well who is now dead? Tell me about all those events and experiences that were important for you personally. Please feel free to take the time you need. I will just listen and won't interrupt you with questions. I will just take notes so that I can remember what I want to ask you about when you have finished telling me about it all. Take the time you need. Start wherever you like.

Subsession two then followed after the participants had told their uninterrupted story in response to the SQUIN. Here the interviewer probed further, asking the interviewee to tell more about items raised in the first subsession, while pushing for more details in particular incident narratives (Wengraf, 2001). In this way, BNIM elicited narration of emotional experience by evoking participants' memories, rather than their argumentations or justifications (Ramvi, 2015). Unlike a semistructured interview with preset themes, BNIM affords interviewees to decide for themselves what to speak about, and how long they need to tell their stories. Interviews were conducted in the NHs (in a room chosen by the participants), lasting from one and a half to 2 h. Interviews were audiotaped for subsequent verbatim transcription by the first author.

Data Analysis

We followed IPA's step-by-step guide to develop themes grounded in specific examples from the data set (see Smith et al., 2009, pp. 82–107).

Each interview transcript was analyzed in-depth in four steps. The first step involved the first author getting to know the data material case-by-case, by listening to audio recordings, reading, and rereading transcriptions several times, beginning to reflect. In the second step, line-by-line initial noting was applied consisting of thoughts, possible codes, associations, or connections that came to mind. For each case, a three-column table was designed. Transcribed data were pasted in the middle column, and key points and comments that remained close to the participants' own words were noted in the left column. In step three, the right-hand column was used to develop emerging themes, and eventually, a summary of emergent themes was created. Step four involved searching for connections across emergent themes, which were

then compared with the data and relevant quotes from the transcript were connected with each theme. Themes were arranged and grouped together using color coding. Themes that had weak support in the data set were removed. Steps three and four were experienced as a hermeneutic process of looking at the parts and the whole together, to gain a deeper understanding of the case. Step five of the analysis involved moving on to the next case. The sixth step concerned looking for patterns across cases, which led to the development of superordinate themes across all six cases. The research team created a list to organize superordinate themes and subthemes, including all relevant extracts from each transcript, listed under the appropriate headings. This process involved several revisions, and much careful thought and discussion. Some data extracts were moved from one superordinate theme to another, as part of this concluding process.

After this, transcript excerpts (approximately three pages each) from three of the interviews, which represented different or contradictory cases, as well as the superordinate themes, were presented to two group interpretation panels (for examples of selection criteria, see Smith et al., 2009, pp. 115–6). The strength of an interpretation panel is that it may contribute “to ensure the surfacing of sleeping assumptions, blind spots and misrecognitions on the part of the researcher” (Wengraf, 2001, p. 231), and thereby support thinking together in new and imaginative ways about the data (see also Gripsrud et al., 2018).

Trustworthiness of the Study

Yardley's (2000) criteria for evaluating quality in qualitative research were applied to address issues of trustworthiness in this study, and specifically with IPA (Smith, 2011; Smith et al., 2009). The criteria are based on four characteristics: sensitivity to context, commitment and rigor, transparency and coherence, and impact and importance (Yardley, 2000). Sensitivity to context was addressed by relying on “a considerable number of verbatim extracts from the participants' material to support the argument being made, thus giving participants voice” in the study and allowing our readers to check any knowledge claims made against the data provided (Smith et al., 2009, p. 180). Commitment, rigor, transparency, and coherence relate to expectations of thoroughness in data collection, analysis, and reporting in research (Yardley, 2000). Hence, we have strived to describe the research

process in detail, while providing rationale for crucial decisions and actions taken during our work. Although the first author conducted the main work on the IPA case analyses, all authors collaborated on making sense of the data material, providing critical reflection on emergent interpretations and new interpretative ideas, thereby supporting rigor and credibility in the analysis (Smith, 2011; Smith et al., 2009) and the interpretive process (Wengraf, 2001).

Yardley’s (2000) final quality criterion—impact and importance—concerns the ability of a qualitative study to enrich understanding both theoretically and socio-culturally. This has been a key concern in our context-derived study and theoretically informed discussion through which we strive to develop understanding of the emotional impact of close relationships and losses on health professionals working with residents in long-term care. In terms of practical impact and importance, we believe that our findings can contribute to supporting holistic practice and professional wellbeing by articulating and interpreting experiences within long-term care, which is an area in nursing that may benefit from more research-based practice.

Results

The data analysis led to the development of three superordinate themes, crafted based on emergent subthemes from the case analyses, presented below (see Table 2).

Superordinate Theme: Wanting to be Something Good for the Resident and Their Families

Subtheme: “We Have our own Special Residents”. In the interviews, participants talk about “special

residents” with whom they felt very connected. They describe feeling emotionally close to these residents using words such as “being fond of,” “liking,” and “caring about.” These close relationships are, for several of the participants, defined by reciprocity, being treated with respect, and feeling appreciated. To illustrate, Timmy talks about a special resident he “felt close to and learned a lot from”:

I liked her very much, and I got such comments that when I helped her, she became calm in a way, so when she got upset, they [colleagues] contacted me, and I helped her. So, we somehow became very close. Also, the relatives... when they came, I talked to them and I spent some time with them, and they were as friends...close friends in a way. So, I got to know her and her family very well. [...] [When the resident died] I gave a hug to the daughter and son and offered my condolences, and I was a bit tearful...They told me she liked me so well...‘mother liked you’ they said...oh...it was like...and then I couldn’t hold back anymore, and I had to cry.

For Timmy, this resident was special to him, and reciprocally he feels that he was special to her and her family. He befriended them, felt valued and able to help, and a bond was established between them.

Other participants refer to their special residents as “close friends” or being “like family,” and having a kin-like family role, with some viewing themselves as an extension of the resident’s family. For example, Reidun talks about a resident she felt very connected to:

The one I in a way became most attached to reminds me a lot about my dad... so it was really hard for me (when the resident died). I cried openly...while the relatives were here...and I think they also appreciated it...that someone cared about him. We had

Table 2. Superordinate Themes and Subthemes in the IPA Analysis

Superordinate theme	Subtheme
Wanting to be something good for the resident and their families	“We have our own special residents” “I give a lot of myself”
Striving to make sense of a resident’s death	“Death is a natural part of life” “Have I failed?” “It’s the best thing for the residents” “It’s important to say goodbye”
Struggling to balance being personal and professional	“It’s not private, you mustn’t take it home, but you are a human being” “I have to learn to survive” “In the end, they are part of our lives in a way”

good chemistry... he had confidence in me, and I managed to help him with both showering and care without any problems. Many [other colleagues] had problems helping him, they were a little scared of him, and simply didn't dare to come close to him... He had a difficult family situation too; his social network was very small.

Reidun experienced a very strong family-like bond with this resident, and his death therefore made a significant impact on her. The resident had confidence in her and she felt appreciated because this was special; *she* could help him when her colleagues could not.

Subtheme: "I Give a lot of Myself". Knowing that the care they provide has a beneficial impact on the residents is important for the participants. They all emphasize "giving the best care" to residents. For instance, Kjetil said: "I want them to feel good and it's not just because it's my duty to do a proper job...it's because I care. I feel that I care about them." Other participants talk about "making a difference" through their work and also highlight positive feelings, as they experience a sense of reward in the job when they are able to do something good for residents. The sense of reward is associated with concrete feedback from residents, but can also emerge from *within*, in the sense of feeling fulfillment. As an example, Even talks about a resident he followed over a long period. Having suffered several falls, the resident became bound to the wheelchair. Even dedicated much effort to helping him walk again:

I felt I made a big difference in that resident's life since I made him walk again, twice...and...You can do very few things in a nursing home where you feel you have made a permanent change in a resident's life. Since there is so much going downhill... there is very little going up...but when he first died.... At least it's good to know that you've made a difference for that resident.

The participants also talk about striving to do the best they can to care for and comfort when relatives of a dying resident find it difficult to accept the imminence of death: "Sometimes you feel like a psychologist because you are between the two groups, the one who is dying, and those who are standing on the side" (Milana). Participants consider emotional support for relatives important both during and after the dying phase. Participants said they would try to ease the

relatives' fears and anxieties by being available and lending an ear—as is evident in Milana's account where she talks about a relative who strived to accept that his wife was dying:

I sat and talked to him (the dying resident's husband) and he was so grateful. He needed to talk, and he told me that he was so grateful when I was at work. They had been married for over 60 years and it was very hard for him. He even got a hug.

To receive positive feedback is personally gratifying for the participants. Appreciation from residents and their families fosters their feelings of accomplishment and achievement. In turn, this reaffirms their capacity as professional caregivers, enhancing their self-esteem:

I have many good experiences with relatives. They see that I give a lot of myself, being there for both residents and relatives. I've received lots of positive feedback, and it makes me feel good also as a person, because then I feel like I've done a good job...yes (Reidun).

On the other end of the spectrum, to receive negative feedback can be experienced as undermining of self-esteem. Here, Timmy talks about an interaction with a resident who did not like him:

I wanted to help him, but he didn't like me. I don't know if it was because I'm an immigrant, but every time I tried to help him, he became annoyed and hit me. Of course, I know that as a healthcare professional I have to understand and adapt. I always asked if others could help him, but when nobody else could help, I had to do it. Then he became annoyed and he hit me in both my face and on my body. However, when he got ill, he couldn't do anything to me. Then it felt good...that I finally could do something good for him. I could have said no...that he didn't like me and therefore I wouldn't help him, but I did it anyway...When he died, I remember it was nothing...no feelings.

In this case, Timmy is able to appear professional and caring and feels good about this, but due to their negative prehistory, he has distanced himself emotionally from the resident and feels unaffected by his death.

Superordinate Theme: Striving to Make Sense of a Resident's Death

Subtheme: "Death is a Natural Part of Life". The participants share the understanding that managing residents' death is part of their job, a common occurrence in the NH, which they have to "expect" and "accept":

Entering such a place [nursing home] is really to enter the last place. It's the final station. Many of the residents say that. We just have to accept it in a way...they've lived a life. Many of them are old and full of days. (Reidun)

Most of the participants see death as "a natural part of life." Kjetil for example talks about his first experience with a resident he cared for who died when he was a young student:

When she died, I actually felt a lump in my throat... but I also felt that it would be inappropriate to react and show how upset I was. Therefore, I just had to hold it inside me, but I felt it affected me. At the same time, I thought that of course, it makes sense...it's a natural thing. I knew it was going to happen but just knowing it had happened...that it was real in a way... I think it's the only time it has affected me this way, because ... I already knew that it was part of the job...I knew what it involved [takes a deep breath]. Therefore, I somehow ended up with a natural view of what death is and what it means...that it is a common thing...a part of life, part of nature; this is how it should be. I think that's sort of why I have the view of death that I have.

However, although the participants see death as an expected and natural part of life, a resident's death can also come as a surprise.

Subtheme: "Have I failed?". Several participants describe feeling "shocked" when a resident they felt close to died unexpectedly. Milana felt taken by surprise when a resident (nearly a centenarian) had died:

It went very fast, poof—and then she was gone. She had a heart attack while sitting...and it was painful... It's very special when someone dies suddenly and unexpectedly. You're not ready for it...you're on your way home when your colleague brings a sad message...'you know what... your favorite is gone.'

Then you think how?...She was just here, had just eaten porridge.

Although participants know that residents will eventually die in their care, they can still experience a sense of failure when a resident they feel close to dies suddenly. For example, Timmy talks about a resident with whom he had a close relationship. When the resident died, he "felt bad":

I was at work the day before he died, I remember, and when I went home from work, he did not seem to be unwell...but he died the next day. In this case I felt very...why?...What happened?...Have we done anything wrong?...Have we not done what we were supposed to do for him? I remember well that he had no signs that he was going to die when I went home from work, so... it was a bit 'oh gosh' for me.

For participants, making sense of a resident's sudden death was difficult when they felt concerned about not having done "the right thing" or not having "done enough."

Subtheme: "It's the Best Thing for the Residents". Participants try to make sense of a resident's death, for example by saying that "it's the best thing," reflecting a shared understanding that when a resident is suffering, death can bring relief and peace:

I see so much pain, so much discomfort ... people who have pressure sores for many years...sores that never heal...and it's not nice to see...I...it might be strong words, but I consider it as torture...at least for some...I know I myself had considered it as torture...just being kept in a bed...maybe get a visit once a year...totally isolated from family and friends and ... yes ... no ... I think it's very undignified. (Even)

Here we can see how strongly Even immerses himself in the residents' predicaments. When he perceives a resident's situation as painful and isolated, he places himself into the other's shoes, identifying with the resident as he considers this predicament as undignified torture.

Other participants rely on a religious outlook on the afterlife to make sense of death. For example, Timmy finds comfort in the belief that the residents are going to "a better place":

When they die, it's about...it's both painful and good, I can say, because when they die, they don't suffer anymore...now they are at peace. Perhaps it's because I am religious, we know where they go after that...yes, since they are also old, I think... yes, that's the best thing for them.

In contrast, Karina is not so sure that it is best for the residents to "let go":

In my religion, it is not a given that everyone who dies goes to heaven, you have to work a little to achieve it...Therefore, I cannot say one hundred percent if it was best for him or her to die.

Regardless of different views on the possibility of an afterlife, participants share a concern with saying goodbye to dying residents.

Subtheme: "It's Important to say Goodbye". Participants underline the importance of "saying goodbye" to a resident they feel close to in order to achieve "closure." Being unable to do so can arouse difficult feelings. Here Timmy talks about a special resident:

I remember he was taken down to the cold room very quickly. I didn't get the chance to see him...So, I felt a bit like...bad in a way...because oh... I didn't even get to offer my condolences...speak to the family a last time...I think it's important...to finish...as a final phase in a way... it's important to have a closure. (Timmy)

Here, Even reflects more generally on the kind of experience Timmy narrates above, suggesting that partaking in rituals could be of help to gain a sense of closure after a resident's death:

It's a person you've known for a long time, and of course you've had a relationship with them...and there is no one else in this world for whom you would not have attended their funeral, if you'd met them so often. Because you see them more often than your best friends... more often than you see your family too. I think it [attending the funeral] could have been good, just for the closure. Perhaps we need a tradition here...some kind of memorial thing for residents. Could have been nice.

Participants reflected on the disappointment of not being able to say goodbye or even offer

condolences to next of kin, thereby expressing their own need for closure and social conventions, e.g. memorial rituals, whether outside or inside the institutional context.

Superordinate Theme 3: Struggling to Balance Between Being Personal and Professional

Subtheme: "It's Not Private, you Mustn't Take it Home, but you are a Human Being". Many of the participants grapple with the idea that emotions they experience in relation to the residents belong in the private sphere and not to their professional caring practice. They mourn the loss of the relationship they had with the resident, yet, they reflect an attitude that such feelings are not compatible with being professional. When "a special resident" dies, several of the participants see no other option but to just go on with their job as usual. Due to patient confidentiality, participants find it difficult to talk about their emotional experiences even at home. Here Milana talks about the struggle to balance between work and privacy:

You almost sit in grief; you have no energy...You think about it...no matter what...it's inside you...and since you have a duty of confidentiality you can't talk about it...Everything is going through us...diseases and deaths...everything. Nevertheless, eventually you get used to it...you put it behind...what is at work must be at work; at least you have to learn not to take it home. It's not private; you must not take it home. But you are a human being... of course you're sitting with your thoughts at the dinner table... 'oh my God... it happened to her'... You do.

Milana appears to feel suffused by the experience of residents' diseases and deaths ("everything") and puts it behind her by separating professional experiences from her private sphere. Yet this attempt "not to take it home" appears futile, as certain thoughts and feelings cannot be warded off—because she is a human being, as well as being a professional.

Subtheme: "I Have to Learn to Survive". Milana is not alone. Other participants too try to protect themselves from potential grief by defining clear boundaries between work and private life. Karina describes her strategy:

Usually I cut the job as soon as I leave [the nursing home]. This I manage to do...but it doesn't stop me from being fond of the residents. I've learned to do this because I have to survive. I have a life; I have my parents, who are old. ... I have to learn to survive and I have learned it through those years.

For Karina, a clear separation between working life and private life is a matter of “surviving” but her emphasis on “learning” suggests that this strategy may not have been her default mode as she entered the NH. Even appears to protect himself from becoming emotionally attached to residents, and the boundary between work and home is embodied and ritualized in his act of taking on and off his uniform:

In order to protect myself, I have at least chosen to... yes... to put the feelings a little on the side. I'm not emotionally invested in the residents. Moreover, I think that's an advantage because I notice that...on such sad days [when a resident has died] I can...As the uniform goes off, so does the feelings. When I go home, regardless of what that day offers, I am 100% myself. Then the caregiver will remain at the ward, and as soon as I put my clothes on again, I will be back. When the uniform goes off, the person goes home and the caregiver stays.

Participants share the notion that it is a professional ideal (and for Even, a ritualized practice) to leave emotions and experiences at work behind and not bring them into private life, but reveal how this is actualized with varying degrees of “success.”

Subtheme: “In the end, They are Part of our Lives in a way”. The prevalence of strong bonds becomes evident when participants recall dead residents, even after many years. “I think about them from time to time, all the way back to the time when I was a nursing assistant, because they stay with you,” Even says—in stark contrast to what he said earlier about not being emotionally invested in the residents. Many of the participants have specific memories of how the residents “talked” and they remember their “stories,” illustrated by Karina here:

There are people who died 15 years ago, and I remember them well. Sometimes I drive past their house and.... I have them with me, everyone who has lived here [at the nursing home] for a while; I remember relatives, remember episodes, good and

bad and learn from them. In the end, they are part of our lives in a way.

Reidun recalls a unique resident and their special relationship: “I just keep him deep in my heart ... yes, he's there ... so it's an experience to take on board ... how attached we can be to the residents.”

Discussion

The aim of this study was to explore and understand NH staff's emotional experiences of being in a close relationship with a long-term resident who died. Across the six cases analyzed, we found, perhaps not surprisingly [to readers familiar with this field], that staff care deeply for some residents; that they engage in and treasure such relationships, and that they strive to make sense of the resident's death. Illustrative of this is the way in which they talked about their “special residents,” described in terms such as “being fond of” and “feeling close to.” In line with other studies (Canham et al., 2017; Moss et al., 2003) we found that participants often viewed their relationships with special residents as familial, reminiscent of their own relatives. Their emotional engagement in caring relationships with residents was also revealed by their wish to say goodbye to the dying one last time or to attend the funeral of the deceased. Consistent with previous studies (Boerner et al., 2015; Cagle et al., 2017; Marcella & Kelley, 2015) we found that NH staff grieve when residents they feel close to die, and that they retain memories of such special deceased residents for many years.

Existential Responsibility

The participants wanted to do good for and be good to special residents with whom they had a close relationship and gave a lot of themselves. They conveyed something deeply satisfying about caring for these residents. However, they also experienced significant emotional pressure associated with the risk of doing something that is wrong or not good, wondering whether they had failed as professionals. The residents' vulnerability, dependence, and needs can present themselves in an “ethical demand” (Løgstrup, 1997), that may be both silent and unfilable in nature. Based on their understanding of the demand, professionals may feel called (rather

than commanded) to act, holding a vital part of the resident's life in their hands, relationally and existentially. But an ethical demand also invokes relational interdependence and mutual vulnerability, as is evident in our participants' expressed self-doubt and concerns about having done something wrong or not enough. This is consistent with a previous study (Karlsson et al., 2017), which found that existential responsibility can evoke feelings of guilt, failure, and self-doubt in the nurses caring for patients at the end of life. Yalom (1980) refers to responsibility as existential given, correlating with freedom. In this sense, freedom is rooted in an awareness of one's perceived responsibility to create one's world. He describes this insight as deeply frightening because it means one is responsible not only for one's own successes but also for one's failures. In our study, responsibility in the response to the ethical demand was accompanied by staff's anxious feelings of not "doing the right thing" or "doing enough" for the residents. The irreversible aspect of death may reinforce the participants' sense of responsibility, as well as their anxiety or guilt when caring for long-term residents who are often close to death—as they only have one chance to do it right and cannot correct mistakes later.

Mutual Recognition

We have thus far brought ethical demand and existential responsibility into our interpretation of NH staff's close relationships with special residents in long-term care. Such existential responsibilities, which are inherent in any close relationship, can be further interpreted as anxiety provoking, posing a threat to the professional's identity. This may go some way to account for their splitting and ambivalence about the personal and professional as psychological defenses against anxiety (Ramvi & Gripsrud, 2017). But alongside these threats and anxieties, are the participants' deeply meaningful experiences of being a significant other to a resident. Because NH staff know that most long-term residents will eventually die in their care, to feel recognized in the caring relationship, by residents and their family, gains significance. Of note is how participants' experiences with a close relationship strongly reflected the professional's *own need* for feeling recognition and appreciation in the relation with the deceased residents and their relatives. We can understand this as an expression of human interrelatedness and mutual dependency, aspects of which may resonate or

interrupt in any professional relationships (Ramvi, 2011). Benjamin (2004, p. 5) defines such intersubjectivity in terms of "a relationship of mutual recognition" in which "each person experiences the other as a 'like subject,' another mind who can be 'felt with,' yet has a distinct, separate center of feeling and perception." Although our participants' focus in long-term care is on the resident and next-of-kin, their experiences reveal how such work may also entail a profound sense of reciprocity when professionals become engaged in close caring relationships. Illustrative of this is Even who immerses himself in the residents' lives. He empathizes with them in the sense of feeling with them and thinking about what it would be like if it were him facing the same predicament as the resident.

In recalling and recounting past relations, participants emphasized their own needs or wish to feel recognized, appreciated, confirmed, accepted, and tolerated for who they are as a person. This is evident in Reidun's narrative where she talks about how positive feedbacks from residents and their families make her feel good, both as a nurse and as a person. Perhaps this was especially so because the participants felt an existential responsibility for residents who were at the end of life. Following our interpretative strands thus far, we could say that it was imperative for them, personally and professionally, to do a good job in response to perceived existential responsibility and ethical demands, because they felt intersubjectively interpellated (a "relational calling") in close relationships with special residents.

Struggling to Balance the Personal in the Professional

A striking finding was how participants struggled to balance the personal and professional in their close relationships with residents who later died. In line with previous research (Moen, 2018; Ramvi, 2011) they experienced tensions between established ideals of professionalism on the one hand, and on the other hand, personal experiences of deep commitment and strong emotions in the relationships with their "special residents," illustrated by Even who sought to uphold distance but found himself bonding with a resident, nevertheless. Health care staff are expected and obliged to be professional in caring for long-term residents. However, as numerous authors have pointed out, open communication about personal experiences with death in whole person care can be

viewed as *integral* to professional practice and not as opposed to it (see e.g. Ramvi & Gripsrud, 2017). Nyatanga (2012) recognizes that professionals need to be comfortable talking about death themselves to facilitate care and communication for residents and their next of kin. Participants in our study appeared divided or ambivalent on this topic. A particular concern for them was the management of emotional experiences of residents' deaths that could potentially accompany them into private life. Interestingly, the NHs did not appear to accommodate staff's processing of emotional experiences at work. In fact, the fieldwork observations of the first author suggested an institutional practice or culture of silence. None of the NHs offered staff systematic provisions for talking about relational experiences with residents or with residents' deaths. Institutional norms and ideals of rationalizing professionalism may offer emotional distance to protect staff from being confronted with challenging emotions at work, but according to Funk et al. (2017) and Gripsrud et al. (2020), this may not be the best strategy. In what follows, we therefore wish to take a closer look at staff's experiences of personal commitment and what makes these relational experiences so emotionally powerful—and why these should be a topic of conversation in the NH.

Divergent Discourses of Professionalism

As we have seen, participants' experiences of being in a close relationship with residents in long-term care are both deeply meaningful, rewarding and anxiety inducing. We have suggested that existential responsibility and mutual recognition emerge due to the intersubjective nature of their relational work. However, personal feelings can appear incompatible with attitudes and ideals about professionalism. In what follows, we pursue this conundrum through a discussion of tensions between discourses of professionalism and personal experiences rooted in intersubjectivity.

Balancing tensions between being personally involved and emotionally distanced has been identified as particularly salient in work with persons at the end of life and their relatives. In a previous ethnographic study, Candrian (2014, p. 53) identified how caregivers working at a hospice and an emergency department "tamed death" through linguistic practices to reduce the complexity and overwhelming emotional challenges that accompanied their work, thereby disconnecting from their own experiences. Simard's (2020) recent ethnographic study of

caregiver suffering in a hospice, identified two types of positions toward the establishment of therapeutic relationships. Firstly, there was the "official position" in hospice care of a therapeutic relationship that promotes an idealized, symbiotic relationship with patients and relatives, where professionals allow themselves to be emotionally engaged (Simard, 2020, p. 8), in line with the intersubjective perspective we presented above. Secondly, and in contrast to the official position, was the "reality position" of professionals who were searching for an appropriate distance so as to protect themselves from a psychological strain. In our study, we also find evidence of both discourses. Our findings, emerging from fieldwork and interviews, indicate that there is taming of death in a shared expectation of "professionalism." According to this notion of professionalism, staff should not become emotionally involved when caring for residents and emotional experiences could not be talked about at work. Death could be normalized, reflected in standard phrases such as "death is a natural part of life" and "death is to be expected in the nursing home"—where participants viewed death as a "friend and liberator" (Ådland et al., 2019). Observations of this taming, discursive practice in the two NHs may indicate the presence of a collective social defense against anxieties and vulnerabilities induced by relational work (Menzies-Lyth, 1959/1988).

Participants also expressed a more personal ideal of a caring and therapeutic relationship—of being close with "special residents," almost like family, in line with Simard's (2020) findings. By being emotionally engaged and "making a difference" in a resident's life, they experienced a deep sense of reward when they were able to do something good, illustrated by Timmy's narrative. To understand how our findings touch on Candrian (2014), and Simard (2020), we suggest the following line of interpretation: although the accumulated intensity of feelings produced by close relationships in long-term care can be said to reflect a certain level of intimacy for some participants, for others it may be an underlying contributor to their desire or need to distance themselves from becoming emotionally involved. The wish to remove themselves from emotional reality or engagement may be "disguised" in the discourse of professionalism, where the ideal is to "tame death" by disconnecting work and personal experience. In contrast to this discourse, lies the staff's potential for fully experiencing the reality of a "special relationship" and engaging with the existential responsibility it entails, which

may offer a sense of fulfillment and meaningfulness, even long after the resident's death.

Implications for Holistic Nursing

Holistic nursing emphasizes the importance of establishing relationships between care givers and care receivers. Such relationships can be both enriching and challenging for health care professionals who work in long-term NH care, where residents' deaths are commonplace. When close relationships are established with special residents, professionals use themselves in a personal way. This form of professional–personal dedication can exacerbate a sense of vulnerability and culpability when a resident with whom they have a close relationship dies. Suppressing such challenging emotions associated with residents' deaths puts health care professionals at risk of developing burnout or compassion fatigue.

To support sound professional practice and staff's wellbeing in NHs, there should be more awareness of challenges and rewards associated with working in long-term care. Based on our findings, we make the following suggestions.

Firstly, NH managers should systematically initiate discussions in the staff community on ideals surrounding "distanced professionalism" versus ideals corresponding with caring relationships. Through such facilitated discussions, NH staff can be supported to make sense of, reflect on and process their experiences and thereby develop their professional identity. Moreover, these facilitated discussions can allow for the articulation of professionals' experiences of close relationships with residents, which may evoke difficult feelings of vulnerability or culpability. The organizational culture of NHs can be enriched by introducing such reflective practices that can help staff accommodate and recognize that in relationship-based whole person care, the personal is an indelible part of being a professional. This is especially so in long-term NH care, which, for health care professionals, involves repeated emotional experiences of establishing contact, bonding, and caring, while also dealing with separation and grief. Secondly, management should encourage professionals to partake in rituals, such as attending a resident's funeral, and/or establishing an institutional memorial to mark the occasion of a resident's death. Rituals are simple measures that provide comfort and can help contain professionals' emotional distress.

Conclusion

NH staff experience close personal relationships with residents that may arouse strong feelings. The experience of such emotional bonds can contribute positively to a caring relationship by evoking an existential responsibility. But such experiences can also evoke strategies of distancing and separation for NH staff. We suggest that the unconscious need or desire to distance or separate oneself from emotional experiences may be "disguised" in a discourse of professionalism, which concerns the ideal of the distanced and emotionally detached professional. Our findings show that NH staff are confronted with ethical demands and existential responsibility in caring for residents in long-term care facilities. Receiving recognition in a mutually constitutive relation with residents is a profoundly intersubjective experience, which may allow staff to bear "death at work" (Moen, 2018), and is at odds with the taming, splitting, and distancing discourse of professionalism. When staff feel that their efforts to do good and be good in close caring relationships are recognized, acknowledged, and appreciated by the care receivers—and when personal and emotional experiences can be recognized as integral to their professional mindset—it can provide the vigor, fulfillment, and meaningfulness needed to sustain demanding work in caring relationships with residents in long-term care.

Declaration of Conflicting Interests

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

ORCID iD

Anne Kristine Ådland  <https://orcid.org/0000-0001-8814-396X>

References

- Ådland, A. K., Lavik, M. H., Gripsrud, B. H., & Ramvi, E. (2019). Death and liminality: An ethnographic study of nursing home staff's experiences in the encounter with the dead body. *Death Studies*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1648343>
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *The Psychoanalytic Quarterly*,

- 73(1), 5-46. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2004.tb00151.x>
- Boerner, K., Burack, O. R., Jopp, D. S., & Mock, S. E. (2015). Grief after patient death: Direct care staff in nursing homes and homecare. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(2), 214-222. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.05.023>
- Cagle, J. G., Unroe, K. T., Bunting, M., Bernard, B. L., & Miller, S. C. (2017). Caring for dying patients in the nursing home: Voices from frontline nursing home staff. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(2), 198-207. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.08.022>
- Candrian, C. (2014). Taming death and the consequences of discourse. *Human Relations*, 67(1), 53-69. <https://doi.org/10.1177/0018726713485472>
- Canham, S. L., Battersby, L., Fang, M. L., Sixsmith, J., Woolrych, R., & Sixsmith, A. (2017). From familiar faces to family: Staff and resident relationships in long-term care. *Journal of Aging and Health*, 29(5), 842-857. <https://doi.org/10.1177/0898264316645550>
- Funk, L., Peters, S., & Roger, K. (2017). The emotional labor of personal grief in palliative care: Balancing caring and professional identities. *Qualitative Health Research*, 27(14), 2211-2221. <https://doi.org/10.1177/1049732317729139>
- Gripsrud, B. H., Mellon, K., & Ramvi, E. (2018). Depth-hermeneutics: A psychosocial approach to facilitate teachers' reflective practice? *Reflective Practice*, 19(5), 638-652. <https://doi.org/10.1080/14623943.2018.1538955>
- Gripsrud, B. H., Ramvi, E., & Ribers, B. (2020). Couldn't care less? A psychosocial analysis of contemporary cancer care policy as a case of borderline welfare. *Journal of Psychosocial Studies*, 13(3), 1-16. <https://doi.org/10.1332/147867320X15985348674895>
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in practice* (3rd ed.). Routledge.
- Karlsson, M., Kasén, A., & Wärmå-Furu, C. (2017). Reflecting on one's own death: The existential questions that nurses face during end-of-life care. *Palliative & Supportive Care*, 15(2), 158-167. <https://doi.org/10.1017/S1478951516000468>
- Khalaf, I. A., Al-Dweik, G., Abu-Snieneh, H., Al-Daken, L., Musallam, R. M., BaniYounis, M., Al-Rimawi, R., Khatib, A. H., Habeeb Allah, A., Atoum, M. H., & Masadeh, A. (2018). Nurses' experiences of grief following patient death: A qualitative approach. *Journal of Holistic Nursing*, 36(3), 228-240. <https://doi.org/10.1177/0898010117720341>
- Løgstrup, K. (1956/1997). *The ethical demand*. University of Notre Dame Press.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Marcella, J., & Kelley, M. L. (2015). “Death is part of the job” in long-term care homes: Supporting direct care staff with their grief and bereavement. *sage Open*, 5(1), 1-15. <https://doi.org/10.1177/2158244015573912>
- McCallin, A. M. (2011). Moderated guiding: A grounded theory of nursing practice in end-of-life care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15-16), 2325-2333. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03543.x>
- Menzies-Lyth, I. (1959/1988). The function of social systems as a defence against anxiety. In I. Menzies-Lyth (Ed.), *Selected essays: Containing anxiety in institutions* (Vol. 1, pp. 43-88). Free Association Books.
- Moen, K. (2018). *Death at work: Existential and psychosocial perspectives on end-of-life care*. Palgrave Macmillan.
- Moss, M. S., Moss, S. Z., Rubinstein, R. L., & Black, H. K. (2003). The metaphor of “family” in staff communication about dying and death. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(5), 290-296. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.5.S290>
- The National Committee for Research Ethics in the Social Sciences and the Humanities (NESH). (2016). *Guidelines for research ethics in the social sciences, humanities, law and theology*. The Norwegian National Committees for Research Ethics. <https://www.etikk.no/en/>
- Norwegian Institute of Public Health. (2018). De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme [Most die in nursing homes, few die at home]. <https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>
- Norwegian Ministry of Health and Care Services. (2019–2020). Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve [Palliative treatment and care. We shall all die one day. But all other days we shall live]. *White Paper 24*. Ministry of Health and Care Services.
- Norwegian Official Report (NOU). (2017:2). *Integration and trust—Long-term consequences of high immigration*. Ministry of Justice and Public Security.
- Nyatanga, B. (2012). Are GPs ready to talk about death and dying? *British Journal of Community Nursing*, 17(9), 421. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2012.17.9.421>
- Österlind, J., Hansebo, G., Andersson, J., Ternstedt, B. M., & Hellström, I. (2011). A discourse of silence: Professional carers reasoning about death and dying in nursing homes. *Ageing & Society*, 31(04): 529-544. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10000905>
- Ramvi, E. (2011). The risk of entering relationships: Experiences from a Norwegian hospital. *Journal of Social Work Practice: Scandinavian*, 25(3), 285-296. <https://doi.org/10.1080/02650533.2011.597174>
- Ramvi, E. (2015). I am only a nurse: A biographical narrative study of a nurse's self-understanding and its implication for practice. *BMC Nursing*, 14(23), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0073-y>
- Ramvi, E., & Gripsrud, B. H. (2017). Silence about encounters with dying among healthcare professionals in a society that ‘de-tabooises’ death. *International Practice Development Journal*, 7(Suppl), 1-12. <https://doi.org/10.19043/ipdj.7SP.009>

- Schulz, M. (2017). Taking the lead: Supporting staff in coping with grief and loss in dementia care. *Healthcare Management Forum*, 30(1), 16-19. <https://doi.org/10.1177/0840470416658482>
- Simard, J. (2020). About caregiver suffering in hospice care. *Mortality*, 25(2), 125-137. <https://doi.org/10.1080/13576275.2019.1572085>
- Smith, J., Larkin, M., & Flowers, P. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. sage.
- Smith, J., & Osborn, M. (2015). Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *British Journal of Pain*, 9(1), 41-42. <https://doi.org/10.1177/2049463714541642>
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9-27. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.510659>
- Van Riesenbeck, I., Boerner, K., Barooah, A., & Burack, O. (2015). Preparedness for resident death in long-term care: The experience of front-line staff. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(1), 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.008>
- Wengraf, T. (2001). *Qualitative research interviewing: Biographic narrative and semi-structured methods*. sage.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic.
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health*, 15(2), 215-228. <https://doi.org/10.1080/08870440008400302>

Author Biographies

Anne Kristine Ådland, MSc, OCN, is a PhD candidate in Health and Medicine at the Department of Caring and Ethics at the Faculty of Health Sciences at the University of Stavanger, Norway. Her PhD-project is an ethnographic field study of how health professionals in multicultural staff communities deal with meeting death in nursing homes.

Birgitta Haga Gripsrud, PhD, is an associate professor at the Department of Caring and Ethics at the Faculty of Health Sciences at the University of Stavanger, Norway. She has a PhD in Cultural Studies. Her research interests are in health humanities and psychosocial studies of enculturated and embodied experience (of illness, ageing, dying and death). Another research interest is psychosocial conditions for professional relational work in healthcare and ethics of care.

Marta Høyland Lavik, PhD, is a professor of Biblical Studies at Stavanger University Hospital and VID Specialized University, Stavanger, Norway, and Research Fellow at Faculty of Theology, Stellenbosch University, South Africa. Her recent research deals with existential themes within the fields of theology/religion/health.

Ellen Ramvi, PhD, is a professor at the Department of Caring and Ethics at the Faculty of Health Sciences at the University of Stavanger, Norway. She has a special interest in the emotional, existential, relational, and ethical aspects of relationship-based work. The professionals' encounter with death has been an important research topic in recent years.

Vedlegg

- Vedlegg 1 – Vurdering fra Norsk senter for forskingsdata AS (NSD)
- Vedlegg 2 – Søknad til kommune om gjennomføring av forskningsprosjektet
- Vedlegg 3 – Forespørsel til helsepersonell om å delta i forskningsprosjektet m/samtykkeskjema
- Vedlegg 4 – Informasjon til pasient og pårørende om forskningsprosjekt som skal foregå blant personalet i sykehjemmet
- Vedlegg 5 – Intervjuguide

Vedlegg 1 – Norsk senter for forskingsdata AS (NSD)



Anne Kristine Adland
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 29.08.2017

Vår ref: 54878 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.06.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

54878

En etnografisk feltstudie av hvordan helsepersonell i et multikulturelt arbeidsfellesskap håndterer møtet med døden i sykehjem.

Behandlingsansvarlig

Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig

Anne Kristine Adland

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](#). 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](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.01.2020, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.

Marianne Høgetveit Myhren

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10 / anne-mette.somby@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 54878

FORMÅL

Hensikten med studien er å undersøke hvordan helsepersonell i et multikulturelt arbeidsfellesskap håndterer møtet med døden i sykehjem, og hvilke institusjonelle prosedyrer, strukturer og ritualer som støtter eller undergraver kommunikasjon om personlige opplevelser og eksistensielle erfaringer når personalet møter døden i sykehjemmet. Forskningen vil være et viktig bidrag i arbeidet med å videreutvikle kunnskap og forståelse for hvordan døden blir håndtert i det multikulturelle arbeidsfellesskapet ved sykehjem i Norge, med konsekvenser for de ansattes egen velferd, og for døende pasienter og pårørendes opplevelse av den siste tiden.

FELTARBEID SOM METODE

Personvernombudet forstår at prosjektet gjennomføres med etnografisk feltarbeid på sykehjem. Dette vil innebære observasjon med og uten registrering av personopplysninger og individuelle/gruppeintervjuer med ansatte. Vi forstår det slik at det ikke vil registreres personopplysninger om personer som ikke har samtykket.

Prosjektleder skal informere alle beboere og pårørende om at det pågår et forskningsprosjekt. Informasjonsskrivet er godt utformet, men det er viktig å ta høyde for at noen kan motsette seg at de blir forsket på. Prosjektleder må derfor finne løsninger for hvordan man kan møte en slik anmodning, dersom den skulle komme.

Personvernombudet kan ikke ta stilling til om det er mulig å gjennomføre feltarbeid uten at taushetsplikten hindrer dette. Det er prosjektleder sitt ansvar å avklare dette med de aktuelle sykehjemmene. Alternativt må dette avklares Helsedirektoratet.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Ansatte og pasienter/pårørende skal informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivene er godt utformet.

SENSITIVE DATA

Det kan behandles sensitive personopplysninger om etnisk bakgrunn eller politisk/filosofisk/religiøs oppfatning og helseforhold dersom beboere samtykker.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Stavanger sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 31.01.2020. 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 digitale lydopptak

Vedlegg 2 – Søknad til kommune



Søknad om gjennomføring av forskningsprosjektet:

«En etnografisk feltstudie av hvordan helsepersonell i multikulturelle arbeidsfellesskap håndterer møtet med døden i sykehjem».

Mitt navn er Anne Kristine Ådland, jeg er sykepleier og doktorgradsstipendiat ved Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag. I forskningsprosjektet ønsker jeg å undersøke hvordan helsepersonell i et multikulturelt arbeidsfellesskap håndterer møtet med døden i sykehjem, og hvilke institusjonelle prosedyrer, strukturer og ritualer som støtter eller undergraver kommunikasjon om personlige opplevelser og eksistensielle erfaringer når personalet møter døden i sykehjemmet. I den forbindelse søker jeg om tillatelse til å gjennomføre feltarbeid i kommune som har et multikulturelt arbeidsfellesskap. Forskningen vil være et viktig bidrag i arbeidet med å videreutvikle kunnskap og forståelse for hvordan døden blir håndtert i det multikulturelle arbeidsfellesskapet ved sykehjem i Norge, med konsekvenser for de ansattes egen velferd, og for døende pasienter og pårørendes opplevelse av den siste tiden.

Feltstudien vil bli gjennomført i to kommuner, én sykehjemsavdeling i hver kommune. Etnografisk feltarbeid er en metode som brukes når en skal studere noe en ikke kjenner på forhånd. Det kreves en åpen innstilling til det en skal studere, og en forsøker å få kunnskap gjennom å være tilstede sammen med dem en skal forstå over tid. Jeg vil ha fokus på personalets formelle og uformelle samtaler om personlige opplevelser og eksistensielle temaer knyttet til døden, og på samspillet og sammenhengen mellom hva de gjør og sier. Jeg vil også ha fokus på prosedyrer, strukturer og ritualer som praktiseres i avdelingen når personalet møter døden i sykehjemmet. Dette kan være på vaktrommet, på personalmøter eller andre møtearenaer for personalet.

For å følge personalets håndtering av møtet med døden over tid, ønsker jeg å gjennomføre feltarbeidet over seks måneder i perioden fra til i det sykehjemmet i kommunen som har flest helsearbeidere med flerkulturell bakgrunn. Jeg ønsker å følge avdelingens arbeidstidsordning og delta sammen med personalet på dag-, ettermiddag- og nattskift. Jeg vil imidlertid alltid forsøke å tilpasse meg avdelingens og den enkelte ansattes rutiner. Feltarbeidet skal i minst mulig grad forstyrre det daglige arbeidet ved sykehjemmet og det skal bety minst mulig merarbeid for personalet.

Feltarbeidet vil innebære observasjon, samtaler og intervju med personalet og jeg vil gjøre notater underveis. Det vil imidlertid ikke bli skrevet ned personidentifiserbare opplysninger om pasient,

pårørende eller andre personer som ikke har gitt eksplisitt samtykke til å delta i prosjektet. Jeg har taushetsplikt om den informasjon som måtte fremkomme. Dette gjelder for informasjon som tilflyter meg både fra de personene som deltar og de som ikke deltar i prosjektet.

Det er frivillig å delta i prosjektet og deltakerne har til enhver tid mulighet til å trekke seg uten å måtte begrunne dette nærmere. Det skriftlige materialet jeg samler inn vil bli anonymisert i det som publiseres slik at enkeltpersoner ikke kan bli gjenkjent.

Ifølge Personopplysningsloven av 2001 (www.datatilsynet.no) vil det ikke være nødvendig å innhente tillatelse fra pasient og pårørende i sykehjemsavdelingen. Dette fordi jeg kun samler inn informasjon om helsepersonell. Pasient og pårørende må allikevel være informert om prosjektet, og jeg har utarbeidet informasjonsbrev som vil gå ut til pasienter og pårørende i avdelingen.

Studien inngår i et større forskningsprosjekt finansiert av Norges Forskningsråd gjennom programmet HELSEVEL, og er ledet av Senter for omsorgsforskning Vest ved Høgskulen på Vestlandet. Prosjektet har den fulle tittelen «*Multicultural workforce in Nursing Homes: Contemporary challenges, opportunities and potentials for the future in the Norwegian municipal care sector*» (MULTICARE).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS og skal etter planen avsluttes 31. mars 2020.

Ta gjerne kontakt med meg på telefon +47 402 93 428 eller e-post anne.k.adland@uis.no dersom dere ønsker flere opplysninger.

Vennlig hilsen

Anne Kristine Ådland
Stipendiat
[Profesjonelle relasjoner i velferdsyrker](#)
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger

Vedlegg 3 – Forespørsel til helsepersonell



Forespørsel til helsepersonell om å delta i forskningsprosjektet:

«En etnografisk feltstudie av hvordan helsepersonell i multikulturelle arbeidsfellesskap håndterer møtet med døden i sykehjem».

Bakgrunn og formål

Mitt navn er Anne Kristine Ådland, jeg er sykepleier og doktorgradsstipendiat ved Universitetet i Stavanger. I forskningsprosjektet ønsker jeg å undersøke hvordan helsepersonell i et multikulturelt arbeidsfellesskap håndterer møtet med døden i sykehjem, og hvilke institusjonelle prosedyrer, strukturer og ritualer som støtter eller undergraver kommunikasjon om personlige opplevelser og eksistensielle erfaringer når personalet møter døden i sykehjemmet.

Forskningen vil være et viktig bidrag i arbeidet med å videreutvikle kunnskap og forståelse for hvordan døden blir håndtert i det multikulturelle arbeidsfellesskapet ved sykehjem i Norge, med konsekvenser for de ansattes egen velferd, og for døende pasienter og pårørendes opplevelse av den siste tiden. Sammen med personalet som arbeider i det multikulturelle arbeidsfellesskapet ved sykehjem får du som helsearbeider derfor denne forespørselen om å delta i forskningsprosjektet.

Denne feltstudien vil bli gjennomført i to kommuner, én sykehjemsavdeling i hver kommune. Studien inngår i et større forskningsprosjekt finansiert av Norges Forskningsråd gjennom programmet HELSEVEL, og ledes av Senter for omsorgsforskning Vest ved Høgskulen på Vestlandet. Forskningsprosjektet har den fulle tittelen *«Multicultural workforce in Nursing Homes: Contemporary challenges, opportunities and potentials for the future in the Norwegian municipal care sector»* (MULTICARE).

Hva innebærer deltakelse i studien?

Etnografisk feltarbeid er en metode som brukes når en skal studere noe en ikke kjenner på forhånd. Det kreves en åpen innstilling til det en skal studere, og en forsøker å få kunnskap gjennom å være tilstede sammen med dem en skal forstå over tid. Jeg vil være tilstede i avdelingen sammen med dere i perioden til, men uten å involvere meg i personalets arbeidsoppgaver. Dette kan være på vaktrommet, på personalmøter eller andre møtearenaer for personalet. Feltarbeidet vil innebære observasjon, samtaler og intervju med personalet og jeg vil gjøre notater underveis. Den enkelte bestemmer selv hvor mye en har lyst å fortelle. Det er også opp til hver enkelt å bestemme hvilke

situasjoner en vil la seg observere i. I tillegg ønsker jeg å snakke mer med enkelte av personalet i form av individuelle og/eller fokusgruppeintervju. En fokusgruppe er en form for strukturert gruppeintervju som foregår ved at en gruppe på seks til ti personer samles til en samtale som ledes av en intervjuer. Det er ønskelig med så åpne intervju som mulig, gjerne i form av en samtale knyttet til personlige opplevelser og erfaringer i møtet med døden i sykehjemmet. Intervjusamtalen vil bli tatt opp på lydopptaker og senere transkribert og analysert. Feltarbeidet skal i minst mulig grad forstyrre det daglige arbeidet i avdelingen og det skal bety minst mulig merarbeid for personalet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle identifiserbare opplysninger blir anonymisert, det vil si at de blir behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er bare jeg som prosjektansvarlig som har adgang til navnelisten og kan finne tilbake til deg. Informasjonen du gir skal brukes slik det er beskrevet i formålet med prosjektet. Resultatene av prosjektet vil bli publisert, uten at den enkelte kan gjenkjennes. Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.mars 2020. Deretter vil lydopptak og navnelisten vil slettet. Etter vanlig praksis vil anonymiserte transkriberte intervjuene bli oppbevart da det antas at de kan gi grunnlag for ytterligere publisering og formidling innenfor samme ramme som ved dette prosjektet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Om du velger å ikke delta, eller trekker deg fra studien underveis, får det ikke noe å si for ditt forhold til sykehjemmet.

Ta gjerne kontakt på telefon +47 402 93 428 eller e-post anne.k.adland@uis.no dersom du har spørsmål til studien.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Vennlig hilsen

Anne Kristine Ådland
Stipendiat
[Profesjonelle relasjoner i velferdsyrker](#)
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

- ☐ Jeg samtykker til å delta i intervju
- ☐ Jeg samtykker til at anonymiserte opplysninger kan publiseres/ lagres etter prosjektslutt

Vedlegg 4 – Informasjon til pasient og pårørende



Informasjon til pasient og pårørende om forskningsprosjekt som skal foregå blant personalet i sykehjemmet

Mitt navn er Anne Kristine Ådland, jeg er sykepleier og doktorgradsstipendiat ved Universitetet i Stavanger. I forskningsprosjektet vil jeg undersøke hvordan helsepersonell i et multikulturelt arbeidsfellesskap håndterer møtet med døden i sykehjem, og hvilke institusjonelle prosedyrer, strukturer og ritualer som støtter eller undergraver kommunikasjon om personlige opplevelser og eksistensielle erfaringer når personalet møter døden i sykehjemmet.

Forskningen vil være et viktig bidrag i arbeidet med å videreutvikle kunnskap og forståelse for hvordan døden blir håndtert i det multikulturelle arbeidsfellesskapet ved sykehjem i Norge, med konsekvenser for de ansattes egen velferd, og for døende pasienter og pårørendes opplevelse av den siste tiden. Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS og har arbeidstittelen: *«En etnografisk feltstudie av hvordan helsepersonell i multikulturelle arbeidsfellesskap håndterer møtet med døden i sykehjem»*.

Feltstudien vil bli gjennomført ved dette sykehjemmet og ved et sykehjem til. Jeg vil være tilstede i avdelingen sammen med personalet i perioden til ..., men uten å involvere meg i personalets arbeidsoppgaver. Jeg vil oppholde meg på vaktrommet eller andre møtearenaer for personalet, observere, samtale og ha intervjuer med personalet som deltar i prosjektet. Jeg vil også gjøre notater underveis. Det vil imidlertid ikke bli skrevet ned personidentifiserbare opplysninger om pasient, pårørende eller andre personer som ikke har gitt eksplisitt samtykke til å delta i prosjektet. Jeg har taushetsplikt om den informasjon som måtte tilflyte meg. Dette gjelder i forhold til både de personene som deltar og de som ikke deltar i prosjektet. Det skriftlige materialet jeg samler inn og senere publiserer vil gjelde helsepersonalet. Alt materiale vil bli anonymisert slik at enkeltpersoner ikke kan bli gjenkjent. Feltarbeidet skal i minst mulig grad forstyrre det daglige arbeidet ved sykehjemmet.

Dersom du ønsker ytterligere informasjon om forskningsprosjektet kan du kontakte meg på telefon +47 402 93 428 eller på e-post: anne.k.adland@uis.no.

Vennlig hilsen

Anne Kristine Ådland
Stipendiat
[Profesjonelle relasjoner i velferdsyrker](#)
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger

Vedlegg 5 – Intervjuguide



Intervjuguide

Som du vet er jeg opptatt av hvordan helsepersonell opplever å arbeide med mennesker som kommer til å dø, som er døende. Kan du derfor fortelle om ditt forhold til en beboer (du følte du kjente godt) som nå er død. Fortell om alle de hendelser og erfaringer som var viktig for deg personlig. Ta den tiden du trenger jeg vil bare lytte og ikke avbryte deg med spørsmål. Jeg tar notater for å huske hva jeg vil spørre deg om etterpå. Ta tiden du trenger. Begynn hvor du vil.

Oppfølgingsspørsmål:

Hvordan opplevde du relasjonen med beboeren og de pårørende?

Har du opplevd konflikter i arbeidet – eller dilemmaer?

Har du noen ritualer eller rutiner du følger etter dødsfall?

Har du opplevd sorg i arbeidet ditt?

Tenker du noen ganger på hvordan du bearbeider følelsesmessige opplevelser i arbeidet ditt?

Har du snakket med noen om dine opplevelser?

Hvordan opplever du å arbeide i et flerkulturelt arbeidsfellesskap?