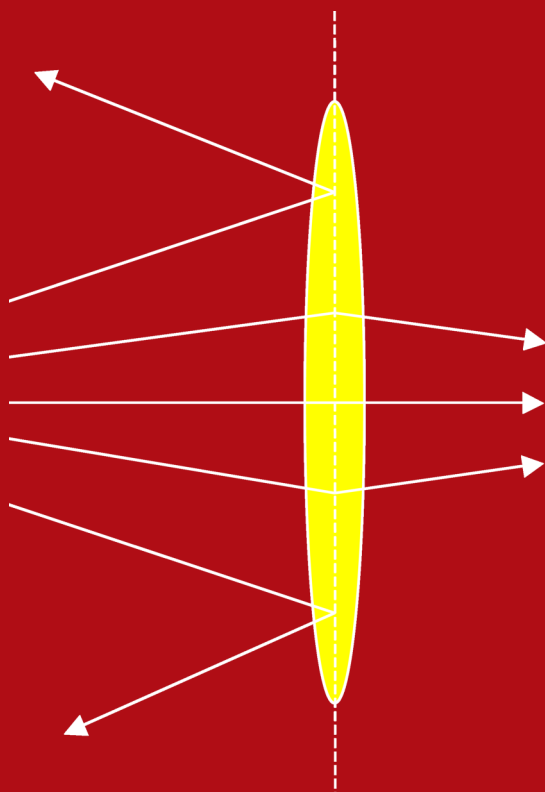


CARIN BJÖRNGREN CUADRA

VARIATIONENS SPEKTRUM

– en studie av sensibilitet, tillit och vårdetik i hemsjukvård



VARIATIONENS SPEKTRUM

FoU Rapport 2008:6

© Copyright Författaren 2008

ISBN 78-91-7104-219-4

ISSN 1650-2337

Holmbergs, Malmö 2008

CARIN BJÖRNGREN CUADRA
VARIATIONENS SPEKTRUM

– en studie av sensibilitet, tillit och vårdetik i hemsjukvård

Malmö högskola, 2008
Hälsa och samhälle

Utkomna titlar i serien

2005:1 Carlsson, A. Olycksfallsrisker i barnets hemmiljö – fokus på skållskador. (Licentiatavhandling).

2006:1 Andersson, F. och Mellgren, C. Våldsbrottsligheten – ökande, minskande eller konstant?

2007:1 Andersson, F. och Mellgren, C. Brottsutvecklingen i Skåne, en introduktion.

2007: 2 Östman, M. (red.). Konferens: Socialpsykiatrisk forskning, programbok

2007:3 Eiman Johansson, M. Sjuksköterskors kliniska beslutsfattande med fokus på perifera venkatetrar (PVK). (Licentiatavhandling).

2007:4 Laanemets, L. Från policy till verksamhet, implementering av Malmös strategi mot prostitution.

2008:1 Tikkanen, R. Person, relation och situation. Riskhandlingar, hivsterfarenheter och preventiva behov bland män som har sex med män.

2008:2 Östman, M. och Afzelius, M. Barnombud i psykiatri – i vems intresse?

2008:3 Andersson, F. och Mellgren, C. Processutvärdering av "Trygga gatan". Ett projekt för minskad brottslighet och ökad trygghet i nöjeslivsmiljö.

2008:4 Östman, M. (red.). Migration och psykisk ohälsa.

2008:5 Berglund, S. Competing everyday discourses. The Construction of Heterosexual Risk-taking Behaviour among Adolescents in Nicaragua

2008:6 Björngren Cuadra, C. Variationens spektrum – en studie av sensibilitet tillit och vårdetik i hemsjukvård.

Publikationen finns även elektroniskt,
se www.mah.se/muep

Till minnet av Liselotte Rooke

INNEHÅLL

FÖRORD.....	9
INLEDNING	11
Studiens forskningsintresse och sammanhang.....	11
Om begreppet variation.....	15
Tillit och profession	16
En utgångspunkt och ett antagande	17
Studiens syfte och frågeställningar.....	19
TEORETISK FÖRSTÅELSE RAM OCH CENTRALA BEGREPP	19
Sensibilitet – grunden till det etiska ansvaret.....	19
Sensibilitet för variation.....	21
Introduktion till begreppet tillit – vårdens nerv	21
Perspektiv på tillit.....	24
Sårbarhet, makt och etik.....	25
Vårdens etiska värden.....	28
Etikens räckvidd	29
Hur kan tillit studeras?	31
STUDIENS GENOMFÖRANDE OCH METOD.....	32
Urval, tillvägagångssätt och etiska överväganden	33
Metod.....	33
Bearbetning av materialet.....	36
Presentation av resultat och överförbarhet.....	37

RESULTAT	37
Vilken sensibilitet för variationer kommer till uttryck?	37
Variationer tema I - Kommunikation.....	38
Att förbättrar kommunikationen	40
Auktoriserad tolk, tolkande anhöriga och kollegor	46
Sensibiliteten kan ställa krav på organisationen	49
Avslutande noter.....	50
Variationer tema II – Relation	51
Att arbeta i patientens hem.....	51
Förväntningar	53
Genusrelationer.....	55
Avslutande noter.....	60
Variationer tema III - Sjukdom och vård	61
Egenvård och vårdsökande	62
Sjukdomsuppfattning och smärtuttryck.....	65
Att söka läkare parallellt.....	70
"... även om han inte skulle vara här"	70
Avslutande noter.....	71
Vad är det som skapar tillit?.....	72
Universella avgörande faktorer för tillit.....	73
Partikulära avgörande faktorer för tillit	76
 AVSLUTANDE DISKUSSION	 80
Det partikulära som det universellas spegel.....	80
Variationens spektrum	81
Sensibilitet, profession och organisation	83
Reflektioner kring det universella och det partikulära och en inkluderande vårdetik	87
 Bibliografi	 92
Bilaga 1	98
Bilaga 2	100

FÖRORD

Denna studie har genomförts inom ramen för forskningsprogrammet *Migrationens utmaningar för hälsa, vård och omsorg*. Det är ett forskningsprogram som kommit till stånd genom ett samarbete mellan Region Skåne, Malmö stad och Malmö högskola. Programmets målsättning är att bidra med ny kunskap till redan befintlig verksamhet inom Region Skåne och Malmö stad.

Jag vill tacka de sjuksköterskor som deltagit i studien. Ni har tålmodigt resonerat med mig om era erfarenheter av möten med patienter. Ni gav mig en inblick i ert dagliga arbete som bar med sig så många överväganden och reflektioner. Men inte bara det, ni lät mig också ta del av händelser och situationer ni upplevt som svåra att hantera, ja, till och med känslor av ”misslyckanden”.

Jag vill även tacka de kollegor som läst tidiga versioner av denna slutgiltiga text. Ni gav mig bekräftelse, kritiska synpunkter eller helt enkelt fick mig att vässa mina argument. Jag tänker på Jonas Alwall, Sergio Cuadra Burgueño, Ola Fransson, Pernilla Ouis, Ingrid Runesson och Christine Wann-Hansson.

INLEDNING

Studiens forskningsintresse och sammanhang

I denna studie står sjuksköterskor i fokus. De arbetar inom hemsjukvården i en stadsdel i Malmö där det bor människor med många olika nationella bakgrunder. Med malmöitiska mått har stadsdelen en hög andel befolkning med utländsk bakgrund. För sjuksköterskorna innebär detta att de i sitt dagliga arbete kan möta patienter som kommer från i stort sett hela världen.

När det gäller hemsjukvård är det en vårdform som sker i olika konstellationer av samarbete mellan kommuner och landsting. Vårdgivarens ansvar och hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Vårdformen innebär att sjuksköterskor ger omvårdnad i patientens hem enligt den så kallade tröskelprincipen. Den föranstaltar att endast patienter som inte klarar av att ta sig över sin tröskel och till en vårdcentral men inte heller behöver vård på sjukhus kan komma ifråga genom ett remissförfarande som innefattar en vårdplanering.¹ Det är ett brett urval av arbetsuppgifter som kommer i fråga inom hemsjukvård och patienterna är i alla åldrar även om de äldre utgör en övervägande del. Exempel på arbetsuppgifter kan vara sårbehandling, smärtlindring, injektioner av olika läkemedel eller näringstillförsel i dropp eller sond och hantering av olika former av hemdialys. Andra exempel är vad som brukar kallas ”medicin delning” (att fördela tabletter i dosetter för att förenkla för patienten), hjälp med katetrar och inkontinensbesvär. Sjuksköterskorna i hemsjukvården har viss förskrivningsrätt på läkemedel. Utöver det har

1 En gemensam definition från Socialstyrelsen, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet av hemsjukvård lyder: ”Hälso och sjukvård som genom huvudmannens åtagande och ansvar ges i patients bostad eller där patient vistas.” Vidare sägs att ”Insatserna ska ha föregåtts av individuell vårdplanering”. (Sveriges Kommuner och landstings hemsida, http://www.kompetensstegen.se/page_____269.aspx, (080821).

de förskrivningsrätt på olika typer av hjälpmedel, däribland inkontinenshjälpmedel och förbrukningsartiklar till diabetes och stomivård.

Studien bygger på intervjuer med sjuksköterskor med flera års yrkeserfarenhet. Intresset gäller deras möten med patienter. Motivet att genomföra studien är ett mer övergripande intresse för frågeställningar som uppkommer när vi tar samhällets etniska och kulturella mångfald som utgångspunkt. En omedelbar fråga är hur olika typer av vårdinstitutioner ”svarar på” eller förhåller sig till etnisk och kulturell mångfald. Arbetar personalen på ”som vanligt” eller sker en omorientering och i så fall i vilken utsträckning och hur då? En annan omedelbar fråga gäller om patienternas skiftande bakgrunder leder till att deras tillgång till vård också skiftar.

Tillgång till vård utgör ett brett problemområde som rör både socialförsäkringsmässigt reglerat tillträde till vård men också den faktiska vårdens tillgänglighet och kvalitet.² Det innebär att tillgång till vård kan betraktas utifrån skilda perspektiv. I denna studie avgränsas intresset för tillgång till den som kan sammanhålla med mötet mellan en enskild patient och en enskild vårdgivare (sjuksköterska). Emellertid närmar vi oss mötet mellan två människor ur ett perspektiv som innebär att vad som sker inom en samhällsinstitution läses in i ett sammanhang och ses som uttryck för det omgivande ”storsamhället” (Lithman 1987). Vi utgår därmed från att möten mellan människor som sker inom samhällsinstitutioner avspeglar ”stora frågor”. I första hand rör frågorna fördelning av samhällsrelaterade ”nyttigheter”. Hur ”nyttigheter” skall fördelas handlar om välfärdsstatliga modeller och traditioner. Här är det fruktbart att betänka att Sverige knutit an till en universalistiskt inriktad modell som tar avstånd från särbehandling och förordar ett likhetstänkande och generellt inriktade insatser vid fördelning av nyttigheter (Borevi 2002). Just detta har enligt kritiker lett till en svagt utvecklad medvetenhet om migrationsrelaterade frågor och att särskilda behov har uppmärksammas *för lite* inom vårdssystemet i sin helhet. Å andra sidan, och trots denna välfärdsstatliga tradition har även kritik framförts som hävdar det motsatta, att migrationsrelaterade frågor uppmärksammas *för mycket* inom skilda verksamhe-

2 Kvalitet är ett mångfacetterat begrepp. Vårdkvalitet kan definieras som ”the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge”. Vanliga dimensioner och indikatorer är effektivitet, patientsäkerhet och ”responsiveness” (ung. förmåga att svara patientcentrerat på en patients behov) (Kelley och Hurst 2006).

ter. Detta har lett till stigmatisering, patologisering och främmandegörande av invandrade personer och etniska minoriteter (se till exempel Ålund 1997; 2002, Malkki 1995, Kamali 2002, Dominelli 1997). Den första ståndpunkten efterlyser *mer* partikularistisk syn; ett uppmärksammande av det särskilda. Den andra ståndpunkten efterlyser *mindre* av sådan riktad uppmärksamhet mot bakgrund av negativa erfarenheter av just sådan uppmärksamhet. Teoretiskt sett gäller diskussionen hur relationen ser ut, eller bör se ut, mellan det särskilda (partikulära) och det allmänmänniska (universella) för att uppnå bärande principer om lika värde och lika behandling som välfärdsinstitutionerna har att arbeta efter.³ Den engelske sociologen Stuart Hall har kallat denna fråga för ”frågan om det mångkulturella” och formulerar den så här.

How then can the particular and the universal, the claims of both difference and equality, be recognized? This is a dilemma, the conundrum – the multi-cultural question – at the heart of the multi-cultural’s transruptive and reconfigurative impact (Hall 2000).

Som begreppet partikulär används här står det som ett samlande begrepp som fångar allt som eventuellt uppmärksammas som särskilt i relief mot det som uppfattas som allmänmänniskt, universellt så som det appliceras på relationen mellan en majoritetsbefolkning och invandrade personer eller minoritetsgrupper. Jämlikhet i sin tur, ses som en fråga om överväganden som baseras på hur olikhet och likhet tolkas (Parekh 2000:132).⁴ Det är också relevant att konstatera att partikulär kan appliceras på mänskliga möten; att varje möte med en människa är ett möte med något partikulärt (Nortvedt och Grimen 2006).

När det gäller vårdpersonal och deras konkreta arbete med att balansera relationen mellan det universella och det partikulära i praktiken finns en rad begreppsliga sammansättningar som namnger

3 Denna ansats uttrycks i Hälso- och sjukvårdslagen i termer av hälso- och sjukvårdens mål vilket ”är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen” (HSL 2§). En annan ansats ligger i vårdens etiska koder till vilka vi återkommer.

4 Observera att såsom begreppen universalistiskt och partikulärt används här måste de ses som knutna till sociokulturella kontexter och relaterade till varandra (Parekh 2000). Med andra ord, de ska inte uppfattas som att det *är* allmänmänniskt eller särskilt utan gäller snarare tolkningar, uppfattningar eller föreställningar kring just detta i ett visst historiskt sammanhang. Dessa uppfattningar appliceras på relationen mellan majoritets befolkning och olika minoritetsgrupper. Att diskutera vad som kan ses som universellt (kan tillskrivas den mänskliga naturen) och hur det relaterar till det kulturellt partikulära ligger utanför denna studies ram. För en sådan diskussion, var god se Bhikhu Parekh (2000).

olika typer av interventioner och arbetssätt. Interventionerna som tar sikte på personalens kompetens har kallats "transkulturell kommunikation", "interkulturell kommunikation", kulturell kompetens" och "kulturell sensitivitet" för att nämna några. Som benämningarna antyder har de en slagsida mot att ta fasta på det partikulära och sådana interventioner har av sina kritiker tolkats som ett överdrivet och förfelat uppmärksammande av migrationsrelaterade aspekter och "olikheter". Bland annat har de kritiserat för att vara "kulturaliserande"⁵ och i grunden exkluderande och utpekande och därmed kontraproduktiva i fråga om att öka tillgången till välfärdstjänster (t.ex. vård) genom att de förstärker stereotyp tänkande hos personalen. Ett annat problem som lyfts fram och som sammanhänger med den partikularistiska slagsidan är att interventioner av detta slag tenderar att i avsaknad av organisatoriskt perspektiv vara kortsiktiga projekt och förlagda till enskilda aktörer (Cattacin och Renschler 2007). Deras inverkan på vårdens tillgänglighet och kvalitet är oklar (Maggi 2006:26) och skiftande nationella och socialpolitiska kontexter gör att genomförda studier endast kan överföras med försiktighet till andra länder (ibid.).

Det framförs således kritik mot hälso- och sjukvården (och andra välfärdsinstitutioner) och dess personal för att vara exkluderande i vissa avseenden i förhållande till invandrade patienter. Problematiken är både i viss mån dokumenterad (se till exempel SOU 2006:78) och utforskad. Vi har sett att kritiken kommer från två håll. Dels argumenteras för att problemen sammanhänger med att institutionerna tenderar att arbeta "som vanligt" utifrån universalistiska anspråk och utan hänsyn till migrationsrelaterade frågeställningar. Sådana anspråk anses inte heller ge utrymme för reflektion kring vad en mångfaldig patientkår kan innebära i fråga om behov och andra aspekter i relation till patienter. Samtidigt höjs röster som ser risker i ett partikularistiskt synsätt som tolkas som ett "utpekande" och ett överdrivet och förfelat uppmärksammande av etnicitets- och kulturfrågor och migrationsrelaterade aspekter. Som påpekats gäller diskussionen teoretiskt sett hur relationen ser ut, eller bör se ut, mellan det särskilda (partikulära) och det allmänmänskliga (universella) eller mellan "likhet" och "olikhet" i vardaglig språkdräkt. Spörsmålet kommer inte att lösas i denna studie. Den kan dock läsas som ett bidrag till diskussionen kring hur denna relation kan förstås utifrån en empiriskt grundad analys

⁵ Uttrycket "kulturalisera" syftar på när kultur förstås som en oföränderlig enhet som åtskiljt från andra sociala relationer. Kultur tillskrivs på så sätt en stark inverkan på människors handlingar och livsvillkor (Ålund 1997).

vars första ansats är att ”sätta parentes” kring redan givna svar och abstrahera sitt närmelsesätt till ”likhet” och ”olikhet” mellan människor. I det syftet tar studien sin utgångspunkt i begreppet *variation* vilket nu skall presenteras närmare.

Om begreppet variation

Inledningsvis kan vi konstatera att sjuksköterskor i sitt arbete möter patienter hela dagarna. Vad som gör sjuksköterskornas arbete speciellt intressant för denna studie är att deras patientkår representerar en etnisk och kulturell mångfald. Patienterna kommer från världens alla hörn. Utgångspunkten är emellertid att det inte vore fruktbart att dela in patienter i dem som migrerat till Sverige, invandrare och dem som är födda i landet och som identifieras som svenska i en avgränsad etnisk betydelse av ordet. Det vore att förutsätta att erfarenhet av migration är en skillnad mellan människor som överskrider alla andra egenskaper en människa, en patient kan ha. Annorlunda uttryckt vore det att i sin förförståelse uppmärksamma det partikulära på det universellas bekostnad. Istället utgår denna studie från att det är fruktbarare ur forskningssynpunkt att utgå från att människor oavsett etnicitet, kan dela gemensamma egenskaper, erfarenheter och behov i olika avseenden (Björngren Cuadra 2006:52). Utifrån detta ställningstagande väljs begreppet *variation* som analytisk utgångspunkt.⁶

Variation innebär per definition att ett fenomen inte erfars som en ”ny” företeelse utan just som en variation av en företeelse (Skyvell Nilsson et al. 2006). Såsom begreppet används i denna studie, närmast synonymt med en skiftning eller en växling, förutsätter det en slags ”överordnad likhet” mellan variationer som ”håller dem samman”. Det är inom denna likhet variationerna rör sig. Detta kallas preliminärt för *variationens spektrum*. Det är därför en viss variation inte framstår som ”ny” eller mer tillspetsat, som radikalt annorlunda. Att se en variation innebär således att se likheterna i olikheterna (Nilsson Skyvell 2006:9).

Begreppet är valt med avsikt att ge utrymme för ett utforskande (explorativt) intresse kring en mångfaldig patientkår; den omedelbara frågan är således; *Vad är det som varierar bland patienter en-*

⁶ Begreppet är hämtat från pedagogisk forskning där det används för att begreppsliggöra en komponent i lärande, nämligen en förmåga att urskilja variationer hos ett fenomen. Det har bland annat använts i en studie av läkares erfarenhetsbaserade kunskap (Skyvell Nilsson et al. 2006) som hämtat begreppet från Marton och Booth (1997).

ligt sjuksköterskornas erfarenheter? Att svaret skulle vara ”att en del är svenskar och en del är invandrare” utesluts som det självklara svaret för sjuksköterskornas del. Att svaret, eller detta tankesätt kan förekomma skulle emellertid inte överraska mot bakgrund av att en tudelning mellan just ”svenskar” och ”invandrare” används som en tolkningsram inom vårdinstitutioner för att ”förstå” olikheter mellan patienter (Öhlander 2004; 2005). Inte heller skulle det överraska mot bakgrund av den kritik som berörts ovan mot hälso- och sjukvården (och andra välfärdsinstitutioner) och dess personal för att vara exkluderande i förhållande till invandrade patienter. Det rör sig om företeelser som spänner mellan diskriminering till omedvetenhet, etnocentrism och okunskap. Det gemensamma är att de formerar barriärer eller hinder för vissa patienter med en identifierbar systematik, nämligen de invandrade patienterna, att komma i åtnjutande av vård av samma kvalitet som majoritetsbefolkningen (Björngren Cuadra och Cattacin 2007).

Tillit och profession

I den problematiska bilden som framtonat kring relationen mellan invandrade patienter och hälso- och sjukvården ingår även studier som rör patienters *tillit* till vården och dess personal (Cook et al. 2003; Stepanikova et al. 2006; Luukarinen 2002). Bland annat har studier visat att en vårdgivare gör en bedömning av en patients tillförlitlighet. Denna bedömning kan ske utifrån grupp- eller kategoritillhörighet i termer av etnicitet (eller ”ras”). Detta faktum kan i sin tur ha en återverkan på patientens beteende och återverka på vårdgivarens bedömning. Vidare har studier visat att en misstanke om, eller erfarenhet av, att bli bedömd utifrån grupp- eller kategoritillhörighet i termer av etnicitet (eller ”ras”) kan påverka tilliten till vårdgivaren i negativ riktning (Cook och Stepanikova 2005). Det finns även forskning som tyder på att tillit har inverkan på tillgång till vård, kontinuitet i kontakten med vårdgivaren, adekvat vårdsökande och på hur patienten följer behandlingar. Andra studier har visat att tillit påverkar patienttillfredsställelse, kommunikationens kvalitet, patientens benägenhet att ta upp känsliga ämnen och sina egentliga bekymmer. Sammantaget inverkar tillit i förlängningen både på tillgång till vård och vårdens kvalitet och kostnad (Stepanikova et al. 2006). Detta tydliggör två saker. För det första, att tillit inte är en marginell ingrediens i en vårdrelation. För det andra, att tillit är ett problemområde i vårdkontexter med en etniskt mångfaldig patientkår eller vad som brukar kallas mångkulturell vårdkontext. Med den utgångspunkten riktas intresset mot vårdgivarens roll i tillitsskapande processer.

Med uppmärksamheten riktad mot vårdgivarna, sjuksköterskorna är en första iakttagelse att de tillhör en profession. En andra iakttagelse är att det finns ett begreppsligt förhållande att ta fasta på mellan profession och tillit. Kopplingen ligger i att förtroende och tillit kan ses som bärande element i bestämningen av en profession (Brante 2005). Med Thomas Brante kan nämligen professioner ses som ”bärare av samhälleligt sanktionerade, abstrakta kunskapssystem som ger dem förmågan att utföra handlingar som uppfattas som svåra och värdefulla av allmänheten/klienten” (ibid.:2005). Det poängfulla här är att definitionen implicerar att värderingen av den professionella personens förmåga har med *förtroende och tillit* att göra. Med en sådan utgångspunkt måste vi fråga oss vilken roll professionsföreträdarna spelar när det gäller att skapa tillit i ett möte med en patient. Vi måste också fråga oss om en mångfaldig patientkår tillför någon dimension eller på annat sätt tillför någon faktor i de tillitsskapande processerna. Om vi utgår från att det kan vara just så kan vi hävda att det mångkulturella samhället rent av kan föra med sig en omförhandling av innebörden av begreppet professionalitet för de yrkesgrupper som är verksamma inom olika typer av människobehandlande organisationer (Björngren Cuadra 2006). I denna studie kommer omförhandlingen att beröras med utgångspunkt i begreppet variation och i förhållande till tillitsskapande processer.

En utgångspunkt och ett antagande

Ovan nämndes *exkludering* av patienter. I det sammanhanget är det viktigt att säga att *utgångspunkten* i denna studie inte är att det sker en exkludering av invandrade patienter per automatik i det enskilda fallet. Genom att den analytiska utgångspunkten är variation, är förutsättningarna gynnsamma för att uppmärksamma alternativa och/eller parallella processer som innebär en *inkludering* av patienten i fråga.

I denna studie används begreppen inkludering och exkludering i förhållande till vårdetik. Vad detta innebär kommer att klargöras under rubriken *Teoretisk förståelseram*. Redan här kan dock sägas att med *etik* förstås frågeställningar kring vad som är gott i livet och vad som är rätt att göra (underförstått i relation till den andre och till mig själv). Frågor i denna domän handlar således om *värde* och *ansvar* (Blennerger 2005). Detta innebär att ordet *inkludering* i denna studie förstås som när en vårdgivare förhåller sig till sin patient utifrån de krav och ansvarstagande som upprätthålls som generella eller allmängiltiga i möten med patienter. Dessa krav är de

som formuleras i termer av etiska krav och etiskt ansvar i möte med patienter med universalistiska anspråk.⁷ (I en dikotom språkdräkt är detta de etiska krav och ansvarstagande som gäller patienter ur majoritetsbefolkningen). Exkludering avser följdriktigt det motsatta förhållandet.

Vid utforskandet av sjuksköterskornas erfarenhet av möten med patienter och deras erfarenhet av variation *antas* att de har en *sensibilitet för variation*. Med *sensibilitet* menas en slags inkännande förmåga vars innebörd utvecklas nedan. Som nämnts ovan skall begreppet variation förstås som en uppfattad variation mellan en viss företeelses karaktäristik och andra möjliga gestaltningar av företeelsen. Det centrala här är, återigen att variation per definition innebär att ett fenomen inte erfars som en ny företeelse utan just som en variation (Skyvell Nilsson et al. 2006). Begreppet förutsätter på så vis en slags överordnad likhet. Vidare förutsätts att sådana variationer kan uttryckas i termer av kontinuum likaväl som dikotomier, i termer som hänför variationen i fråga till migrationsrelaterade aspekter likaväl som till andra aspekter som rör patienten och variationens karaktäristik. Hur variationer uttrycks är en av de empiriska frågorna i denna studie.⁸

I anslutning till utforskandet av sjuksköterskorna sensibilitet för variation utforskas även hur de ser på *tillit*; intresset gäller vad det är som skapar tillit i möte med patienter enligt sjuksköterskornas erfarenhet. Vad ser de som avgörande faktorer för tillit? En följdfråga blir hur sensibilitet för variation relaterar till de faktorer som uppfattas som avgörande för tillit.

7 Sjuksköterskorna internationella etiska riktlinjer har en universell ansats. I kodens inledning anges att behovet av vård är universellt. Omvårdnaden ”begränsas inte av ålder, hudfärg, trosuppfattning, kultur, handikapp eller sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politisk åsikt, ras eller social status. International Council of Nursing, ICN:S etiska kod för sjuksköterskor finns tillgänglig på <http://www.codex.vr.se/oversikter/etik/yrkesetik.html>. Den Hippokratiska eden relaterar uttalat till läkare men är trots detta relevant för sjuksköterskor då den också ses som en central referens inom medicinsk etik. I korthet föranstaltar den att vårdgivare i sin utövning sätter sin patients väl i första rummet. Den finns tillgänglig bland annat på Svenska läkarsällskapets hemsida. <http://www.svls.se/etik/935.cs>.

8 Kroppslängd kan tjäna som illustrerande exempel på vad som kan uttryckas som variationer. Kroppslängd varierar uttryckt i meter, centimeter eller tum. Den kan även uttryckas dikotomt i termer av ”lång” kontra ”kort”. Den kan uttryckas i värderande termer som ”för lång” eller ”för kort”. Den kan även komma på tal i uttryck som ”kvinnor är kortare än män” eller ”människor i Guatemala är korta”

Studiens syfte och frågeställningar

Med utgångspunkt i studiens övergripande intresse formuleras följande intention. Syftet med denna studie är att utforska hur sensibilitet för variation relaterar till inkluderings- och exkluderingsprocesser. Vidare är syftet att utforska relationen mellan sensibilitet för variation och uppfattade avgörande faktorer för tillit. Frågeställningarna som ställs är följande.

- Vilken sensibilitet för variation kommer till uttryck?
- Hur relaterar sensibilitet för variationer till avgörande faktorer för tillit?

Vid besvarandet av dessa frågeställningar tar analysen sin utgångspunkt i återgivna ”kritiska händelser” och handlingar som hämtas ur respondenternas återgivna erfarenhet.

TEORETISK FÖRSTÅELSE RAM OCH CENTRALA BEGREPP

I detta avsnitt kommer studiens viktigaste begrepp *sensibilitet* och *tillit* att introduceras vilket också innebär att deras respektive kopplingar till *etik* berörs. Vidare förs termen *räckvidd* in och relateras till frågor som aktualiseras av en mångkulturell kontext. Slutligen presenteras hur begreppet tillit kan låta sig sättas i arbete i en empirisk studie.

Sensibilitet – grunden till det etiska ansvaret

Studien gäller sensibilitet till variation. Ett sådan intresse förutsätter en överläggning om hur variation alls kan uppfångas eller erfaras i en konkret situation. Vad det är som utgör själva uppfångandets/erfarenhetens möjlighetsvillkor. Det kommer att klargöras att dessa kan förstås som flerledade processer. Det valda perspektivet på erfarenhet av variation bygger på idén om förekomst av en specifik förståelseform som i denna studie kallas *sensibilitet*. Vidare bygger det på antagandet att en sensibilitet kan vara mer eller mindre omfattande, begränsad i sin *räckvidd*. Begreppet sensibilitet avser lyhördhet och mottaglighet för kunskap som en vårdgivare får om en persons subjektiva situation genom empati och känslighet för intryck (Nortvedt och Grimen 2006:39ff). En definition av sensibilitet kan således vara; *en mottaglighet för och inkännande förståelse för andra människors subjektiva situation*. Det som utmärker denna kunskapsform är att den är situationsbestämd,

omedelbar och svår att artikulera språkligt (ibid.:11).⁹ Begreppet används i diskussioner kring de kunskapsteoretiska och normativa frågor som vårdprofessionerna ställs inför i sin praktik mot bakgrund av dess ”täta” förhållandet mellan kunskap och värdefrågor (ibid.:13). Begreppet är hemmahörande inom den hermeneutiska och fenomenologiska traditionen. Grundidén, som uppkommer i denna filosofiska korsväg är att sensibilitet, själva den passiva mottagligheten, är förutsättningen för att alls få intryck. Intryck som uppstår i sinnet kan sedan, i vederbörlig ordning enligt den hermeneutiska traditionens synsätt som främst är en teori om förståelse, vara grund för reflektion (ibid.). Fenomenologins bidrag i sammanhanget kan sägas vara att stanna upp kring *vad* som väcker sinnets engagemang överhuvudtaget och det sinnets intryck baserar sig på. Fenomenologin bidrar med att vi alls kan intressera oss för denna affektiva och prereflexiva mottaglighet för intryck.

Enligt detta synsätt är det intryck som möjliggörs av en passiv mottaglighet – sensibilitet – som kan leda till en förståelse för den mänskliga betydelsen av till exempel en sjukdom eller diagnos. Denna förståelse ställer i sin tur speciella moraliska och personliga krav på vårdgivarens uppträdande eller bemötande i mötet med patienten. Intrycken kan väcka en klinisk medvetenhet och ett *etiskt ansvar*. Annorlunda uttryckt, sensibilitet leder till värdeladdade (normativa) erfarenheter av en annan människas subjektiva situationsupplevelse. Här ligger en länk mellan sensibilitet och etik. Nortvedt och Grimen uttrycker det som att ”det är i sensibiliteten – i det faktum att man kan uppleva en annan persons situation som etiskt laddad – som *är* och *bör* sammanfalla (ibid.:43ff). I den meningen är sensibilitet det som grundlägger det etiska ansvaret. Detta nära samband mellan sensibilitet och etik gör att Nortvedt och Grimen menar, i en stilistiskt långt dragen formulering till och med, att *sensibilitet är etik* (ibid.:59).¹⁰ Detta hindrar inte att det finns en analytisk åtskillnad. Det etiska ansvaret anmanar således

9 Denna förståelseform ställs mot reflektionskunskap som i sin tur är jämförande, generaliserande, värderande och diskursiv. Båda kunskapsformerna utgår från vetenskapliga kunskaper om hälsa och sjukdom. Observera att sensibilitet skall särskiljas från sensitivitet som har en mer avgränsad betydelse och avser en psykologisk förmåga (Nortvedt och Grimen 2006).

10 Synsättet bygger på Emmanuel Lévinas tolkningar av etik. För Lévinas är etiken ”den första filosofin” (d.v.s. föregår alla andra former av tänkande) som handlar om problematiseringen av ”min värld” genom den Andres närvaro. I Lévinas tänkande är det respekt för det annorlunda, alteriteten, som är en grundläggande etisk princip och den botten i människans begränsade kunskapsförmåga. Kunskapens otillräcklighet gör Lévinas till en etik där just respekten för det annorlunda, uttryckt som att mötet med oändligheten hos den Andre, är det centrala (Kemp 1992). Varje möte med en människa är ett möte med något partikulärt (Nortvedt och Grimen 2006). På så vis är det mötet med den Andre som grundlägger etiken eller som Lévinas uttrycker det, att vi upptäcker vad en människa är först i möte med den Andre. För en introduktion till Lévinas etik, se Peter Kemp (1992).

både konkreta handlingar och korresponderande bemötande men det manar även till *reflektion*. Reflektion i detta sammanhang avser kritisk analys och bedömning av gjorda erfarenheter, påståenden och resonemang (Nortvedt och Grimen 2006:12). Bemötande i sin tur tar sig konkreta uttryck i till exempel tonfall och språkbruk, kroppsspråk och ansiktsuttryck och gester (Blennerberg 2005:173).

I vårdvetenskapernas vetenskapsteori brukar etik ses som ett kännetecken i alla möten (Nortvedt och Grimen 2006). Emellertid uppnås det inte alltid vilket det är lätt att ge exempel på. Det kan röra sig om patienter i korridorer, underbemanning, kränkningar, felbehandlingar (ibid.). Denna studies utforskande perspektiv gäller emellertid etikens räckvidd i förhållande till ”nya” variationer som kan bli aktuella i en mångkulturell vårdkontext.

Sensibilitet för variation

Som framgått definieras begreppet sensibilitet som inkännande förståelse för patientens situation. Det avser en grundläggande förmåga som sjuksköterskor förväntas ha i sin yrkesutövning. Ett exempel kan vara den varsamhet med vilken hon eller han tvättar ett sår. En varsamhet som ”lyssnar in” patientens smärtupplevelse och anpassar sig därefter. I denna studie går dock begreppet situation utöver patienters kroppsliga erfarenheter och innefattar även social och psykosocial aspekter och subjektiva erfarenheters variation. Av särskilt intresse är de variationer som kan tänkas aktualiseras just mot bakgrund av den mångkulturella kontexten. Vad som aktualiseras (migrationsrelaterat eller inte) är en empirisk fråga men det är rimligt att förvänta sig variationer till exempel kring patienters ”förmåga” att förstå och göra sig förstådd språkligt lika väl som skilda migrationsrelaterade erfarenheter.

Studien kommer därför inte att närma sig sensibilitet i dess grundläggande form. Den empiriska undersökningen kommer istället att utforska sensibilitet för variation, vare sig den uttrycks som kontinuum, dikotomier, i termer med bäring på migrationsrelaterade aspekter (kanske kultur och etnicitet) eller på andra aspekter som rör patienten och situationens karaktäristik.

Introduktion till begreppet tillit – vårdens nerv

Det är nu dags att klargöra hur begreppet *tillit* förstås i denna studie och hur det sätts i arbete i den empiriska analysen. Efter att ha introducerat en distinktion mellan tillit och förtroende och som en

central mellanmänsklig aspekt i vården kommer ett par centrala teoretikers syn på tillit att beröras. Vidare förs diskussionen in på frågor som aktualiseras om samhällets etniska och kulturella mångfald beaktas. Slutligen presenteras hur tillit kan studeras.

Begreppet tillit diskuteras ofta i relation till begreppet *förtroende*. Antingen ses termerna som varandras synonymer eller ses de som i och för sig teoretiskt länkade men uttryck för olika aspekter av ett socialt fenomen som har med sårbarhet att göra. ”Förtroende berör vårdens nerv” skriver Nortvedt och Grimen och menar att sjukvårdens primärrelation, den mellan professionella och patienterna inte skall uppkomma utan förtroende (Nortvedt och Grimen 2006:113). Nortvedt och Grimen menar även att ingen ”förnekar att förtroendet till vårdarbetarna och vårdinstitutionerna är viktigt” (ibid.:114). Redan här inledningsvis är det emellertid betydelsefullt att klargöra att i denna studie som just gäller möten mellan vårdgivare och patienter har begreppet tillit valts konsekvent efter vissa överväganden som främst gäller att upprätthålla en följdriktig begreppsapparat. Syftet är att begreppsligt kunna skilja mellan förtroende för vården som system och förtroende för en person (jmf. Luhmann 2005; Fransson 2006; se även Giddens 1996). Den sista formen av förtroende som således är knutet till en person kallas här tillit (Fransson 2006). Distinktionen må verka oviktig men påverkar hanteringen av citat.¹¹ Distinktionen kommer också att visa sig teoretiskt intressant i förhållande till det empiriska materialet.

Ett nära exempel på studier av förtroende för vården som system är den återkommande SOM- undersökningen (se t.ex. Holmberg och Weibull 2008) och olika typer av nationella eller regionala folkhälsoenkäter. I dessa studier ställs frågor som syftar till att mäta förtroendet för skilda samhällsinstitutioner. På denna analysnivå framstår sjukvård, benämnt sjukvården, med alla dess olika instanser, vårdformer, huvudmannaskap, organisatoriska olikheter och personalkategorier som en enhet.¹²

11 Detta ställningstagande innebär att i det följande kommer *tillit* att användas även om enskilda författare valt att använda förtroende även för att uttrycka interpersonell (mellanmänsklig) nivå (som t.ex. Nortvedt och Grimen 2006).

12 SOM står för Samhälle- Opinion- Massmedia institutet. Ett lokalt exempel kan vara Region Skånes studie Folkhälsa i Skåne 2004 (Rosvall et al. 2004) i vilken en fråga lyder; Vilket förtroende har Du för följande institutioner i samhället? Svartalternativen är fem till antalet; mycket stort, ganska stort, inte särskilt stort, inget alls och har ingen åsikt. Bland de elva institutioner som frågan gäller finns Sjukvården, Skolan, Polisen, Försäkringskassan, Domstolar.

Tillit, som begreppet används i denna studie, ses som en central mellanmänsklig eller interpersonell aspekt i mötet mellan en patient och en vårdgivare. Utifrån ett sådant perspektiv ses tillit som en grundläggande förutsättning för att vårdgivaren skall lyckas med sitt arbete (Fransson 2006:27). Tillit uppfattas då som en särskild aspekt av sociala relationer. Som framgått finns det anledning att tro att tillit bland annan har inverkan på tillgång till vård, kontinuitet i kontakten med vårdgivaren, adekvat vårdsökande, patienttillfredsställelse och vårdkvalitet (Stepanikova et al. 2006). Grundsynen på tillit här är att det i någon mening har en ömsesidig karaktär, det rör samspelet mellan vårdgivare och patient.

Ett alternativt synsätt på tillit i vårdsammanhang är att se det som en dygd eller karaktärsdrag hos vårdgivaren. Detta synsätt representeras bland annat av Barbosa da Silva och Ljungquist som i en utläggning kring vårdetik hänför tillit till en ”värdeskapande egenskap” vid sidan av andra dygder som godhet, ödmjukhet, medlidande och omsorg, intellektuell ärlighet, rättvisa och opartiskhet, klokhet och praktisk visdom (Barbosa da Silva och Ljungquist 2003). Vi möter här ett tillitsbegrepps som genom att det klassificeras som dygd inte kan sägas vara interaktivt (samspelsmässigt) utan snarare en personlig karaktärs egenskap hos en vårdgivare (sjuksköterska). Detta tillitsbegrepp bottenar i en vårdetisk tradition som grundas i ett omfattande kärleksbegrepp (agape/caritas) där vården blir uttryck för osjälviskt givande med referens till en gudomlig kärlek (Blennberger 2005). Emellertid har denna studie valt att ge företräde åt ett mer interaktivt inriktat tillitsbegrepp.¹³

I (den teoretiska) diskussionen kring tillit länkas begreppet till andra begrepp. De mest centrala är *makt* och *sårbarhet* men även begrepp som *risk* och *osäkerhet*. Dessa kopplingar borgar för att diskussionen undkommer att utveckla en syn på tillit som obetingat gott och en allestädes närvarande (närmast metafysisk) kvalitet i möten mellan vårdens personal och patienter (Nortvedt och Grimen 2006). Detta kommer att utvecklas närmare efter det att ett par centrala teoretiker har introducerats.

Perspektiv på tillit

Det finns olika perspektiv på vad tillit är eller rättare; hur det bäst kan förstås. Ett perspektiv är det som representeras av den danske religionsfilosofen Knud E. Lögstrup (1994) som närmar sig begreppet utifrån ett intresse att kunna beskriva dess ontologi, det vill säga, definiera begreppet. Han kallar tillit ett "elementärt fenomen". Med Lögstrups ord:

Till vårt mänskliga liv hör att vi normalt möter varandra med en naturlig tillit. Så är inte bara fallet när vi träffar en människa som vi känner väl utan det gäller också när vi möter en vilt främmande människa (Lögstrup 1994:41).

Tillit "beror inte på oss" skriver Lögstrup. "Den är given" (Lögstrup 1994:50). Lögstrup ser tillit som närmast ett "urfenomen" som inte kan förklaras närmare än att det är en naturlig tendens hos människan. Det är ett mänskligt grundvillkor och den sociala världens möjlighetsvillkor (Nortvedt och Grimen 2006: 118ff). Detta mänskliga livets grundvillkor, som kan uttryckas som att vi är hänvisade till varandra och hur vi ömsesidigt svarar på de förväntningar visad tillit innebär, har en långtgående moralisk betydelse. Lögstrup uttrycker detta perspektiv som att den "enskilde har aldrig med en annan människa att göra utan att han håller något av den andra människans liv i sin hand" (ibid:48). "Vi är varandras värld och varandras öde" (ibid:48). Lögstrups tillitsbegrepp framstår som omfattande och har ambitionen att behandla både ontologisk (existentiell) tillit och tillit som gestaltas i vardagliga mellanmänskliga möten.

Ett alternativt perspektiv på tillit är det som återfinns inom besluts-teori och rör frågor kring om och när det är rationellt och irrationellt att ha tillit. Här möter vi ett betydligt mer avgränsat tillitsbegrepp. En tongivande teoretiker är den nordamerikanske sociologen James Coleman vars tänkande bidrar till denna studies teoretiska överväganden och hur tillitsbegreppet sätts i arbete.

Enligt Coleman tänkande är att ha tillit att ta en risk (Coleman 1990: 91ff). Detta innebär att en person kan överväga och kalkylera risken med detta utifrån sin bedömning av sannolikheten för vis-

13 Detta hindrar inte att uppmärksamma likheter mellan detta tillitsbegrepp och det perspektiv som valt i denna studie genom deras respektive relation till de etiska värdena (se nedan) sjuksköterskans karaktärsdrag är kopplade till och handlingar de främjar i möte med patienter.

sa konsekvenser (Nortvedt och Grimen 2006:120). Poängen ligger i att det finns ett slags valmöjlighet och att aktören gör en bedömning av den aktuella situationen. Bedömningen bygger på hur den potentiella mottagaren av tillit handlar. Dessa handlingar kan tjäna som guide i beslutsprocessen kring att hysa eller inte hysa tillit. Coleman menar emellertid att även mottagaren in spe är inbegripen i beslutsprocessen. Coleman skriver:

[...] the trustee may engage in actions explicitly designed to lead the potential trustor to place trust. [...] to be successful they must be based on an understanding (intuitive or explicit) of the potential trusters's basis for deciding whether or not to place trust (Coleman 1990:96).

Vidare menar Coleman att tillitsmottagarens handlingar "are often extensive, complementing the potential trustor's search for information that can serve as a guide in deciding whether to place trust" (ibid.). Vi återkommer till detta perspektiv i en överläggning av hur tillit kan studeras empiriskt.

Det tredje perspektivet är mer upptaget av vad tillit *gör*, utifrån en s.k. funktionell analys. Detta perspektiv representeras av den tyske sociologen Niklas Luhmann. Luhmanns grundintresse är således vad tillit åstadkommer i det sociala livet och kommer fram till att tillit reducerar komplexitet. Det sociala livet blir hanterbart och överblickbart i stället för så outhärdligt och förlamande komplext som det vore om inte tillit stod till buds. Utan tillit (eg. förtroende i originaltextens svenska översättning) skriver Luhmann, skulle "en människan", "inte kunna stiga upp ur sängen på morgonen". Precis som för Coleman är tillit för Luhmann en fråga om riskhantering (ett "riskinvesteringsproblem") och visad tillit riskerar att bli sviken (ibid.:122). Skillnaden mellan dessa teoretiker är att Luhmann inte preciserar sig närmare kring riskbegreppet och kan tolkas som att han snarast avser okunskap och osäkerhet inför oförutsägbara konsekvenser (ibid.:124).¹⁴

Sårbarhet, makt och etik

De olika perspektiven vänder uppmärksamheten åt olika håll men har även ett gemensamt drag, nämligen att de aktualiserar *sårbarhet* hos den som har, eller hyser, tillit. Som vi såg är att hysa tillit

¹⁴ Begreppet risk avser i beslutsteori kända konsekvensers sannolikhet. Osäkerhet avser att konsekvenserna är okända (ibid.)

att "ta en risk" enligt Coleman. Enligt Lögstrup är att visa tillit att vara utelämnad till den andre och dess uppfattande av vår förväntan (Lögstrup 1994). I Luhmanns språkdräkt är sårbarhet instrumentet att identifiera en tillitsrelation (Luhmann 2005:77-78). Vad är det då som gör den som hyser tillit sårbar? Sårbarheten har att göra med att den som hyser tillit *ger makt* till sin motpart.¹⁵ Att överlämna makt till någon innebär att mottagaren får ett handlingsutrymme att fatta beslut. Detta innebär i sin tur att givaren blir sårbarhet för mottagarens eventuella illvilja (Nortvedt och Grimen 2006:124 med referens till Warren 1999). Att vara sårbar innebär att det finns en *risk* att man drabbas fysiskt eller psykiskt på ett sätt som påverkar ens sätt att fungera negativt. I en vårdssituation handlar det man kan "drabbas av" om kvaliteter i vårdgivarens kompetens och vårdgivarens avsikt eller intention. Utifrån dessa resonemang följer att tillit i en vårdrelation kan delas in i två aspekter. Den som gäller vårdgivarens *kompetens* och den som gäller vårdgivarens *intention*. Dessa båda faktorer kan sättas i arbete i en empirisk analys av erfarenheter av möten med patienter och avgörande faktorer för tillit. Vi återkommer till detta.

Vi har kunnat konstatera att det finns ett samband mellan tillit och makt. Makt kommer in i bilden genom att vårdrelationen *de facto* är asymmetrisk. Den ena parten, vårdgivaren, har kunskaper och kontrollerar resurser den andra parten inte har. Det vill säga, att ha kunskaper, en kompetens, en annan person inte har innebär att det finns en asymmetri i relationen (epistemisk, kunskapsmässig). Den som "vet" kan definiera situationen, fatta beslut, kontrollera händelser och bedöma risker och även manipulera den andres intryck (ibid:128). Det är i denna mening man kan säga att kunskap är makt. Den okunnige har svårt att utmana den kunniges definition av en situation (ibid.:144)

Det är även så att patienten ofta saknar valmöjlighet eller alternativ. Vidare uppfattar patienten vanligtvis vårdgivarens auktoritet som legitim utifrån hans eller hennes professionella kunskaper och uppfyllande av yrkesroll och patientens tro på vårdgivarens effektivitet att vårdgivaren kan handla, *göra* något, i patientens intresse (ibid.). Idén om legitimitet bygger här på Webers formulering av begreppet (Weber 1983) som skapar en sorts länk mellan den en-

15 Den maktdefinition som ligger till grund i dessa tankegångar ligger nära Webers maktbegrepp. Makt ses som när en person (med makt) kan få en annan person att göra något mot dennes egen vilja (Weber 1983:37). Makt ses därför snarare en relation än en "entitet" även om det omtalas som något man "har" och "ger".

skilde vårdgivaren (sjuksköterskan) och det hälso- och sjukvårdssystem hon arbetar inom. Ola Fransson synliggör denna länk i ett konkret exempel.

Ett exempel kan vara att en person söker vård på ett sjukhus och det han eller hon förväntar skall ske är inte kopplat till den specifika personen hon möter. I detta fall bygger legitimiteten (det vill säga klientens accepterande att låta någon främmande ta eventuellt livsavgörande beslut på hennes vägnar) på klientens förtroende för de system sjukhusväsendet och utbildningssystemets som producerar läkare (eller någon annan vårdprofessionell) tillsammans utgör (Fransson 2006:24).

Med detta sagt, att med förtroende för ett system kommer en rollförväntan på enskilda personer. En reflektion som har relevans i denna studie är att patienters erfarenhet av ett visst system, mätt i tid och omfång, kan skifta och att en inverkan kan vara just att patienten invandrat, det vill säga, förtroende för systemet kan ha med migration att göra.

Länken mellan den enskilde vårdgivaren och vårdsystemet är dubbelriktad. Detta gör att för en patient som saknar erfarenhet av systemet i fråga kan ett möte med en enskild vårdgivare fungera som en sort "ingång" till ett eventuellt förtroende till systemet förutsatt att tillit skapas i det personliga mötet.

Patienten går in i relationen "underifrån" med sina behov av hjälp, medan vårdgivaren träder in i relationen "ovanifrån" med sina maktresurser (även i termer av sanktionsmöjligheter). På så vis är vårdrelationen hierarkisk. Som vi såg innebär själva överlämnandet av makt som sker under dessa asymmetriska förhållanden att patienten blir sårbar för illvilja. Emellertid är själva överlämnandet av makt, som i sig innebär ett handlingsutrymme för vårdgivaren, även förutsättning för godartad vilja. Sårbarheten kommer sig av att tillits-givaren så att säga saknar garantier för hur vårdgivaren kommer att använda det som hon får kontroll över (ibid.:143). Den faktor som kan fungera skyddande i sammanhanget är *professionsetikens bindande normer* vilket dock inte betyder totalt skydd mot eventuella illvilliga avsikter. På så vis finns en uppenbar länk mellan tillit och etik.

All hälso- och sjukvård är en normativ (värdeladdad) verksamhet. Detta har två grunder. Den första grunden är att vård handlar om att bibringa hälsa genom förebyggande, hälsofrämjande eller kurativt arbete. Här ligger det normativa i att vården kan sägas just *normera* genom dess bestämning av "det normala" i förhållande till sjukdom och död. Den andra grunden är det faktum att vård utspelas *i möten mellan människor* och detta innebär att vård är värdeladdad. I föreliggande studie är det främst denna senare normativa dimension som ligger i mötet mellan människor som är det drivande intresset. I de kliniska mötena ställs vårdgivaren inför moraliska frågor i möte med den andres kroppsliga och personliga erfarenhet. Det kan vara smärta, obehag, lidande som tar sig uttryck och, för så vitt de uppfattas, utgör normativt underlag. På så vis har de fenomen praktikern möter en etisk realitet (Nortvedt och Grimen 2006:26ff).

Vårdens etiska värden

De *etiska värdena* som vårdprofessioner brukar sägas vara orienterade till rör både handlingar och vårdgivarens inställning, sinnelag eller intention. De förväntas handla utifrån rationell och empirisk kunskap (kunskaps- och vetenskapsbaserad) och verka *för patientens bästa*. Det första etiska värdet har således med *handling och kompetens* att göra.

Det andra etiska värdet som är kopplas till *intension* gäller den inställning som en handling uttrycker vilken förväntas tillvarata patientens *värdighet* och *integritet*. Detta innebär att omvårdnad har en moralisk dimension som även kännetecknas av den inställning som en handling uttrycker (Nortvedt och Grimen 2006: 28ff). Dessa värden uttrycks som centrala i Hälso- och sjukvårdslagen och i sjuksköterskornas etiska kod.¹⁶ Värdighet ligger begreppsligt nära människovärde och kan till och med ses som det samma (Blennberger 2005:51). Det syftar på en grundvärdighet som ger en aktning som tillräknas oavsett social status. Detta grundläggande förhållande gör att vi tillskrivs rättigheter. Integritet å sin sida är

16 I Hälso- sjukvårdslagen uttrycks att "Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans *värdighet*" (2§ HSL). Vidare uttryck att vården skall "bygga på respekt för patientens självbestämmande och *integritet*" (2a§ HSL). I inledningen till International Council of Nursing, ICN:S etiska kod för sjuksköterskor föranstalts att "I vårdens natur ligger respekt för mänskliga rättigheter, kulturella rättigheter, rätten till liv, till värdighet och till att behandlas med respekt." Koden finns tillgänglig på <http://www.codex.vr.se/oversikter/etik/yrkesetik.html>.

kopplat till värdighet genom att det syftar på respekt för ett sådant värdighetsbegrepps konsekvenser (ibid).

Det finns ytterligare ett etiskt värde som förs fram som centralt inom omvårdnad. Det har med allmänmänsklighet att göra och aktualiseras främst i situationer som det inte finns riktlinjer för eller etablerad kunskap. Det kan vara en mycket svår situation i vilken etablerad kunskapen nått vägs ände och ”det inte finns mer att göra” utöver det som redan görs. I en sådan situation kan omsorgen endast ligga i *närvaron* i situationen. Något annat vore inte möjligt för vårdgivaren att göra. Här är det *allmänmänskliga* mer framträdande än det professionsspecifika även om fackkunskap kan skapa trygghet i situationen (ibid.).

Draget till sin spets fångar de etiska värdena (handling/kompetens, intension och närvaro) att patienten räknas som aktör och som moraliskt subjekt. Det vill säga, räknas som människa och därmed är inräknad i de etiska kodernas personkrets. Med den tyske socialfilosofen Axel Honneth kan vi göra en direkt association till begreppet *inkludering* som fångar graden av inkorporerande av personer och deras värde i ett samhälles etiska omfång (Honneth 2003).

Etikens räckvidd

Det är intressant att notera att de etiska grunderna representerar en universalism – de förutsätts vara allmänmänskliga och allmängiltiga (Nortvedt och Grimen 2006). Så har det varit ända sedan antiken då de etiska grunderna först formuleras.¹⁷ Just detta faktum gör denna studie intressant. I ett samhälle med etnisk och kulturell mångfald aktualiseras nämligen oundvikligen frågan om de etiska kodernas räckvidd. Ett ”test” på etikens räckvidd kan vara att ställa frågan; ”Gäller sjuksköterskans etiska kod i möte med en irreguljär (”papperslös”) migrant?” Att svaret på den frågan kan skifta och *kan* vara ”nej” bland sjuksköterskor och annan vårdpersonal illustreras av att irreguljära migranter kan vägras vård då de söker sig till en vårdinrättning i Sverige (se Picum 2007; Läkare utan gränser 2005; Médecine du Monde 2005).¹⁸ Detta ”test” visar att på

17 Peter Singer menar att filosofer och moralister genom historien givit uttryck för idén att etiskt handlande är försvarbart från en ståndpunkt som är universell. Den ”gyllene regeln” är ett sådant exempel (Singer 1996:21).

18 Det är viktigt att även notera att sjuksköterskornas yrkesförening, Svensk sjuksköterskeförening har, utifrån professionsetiska ställningstaganden tagit ställning för irreguljära migranternas rätt till vård. Se pressmeddelande från den 2 september 2008 angående uttalande från Svensk sjuksköterske-

samma vis som universalistiska principer i antikens Grekland i realiteten syftade på fullvärdiga medborgare som i detta fall betydde fria män, finns en problematik som behöver diskuteras som gäller innebörden av vad "alla" betyder när universalistiska principer diskuteras. Skälet till att det behövs en diskussion ligger i att universalistiska anspråk inte håller för en granskning. Om vi nu håller oss till västvärlden har, historiskt sett, innefattandet i definitionen av "alla" korsats med differentiering mellan värdiga och ovärdiga behövande, förskyllt och oförskyllt fattiga och sjuka (vilket sammanhänger med den kristna frälsningsläran) (Nortvedt och Grimen 2006:36). Detta är dock inte den enda grunden till att förståelsen av begreppet "alla" i praktiken varit avgränsad. En annan grund som äger mer aktualitet i denna studie är den differentiering som gjort längs kulturella, etniska och rasmässiga linjer genom historien (Goldberg 1993). Föreställningar om "ras" och etnicitet har varit (och är) invädda i det modernas begreppsliggörande av en moralisk personlighet och av att vara ett moraliskt subjekt, att vara en person. Enligt Goldberg är föreställningar om etnicitet och "ras" även invävt i de liberala moraliska principerna och i de olika exkluderingsätt som gjorts "naturliga" i en eurocentrisk självsyn och även i idén om rationalitet och förnuft. Liknande föreställningar finns också invädda i definitionen av andra. Det är också värt att notera att de liberala moraliska principerna, frihet och jämlikhet, haft en begränsad tillämplighet. Själva gränsen för tillämpning har förståtts i termer av etnicitet och "ras" som setts både biologiskt och/eller socialt och kulturellt (ibid.). Till viss det gäller denna begränsning ännu med tanke på att det finns människor som hävdar ojämlikhet mellan människor på etnisk och "ras"-mässig grund. Emellertid finns det anledning att hävda att numer är principen om alla människors jämlikhet den förhärskande moraliska koden och hävdande av motsatsen ifrågasätts (Singer 1996:25). Än dock är det ett historiskt faktum att föreställningar om etnicitet och "ras" varit oupplösligt kopplat till det moderna och har varit kopplade till nationalstatens uppbyggnad (Goldberg 1993:42f; Castles 2000). Detta är speciellt viktigt att reflektera över eftersom samtliga människobehandlande organisationer (vad vi brukar kalla "vård, skola, omsorg") och deras verksamhet i förhållande till de människor de möter utvecklats inom den nationalstatliga ramen. Den nationalstatliga kopplingen avspeglas i att regelverk och soci-

förenings stämma i Örebro 2008 under rubriken "Ge papperslösa patienter rätt till vård! (www.swenurse.se). Även Vårdförbundet har agerat till stöd för irreguljära migranter i olika sammanhang. Bland annat som kritisk remissinstans och opinionsbildare.

alpolitiska lagstiftning tar sin självklara utgångspunkt i medborgarskapsbegreppet. Det är därför det finns anledning att studera skeenden i människobehandlande organisationer med beaktande av migration som en realitet eftersom detta per definition rör nationalstatliga både geografiska och begreppsliga gränser.

Hur kan tillit studeras?

Det perspektiv som kan låta sig sättas i arbete i en empirisk studie av tillit inom sjukvård är den som artikulerats av Coleman som bygger på att tillit sammanhänger med en slags riskinvesteringsproblematik och fortlöpande beslutsprocess vars underlag är den potentiella tillitsmottagens handlingar (Coleman 1990:96). Ett annat fruktbart perspektiv är att ta fasta på omvårdnadens centrala etiska värden, *handling/kompetens* för patientens bästa och *intention* men även *närvaro*. Med den utgångspunkten, som för samman dessa perspektiv, öppnar sig en möjlighet att studera tillitsskapande processer i ett empiriskt material som gäller en vårdkontext.¹⁹

Grundtanken är att parterna (patient och sjuksköterska), när de möter varandra övervakar samspelet mellan varandra. Relationen är som framgått asymmetrisk genom att sjuksköterskan besitter kunskaper och resurser som patienten saknar. Eftersom tillit är en så central aspekt i relationen gäller övervakningen speciellt varandras trovärdighet. Trovärdighet i sig är svårt att iaktta och därmed bedöma. Ett sätt att ”komma åt” att studera trovärdighet är att anta att i denna form av övervakning ”operationaliseras” trovärdighet som en persons intention, ett av de centrala etiska värdena. Patienten, som har ett underläge, kan tänkas övervaka vårdgivarens beteenden såsom indikatorer på hans/hennes intention (eg. vad vederbörande avser att använda sitt maktövertag till). Vissa beteenden tolkas som en godartade intention och motiv med relationen (Cook et al. 2003:89). Det som uppfattas som sådana indikatorer är ansatser att skapa förutsättningar för en reciprok eller ömsesidig kvalitet i relationen som kännetecknas av individualisering och personligt bemötande. Ett exempel på en indikator är ansatser att utjämna maktfördelningen mellan parterna (ibid.:88ff).

19 Här finns en motsättning inbyggd i dessa teoretiska utgångspunkter som behöver klargöras för att överbryggas. Motsättningen gäller att Colemans tillitsbegrepp bygger på rationalitet och kalkylerande. Det motsvarar inte den kvalitet på mellanmänniska relationer, däribland tillit, som är förenlig med synen på etik som tecknats ovan med upprinnelse i Lévinas etik. Tillit kopplas här inte till kalkylerande. Emellertid får Colemans tillitsbegrepp ligga till grund för operationaliseringen av tillit parallellt med att den koppling som görs till etik går bortom Coleman.

På samma sätt kan vårdgivarens kompetens övervakas såsom den kommer till uttryck i iakttagbara indikatorer. Kompetensfaktorer i vårdsammanhang handlar om i fall vårdgivaren har tillräckliga kunskaper att bedöma det aktuella medicinska tillståndet och klara av att hantera det på ett adekvat sätt för patientens bästa (Cook et al. 2003:89). Vårdgivarens kompetens uppfattas som en indikator på att det går att hysa tillit till vårdgivaren (att hon är trovärdig). Samma övervakning gäller närvaro i situationen så som den kommer till uttryck avläsbara indikatorer. Sammantaget är det således de etiska värdena kompetenta handlingar och intention och närvaro som övervakas. Följdriktigt med detta synsätt är, att inte lita på någon kan var ett rationellt beslut byggt på skarpa iakttagelser och gjorda bedömningar. Detta innebär att tillit har en kognitiv (förståelsemässig) sida.²⁰

De teoretiska övervägandena har etablerat ett samband mellan *tillit och etik* genom att det är just de etiska värdena som står i centrum för tillitsgivarens övervakning av relationen. Sambandet ligger också i att det är etikens bindande normer kan fungera skyddande i sammanhanget. Utöver detta har ett inre samband lyfts fram mellan *sensibilitet och etik*. Sensibilitet är etikens grundval, sensibilitet är etik (Nortvedt och Grimen 2006). Slutligen har både etik och sensibilitet berörts i termer av att dess räckvidd kan skifta.

I den empiriska undersökningen kommer sensibilitet för variation utifrån patienterna etniska och kulturella mångfald att utforskas och hur sensibilitet för variation relaterar till tillit. För att göra detta fordras en presentation av några metodologiska överväganden.

STUDIENS GENOMFÖRANDE OCH METOD

Varje empirisk studie förutsätter överväganden kring vem som kan tänkas delta i studien, val av metod och kring hur det material den förmår ge skall bearbetas och vad den bär med sig för forsknings-etiska spörsmål. Dessa överväganden kommer nu att presenteras.

20 Tillit diskuteras även i psykologisk litteratur. Ett exempel är Eric Humburger Ericsson som visat att en människas ontologiska tillit (existentiell tillit) grundläggs i tidiga år och vars avsaknad närmast är ett psykologiskt problem. I denna studie ses denna form av tillit som en i någon mening mer grundläggande tillit som finns parallellt med den mer vardagliga tilliten som omförhandlas utifrån situationen. Det är rimligt att utgå från att denna grundläggande tillit spelar in och till viss del och kan tänkas bestämma förutsättningarna i en konkret situation. Emellertid faller den utanför denna studies ram.

Urval, tillvägagångssätt och etiska överväganden

Den arbetsgrupp som deltog i studien bestod av ett femtontal sjuksköterskor. Som framgått arbetar de i en stadsdel som utmärks av att en relativt stor del av människorna som bor där har utländsk bakgrund. Det skedde ett urval av tio respondenter som var strategiskt i den meningen att endast sjuksköterskor med flera års yrkeserfarenhet tillfrågades att delta i studien. Deltagarnas erfarenhet spänner mellan 10 och 40 år i sjuksköterskeyrket. Merparten av sjuksköterskorna har specialistutbildning till distriktssköterska.²¹ Intervjuerna genomfördes under en period av nio månader och genomfördes på sjuksköterskornas arbetsplats. Intervjuerna varierade i längd och varade mellan 50 och 90 minuter. De spelades in med en bandspelare och skrevs ut ordagrant av ansvarig forskare.²²

Studien och dess upplägg och forskningsetiska överväganden har behandlats av Etikrådet vid Malmö högskola. Studie aktualiserar de överväganden som klassiskt sett görs som handlar om att inte skada, deltagarnas rätt till information och samtycke, rätten till anonymitet och att personlig integritet inte kränks (se Vetenskapsrådet 2002). Tillåtelse att genomföra studien inhämtades från verksamhetens ledning (avdelningschef samt enhetschef för Vård- och Omsorg i den aktuella stadsdelen) vilka även var behjälpliga med att etablera en initial kontakt med arbetsgruppen. Deltagarna (respondenterna) har informerats skriftligt och muntligt om att studien bygger på frivillighet samt rätten att dra sig ur även vid senare tillfälle. De har lämnat sitt skriftliga samtycke. De är informerade om att material endast presenteras i avidentifierat skick och att samtliga personer således förblir anonyma.

Metod

Studien bygger på intervjuer. En intervju är i grunden ett samtal som syftar till att ge forskaren material genom att be en intervju-person svara på frågor i ett visst syfte (Burgess 1984:102). Att arbeta med intervjuer innebär att förankra sig i en ”*verstehende*” tradition; att sträva efter att förstå sociala handlingar utifrån aktörernas subjektiva mening, deras meningsskapande.

21 Distriktssköterska är en skyddad yrkestitel. En distriktssköterska är legitimerad sjuksköterska med en specialistutbildning.

22 Med en av respondenterna genomfördes två intervjuer på grund av ett tekniskt problem med inspelningen vid den först intervjun. Utöver detta genomfördes en kortare kompletterande telefonintervju med samma respondent för att klargöra några faktauppgifter i intervjun.

Intervjuer klassificeras efter hur styrt samtalet är av intervjuaren; om intervjun är strukturerad, semistrukturerad eller informell/ostrukturerad. De senare formerna avser att ge möjlighet för intervjupersonen att utveckla samtalet utöver en förberedd frågestruktur (Burgess 1984:102). Intervjuerna i denna studie var till sin form *tematiskt semistrukturerade intervjuer*. De teman som togs upp var förberedda och preciserade och medvetet kombinerade med en möjlighet för intervjupersonen att introducera flera ämnen vilket gjorde att intervjuerna på så vis liknade samtal.

Studien gäller erfarenheter i en yrkesverksamhet. Mot den bakgrunden användes ett i det närmaste klassiskt sätt att med specifika och systematiska procedurer samla in material som återger erfarenheter som går under benämningen *Critical Incident Technique* (CIT). Tekniken syftar till att samla in information rörande beteenden och aktiviteter i en viss situation (Carlsson 2008:27). Dess fundamentala principer och ett årtiondes samlade forskning beskrevs av J.C. Flanagan 1954. Grundidén, att be respondenterna att "think of some occasion ..." och beskriva vad de "saw, heard or felt" för att få beskrivningar av erfarenheter i specifika situationer fortlever, så även metodens applicering i forskning kring yrkesverksamheter, ofta med fokus på vad yrket kräver av dess utövare (se Flanagan 1954).²³ Den centrala idén i CIT är att respondenten ombuds återge en "kritisk händelse", i detta fall i möte med patienter.

Tekniken anses väl lämpad att "lyfta fram den dolda kunskapen och artikulera erfarenhetens tysta förtrogenhetskunskap" (Skyvell Nilsson 2006:15 med ref. till Grahn 1993) dvs. erfarenheter i praktiskt arbete. Styrkan i tekniken ligger i att den ger en bild av realistiska detaljer av händelser, handlingar och dess sammanhang som kan utebli i konventionella intervjuer. Metoden har använt i forskning kring olika typer av serviceyrken (Gremler 2004) men även om sjuksköterskor (Benner 1984, Rooke 1990) och annan vårdpersonal som läkare och arbetsterapeuter (Skyvell Nilsson 2006; Carlsson 2008).

23 Metoden utvecklades inom amerikanska flygvapnets psykologiska program under andra världskriget med inriktning på bombningsuppdrag och ledarskap i strid. Utvecklingsprogrammen fokuserade "observable human activities" med frågor som "describe the officers actions. What did he do?" och respondenterna ombuds "to think of some occasion during combat flying in which you personally experienced feelings of acute disorientation or strong vertigo" (se Flanagan 1954:328-329).

Det är viktigt att notera att ”kritisk händelse” betecknar händelser som kan återberättas. Detta innebär att ”kritisk” inte skall tolkas som krisartat utan snarare som en situation som var speciell och viktig för respondenten. Därför kan respondenten återge ett händelseförlopp förhållandevis detaljerat. De kritiska händelserna kan ha upplevts på olika sätt och både i positiva och negativa termer.

Respondenterna i studien informerades vid ett gemensamt personalmöte om att studien genomfördes inom forskningsprogrammet ”*Migrationens utmaningar för hälsa, vård och omsorg*” och därmed om att studiens intresse för tillit tog sin utgångspunkt i att deras patienter representerar en kulturell och etnisk mångfald (se bilaga 1, Informationsblad till personal). Ramen för studien uttrycktes som att intresset gäller hur man gör ett ”bra jobb” med tanke på att patienterna kommer från hela världen. Utifrån att respondenterna hade denna bakgrundsförståelse, som även oundvikligen ligger i forskningsplattformens benämning, ställdes en centrala och inledande fråga vid intervjuerna.

Kan du berätta om ett tillfälle – en händelse – som du varit med om som sjuksköterska i möte med en patient? Det kan vara en händelse som du är nöjd med eller en som du upplevde var svår att behärska, inte blev så bra eller som du hade tänkt dig.

Frågan preciserades med en rad följdfrågor anpassade till situationen om vad respondenten gjorde, tänkte och övervägde, följande ordalydelse. Den var avsiktligt brett formulerad för att inte styra in samtalen på invandrade patienter. I flera intervjuer frågade respondenten emellertid om studien endast gällde just invandrade patienter varvid svaret gavs att så inte var fallet.

När det gäller studiens intresse för tillit formulerade den inledande frågan cirkulärt (Tomm 1989).

Om jag hade frågat någon av dina patienter så här: ”Vad är det din sjuksköterska gör som gör att du känner tillit för henne?”, vad tror du då att patienten hade svarat då?

Vid sidan av ”kritiska händelser” berördes även anhöriga och vad som brett kan beskrivas som organisatoriskt stöd (egen vidareutbildning, kollegiala samtal). Intervjuguiden finns i sin helhet som bilaga 2.

Bearbetning av materialet

Att göra en analys handlar om att flytta modellen eller teorin från den teoretiska kontexten till den empiriska (Djurfeldt 1996:90). Detta närmande mellan teori och empiri innebär ytterligare teoretiska överväganden och omprövningar i förhållande till materialet. För att uppnå syftet och besvara studiens frågeställningar skedde den analytiska processen i två steg där det andra steget förutsatte det första. Det första steget innebar en innehållsanalys som utgick från CIT och det andra steget utgjordes av en begreppsprovande innehållsanalys. Innehållsanalys betraktas som en basal metod när det gäller att analysera text (Rosengren och Arvidsson 1991). Det är ett vanligt sätt att analysera kvalitativa intervjuer (Robson 2002) och används även regelmässigt i kombination med CIT (Carlsson 2008).

I det första steget gällde analysen de återgivna ”kritiska händelserna” som fanns i materialet. Dessa händelser separerades ur texten och kodades utifrån en rad aspekter såsom vad som skedde, handlingar som utfördes och den egna reaktionen. Även andra utsagor som återger erfarenheter som analysen identifierade som händelser kodades som händelser. Sammanfattningsvis rörde det sig om händelser som rörde kommunikation, kommunikation med olika typer av svårigheter, språk, tolk, relationen mellan sjuksköterskan och patienten, konflikter med patienter, anhöriga, egenvård, vårdsökande, kroppsuppfattning och att arbeta i en patients hem.

I det andra steget (som svårligen låter sig avgränsas helt från det först steget) utfördes en innehållsanalys av textmaterialet med utgångspunkt i studiens bägge frågeställningar. I detta skede av analysen innebär att inte nöja sig med en interpretativ eller tolkande analys i samma begreppsliga dräkt som respondenterna. Det innebär snarare att utveckla en förståelse som är en annan än den de inblandade aktörerna själva har (Djurfeldt 1996:98). I detta skede görs teoretiska övervägandena och begreppen provas ut. Detta fordrar ett teoretiskt arbete som inbegriper ett sökande efter analytiska kategorier som kan leda till att en ny bild och en ny förståelse framträder (ibid.:46.).

Detta arbete ledde till att de kategoriserade händelserna omgrupperades utifrån likheter dem emellan varvid tre övergripande kategorier eller *teman* av sensibilitet för variationer formulerades. Dessa teman benämns *Kommunikation*, *Relation* samt *Sjukdom och vård*

och deras innebörd återges under *Resultat*. Här presenteras även de avgörande faktorer för tillit som framkommit.

Presentation av resultat och överförbarhet

I presentationen av studiens resultat återges flera citat hämtade från intervjuerna. Dessa har inte endast oidentifierats i fråga om personlig identitet, de har även genomgått en försiktig redigering. Redigeringen avser ordföljd och dialektala uttryck. I vissa fall har strykningar gjorts av utvikningar som inför parallella teman som bedömts överlasta presentationen och skapa oklarhet. Vidare har intervjuarens uppbackningar och följdfrågor utelämnats.

I samband med studier genomförda med kvalitativa metoder brukar frågan om generaliserbarhet aktualiseras. Kritiker kan hävda att man utifrån resultaten av en viss studie inte kan uttala sig om annat än just denna studie och den studerade situationen. Detta uppfattas som en skillnad gentemot kvantitativt genomförda studier. Dock finns möjlighet att, med stöd i kvalitativ metodologi, vidga eller utöka tillämpningsområdet för en viss studies resultat inom vissa diskuterade gränser (Alvesson och Skoldberg 1994:40). Detta kan göras då teorin eller resultaten gäller latent, det vill säga bakom- eller underliggande mönster eller djupstrukturer som kan antas vara gemensamma för flera ytfenomen. Detta gör att en överföring till fler aktörer än de som studien gäller, kan vara möjlig. Denna överföring kan således sägas motsvara generaliserbarhet (ibid).

RESULTAT

Under denna rubrik kommer studiens empiriska material och vad analysen av det gav vid handen att läggas fram med utgångspunkt i studiens bägge frågeställningar.

Vilken sensibilitet för variationer kommer till uttryck?

I det följande kommer studiens första frågeställning att vara i centrum. Den lyder;

Vilken sensibilitet för variation kommer till uttryck?

Den sensibilitet för variationer som identifierats har grupperats i teman med utgångspunkt i likheter i respondenternas utsagor. De

teman av variationer som på så vis identifierats är: *Kommunikation, Relation* samt *Sjukdom och vård* vilka presenteras nedan i tur och ordning.

Som framgått förstås variation i denna studie som när ett fenomen inte erfars som en radikalt annorlunda företeelse utan just som en variation hos en företeelse (Skyvell Nilsson et al. 2006). Såsom begreppet används i denna studie förutsätter det således en slags ”överordnad likhet” mellan variationer som ”håller dem samman” och inom vilken *variationens spektrum* rör sig.

Enligt det valda teoretiska perspektivet finns en direkt koppling mellan sensibilitet och etik. Det är sensibilitet för den andres subjektiva situation som leder till de värdeladdade erfarenheter vilka i sin tur kan väcka ett etiskt ansvar. Sensibilitet kan väcka inte endast en klinisk medvetenhet, utan även ett etiskt ansvarstagande och reflektion. Det etiska ansvaret gäller de centrala värdena som rör *handling/kompetens* och *intension* men även *närvaro*. Handling i sammanhanget associeras till kunskaps- och vetenskapsbaserat handlande medan intention gäller den inställning som handlingen uttrycker som förväntas tillvarata patientens värdighet och integritet. Reflektion avser kritisk analys och bedömning av gjorda erfarenheter, påståenden och resonemang (Nortvedt och Grimen 2006:12).

Eftersom huvudintresset gäller sensibilitet för variation ligger inte tonvikten vid att beskriva vilka variationer som uppfattas eller annorlunda uttryckt, sjuksköterskorna är sensibla inför. Tonvikten ligger snarare vid att utforska hur de variationer sjuksköterskorna är sensibla inför relaterar till inkludering respektive exkludering i förhållande till vårdetik.

Variationer tema I - Kommunikation

Vid utforskandet av vilken sensibilitet för variation som kommer till uttryck och hur den kommer till uttryck utkristalliserades ett tydligt tema av variationer som rör *kommunikation*. Många har lyft fram att kommunikation är helt central inom all vård och omvårdnad (Coulter och Jenkins 2005; Arora 2003; Nortvedt och Grimen 2006; European Commission 2008). Detta medför att kommunikation kan bli en viktig fråga just i förhållande till vård i mångkulturell kontext (Streets et al. 2007; Björngren Cuadra 2005; Karlsson 2003). Samtliga respondenter, om än inte explicit, berör-

de kommunikation som en central aspekt i mötet med sina patienter. Ett genomgående drag, allmänt sett, är positiva erfarenheter av kommunikation och att man sällan har erfarit att "inte nå fram" till sin patient. Detta gör att "nå fram" eller "inte nå fram" till patienten framstår som första och grundläggande variation.

Sjuksköterskorna tar upp att svårigheter i kommunikationen kan uppkomma av olika skäl. Det kan röra sig om att patienten har en hörselskada, har en demens eller afasi pga. en hjärnskada. Emellertid, merparten av återgivna erfarenheter av variationer som rör kommunikation är av ett annat slag. De handlar om möten med patienter som inte har svenska som sitt första språk. Detta torde sammanhålla med studiens forskningsintresse.

En första iakttagelse när det gäller kommunikativa aspekter i möte med patienter som inte har svenska som första språk är att begreppet "invandrare" ges en koppling till språk. En av sjuksköterskorna uttryckte att ordet syftar "bara [på någon] som kan väldigt väldigt dålig svenska - dom andra räknar jag inte". En annan gör samma association när hon säger "mina svenska vårdtagare" och korrigerar sitt uttryck och säger "eller dom som pratar samma språk som jag".

Språk (eg. att tala det svenska språket) framstår som en viktig dimension i hur erfarenheter av patientmöten återges och för hur variationer i kommunikation uppfattas. En sjuksköterska säger, "dom ringer när dom behöver min hjälp om det är någonting - dom är ju verbala och så" och tillägger att "där är inget speciellt i sammanhanget - men dom pratar ju svenska båda två också så att vi har ju inga svårigheter med språket".

En annan sammanhängande iakttagelse är att patienter bedöms utifrån förmåga att tala och förstå det svenska språket. Uttryck som "dålig svenska" och "perfekt svenska" används som beskrivning. Emellertid framstår det inte som avgörande för kommunikation med en patient. Det är speciellt slående mot bakgrund av att kommunikation ofta likställs med "att prata med varandra" att sjuksköterskorna skiljer mellan kommunikation och dess eventuella språkliga aspekt. En av sjuksköterskorna uttrycker att "just det här att lösa det trots att inte ha ett gemensamt språk - att vi faktiskt kan kommunicera - språket spelar ju inte någon större roll så länge vi förstår varandra". En annan menar att "det spelar nog ingen roll vilket land man kommer från - det viktigaste är ju kommuni-

kationen först och sist”. Hon preciserar denna sin ståndpunkt som kan tolkas som en markör för ett etiskt ställningstagande. Hon säger ”för det viktigaste är själva kommunikationen – så kan man väl både prata vilket språk som helst – bara man förstår varandra och man får ett bra jobb utträttat och att man skapar ett förtroende”. En av sjuksköterskorna uppfattar att det handlar om en vilja.

vi vill ju faktiskt förstå varandra – jag menar, har du viljan så förstår du ju också – om du så ska använda ett ord på tjugo språk – vill du verkligen förstå vad den andre vill förmedla så förstår du ju – det handlar ju om det och ingenting annat för vill jag inte förstå så kanske jag inte ens förstår stockholmska

Sjuksköterskans uttryck för sensibilitet för variation i kommunikationen är här en manifesterad *intension* att förstå. Yttrandet visar att sjuksköterskorna uppfattar att språk kan användas till att både exkludera och att inkludera en människa i vårdens verksamhet och i vårdgivarens etiska ansvar. Hon uppfattar att förhållningssätt till språk ligger i det etiska ansvaret. Hennes utsaga kan tolkas som att det som avgör om det verbala uttrycket leder till en gemensam förståelse eller inte är inte kunskaper i det svenska språket. Det avgörande ”medlet” att uppnå förståelse framstår således *inte* som det svenska språket utan en intention att vilja förstå patienten och därigenom skapa en ömsesidig kvalitet i relationen.

Att förbättrar kommunikationen

Vi kommer i det följande att se flera exempel som visar att användandet av olika former av resurser som används för att nå gemensam förståelse, trots brist på ett gemensamt talspråk, framstår som ett konkret uttryck för sensibilitet för variation och manifest etiskt ansvarstagande i praktiken.

Ett första exempel på ett sådant uttryck för sensibilitet för variation i praktiken handlar om att ”ta sig runt” svårigheter att tala med sin patient genom att ta hjälp av patientens anhöriga. Sjuksköterskorna har i sitt arbete ofta kontakt med anhöriga vilket gör att kontakten med dessa aktualiseras ur flera aspekter i materialet. En roll anhöriga ofta har är som så kallad kontaktperson vilket innebär att man är den person som kontaktas av hemsjukvården vid behov eller svårigheter. På denna punkt aktualiseras språk i sjuksköterskornas berättelser. En säger att om de anhöriga pratar svenska ”har jag alltid någon anhörig som kontakt – om det skulle strula tills sig så kan jag ringa”.

Oftast är emellertid sjuksköterskorna ensamma med patienten när de skall kommunicera trots avsaknad av ett gemensamt talspråk. En ”teknik” som det händer att sjuksköterskor använder sig av är att de talar andra språk som de själva kan såsom tyska, engelska, danska, franska och spanska. En sjuksköterska ger ett exempel som involverar en man som i princip talar obehindrat på svenska. Hon säger att ”hittar han inte orden så kommer – det på spanska och då kan det lösa sig för det kan man ju lite i alla fall”. Hon menar att de har en ”bra kommunikation, men det är för att han kan svenska språket”. Det vill säga, spanska blir i det här fallet i ett komplement till svenska. I andra fall kan ett annat språk vara ett gemensamt *lingua franca*. Det rör sig oftast om engelska. Här följer ett annat talande exempel på språkanvändning.

det var en patient som inte kunde svenska men som jag sedan listade ut – för jag såg att det låg veckotidningar på tyska och franska och så fråga jag om hon kunde tyska och franska och hon kunde lite av varje så där blev de en slags kommunikation på fransktyska

Det förekommer även att en sjuksköterska försöker lära sig några centrala ord och uttryck på patientens språk. Hon menar att ”ibland behöver man inte så många ord utan det är mest för att vara social så att säga”. Att man klarar sig med en begränsad vokabulär grundar sig i att i de flesta fall vet patienten vad sjuksköterskan ska göra eftersom vederbörande fått en mer grundläggande information i samband med en vårdplanering. ”Ofta så vet dom ju – någon har ju förklarat för dom att nu kommer distriktssköterskan hem.” Patienten har fått veta att ”hon kommer att hjälpa med dina mediciner och hon kommer att ge dig dina sprutor - hon kommer att ta dina stygn - hon kommer att lägga om dina sår – så dom vet ju från början”.

Vad beträffar att tala andra språk än svenska berättar en av sjuksköterskorna om en händelse i möte med en patient vars svärdotter pratade svenska. Sjuksköterskan frågade svärdottern ”hur säger man det och hur säger man detta - och då blev hon [patienten] ju glad när jag kan säga någonting på hennes eget språk”. Sjuksköterskan menar att det blev en dialog med patienten tack vare detta, ”inte en dialog i ordets rätta bemärkelse men det blev ändå någon form av positivt utbyte när man kan säga lite ”hur mår du” och kan säga god dag och så”. I ett annat fall lärde hon och kollegor sig några ord på arabiska.

vi lärde oss säga "hej" och fråga mig inte vad det hette nu för det har jag helt glömt [skratt] men vi lärde oss säga "hej" och "dåligt" och sen fick hon dialys och då sa hon på arabiska "klart nu – klart nu" – så då lärde man sig ju det att när någon säger så betyder det "klart" - så att det blev rätt så bra faktiskt

Båda dessa exempel på en både social och pragmatisk språkanvändning kan tolkas som markörer på ett etiskt ansvarstagande till följd av en lyhörddhet inför patientens situation. Att lära sig ett par ord på patientens språk kan bidra till att skapa, genom att det manifesterar en intention att förstå patienten, en ömsesidig kvalitet i relationen till patienten och ett bemötandet.

Ett annat exempel på en social och pragmatisk användning av språk enligt devisen att "språket spelar ju inte någon större roll så länge vi förstår varandra" ger en annan sjuksköterska som även hon visar hur kommunikation kan ses som oberoende av ett gemensamt talspråk till följd av en sensibilitet för variation och manifest etiskt ansvar. Vi kommer in i en situation där sjuksköterskan återger en händelse i möte med en patient med svåra smärtor. Sjuksköterskan säger att "hon pratar sitt språk och jag pratar mitt - och sen så får man röra vid henne – det är viktigt att på nåt vis röra henne – och titta henne i ögonen och hitta sätt att bekräfta henne".

Genom det att sjuksköterskan berättar att hon rör vid patienten och ser henne i ögonen, aktualiserar exemplet en annan aspekt av kommunikation, nämligen den kroppsliga till vilken vi återkommer nedan. Vi skall först utforska en annan händelse i möte med en kvinnlig patient som "inte kunde ett ord svenska" som visar ytterligare en resurs som används för att kommunicera.

första gången jag kom dit visade det sig att kvinnan inte kan ett enda ord svenska – och jag kan inte albanska – och hon kunde ingen tyska och hon kunde ingen engelska – och då använde jag papper och penna och ritade och berättade och försökte på så vis - förklara vad det var jag skulle göra

Det intressanta i citatet, vid sidan av att respondenten låter oss förstå att det händer att hon använder sig av andra språk i sin yrkesutövning än svenska, är att hon *ritar* för att förklara hur medicindelningen är tänkt att gå till. "Block och penna är mina arbetsin-

strument” säger en sjuksköterska. En annan menar att hon ritar när det hon menar är för svårt att få fram med en gest som till exempel ”en kanna”. En sjuksköterska ville förmedla till patienten att ”jag måste ha dina läkemedel” och ”jag måste ha din dosett”. Hon återger hur hon då tar fram papper och säger att ”så ritade jag små tabletter – ”o-k” säger han då och går och hämtar dom”. Sedan ritade hon dosetten varvid patienten hämtade även dosetten. Sjuksköterskan avslutar med att konstatera att ”efter många om och men lyckades vi utreda att jag behöver tabletterna och jag behöver dosetten”

I samband med detta exempel använder sig sjuksköterskan av att säga ”o-k”, uttalat bokstavsvis och även av ”tummen upp” som tecken för positivt utfall eller gjord överenskommelse. Hon kallar det kroppsspråk. Detta för tillbaka till sjuksköterskan som berättade att hon rör vid sin patient som har smärtor, vid sidan av att hon menar att det är viktigt att titta patienten i ögonen och hitta sätt att bekräfta henne. Hon menar att ha ögonkontakt är en del av den icke-verbala kommunikationen. Hon säger att i situationer ”när patienten pratar dålig svenska” måste man ”ju få ögonkontakt”.

Att röra vid patienten, att se henne i ögonen och att söka sätt att bekräfta henne kan tolkas som markörer på ett etiskt ansvarstagande till följd av en lyhördhet inför patientens situation. Vi kan hävda att den inställning som handlingen uttrycker är en allmänmänsklig närvaro i en svår situation och en ömsesidig kvalitet i relationen till patienten.

Kroppsspråk, eller mer precist *icke-verbal kommunikation* (Goodwin 2000) används systematiskt i kommunikationen som uttryck för sensibilitet. En sjuksköterska säger att ”man kan komma långt med kroppsspråk”. Kroppsspråk innefattar att mima och gestikulera och någon menar att det är bättre än att använda tolk. En sjuksköterska säger om en nyligen avslutad patient att ”hon inte pratar svenska överhuvudtaget så där har vi pratat med händer och fötter”. Hon ger ett mer konkret exempel och förklarar att ”sen pekar jag på armen – vi ska ta blodprov och så [klappar på armvecket]. Ett ytterligare exempel på kroppsspråk här kan vara hur en respondent ”frågar” sin patient om hon/han har ont genom att lägga armarna i kors över bröstet och spänna ansiktsdragen.

Sensibilitet för variation i kommunikationen genom kroppsspråk kan aktualiseras genom att det förekommer att en patient är anal-fabet. En sjuksköterska berättar om en patient med diabetes och säger att ”där kunde vi ju inte skriva ner siffran utan vi fick visa henne med fingrarna [håller upp åtta fingrar]” vilket värde ett blodprov visat.

Kroppsspråk tas således upp ur olika aspekter, det är en resurs i kommunikationen men kan också vara en källa till missförstånd vilket även det aktualiserar sensibilitet. En återgiven händelse som gäller en äldre man från ett sydostasiatiskt land kan illustrera det senare alternativet. Sjuksköterskan återger följande händelse.

det var ett äldre par som var från [ett land] – och där jag hade medicindelningen till att börja med och maken överlämnade läkemedlen [till patienten] – men han tog ur burkarna – han förstod inte den här dosetten trots att jag hade visat den – att det låg morgon middag kväll – jag hade [visat] mycket noggrant och han nickade och han log och han nickande och han log så jag tänkte ”jaha det förstod han” – sen upptäckte jag att det låg alltid kvar i dosetten och burkarna blev allt tommare så då förstod jag att han hade tagit lite här och var där han tyckte – för han förstod ju inte läkemedlen heller – så det gick så långt att vi fick låsa in medicinerna och så fick hemtjänsten ta över det – för frun blev ju allt sjukare

Hon återger hur hon misstolkar mannens kroppsspråk. Hon tolkade mannens leende och att han nickade som att han bekräftade att han förstod vad sjuksköterskan visade. Hon säger vidare att ”det här ständigt leende och det handlar lite om att problem visar man inte” och säger att kroppsspråket för henne är tydligare hos andra patienter hon mött från andra länder.

det spelar det ingen roll om dom har förstått det jag sa eller inte och det var frustrerade – när jag väl kom på det så insåg jag ju att leendet det fick jag ju tolka som – ja – för ofta är det att dölja att man inte har förstått

Sjuksköterskan verkar efter händelsen ha omtolkat sin tro på den egna tolkningsförmågan av kroppsspråk och reflekterat över att kroppsspråk kan variera. Hon säger att ”jag förstod inte att han inte förstod”. Vi kan tolka situationen så som en återges som ett uttryck för en sensibilitet som i detta fall leder till reflektion.

Citaten kring kroppsspråk aktualiserar en intressant fråga; är kroppsspråk universellt eller inte. Är frågan fel ställd? Här finns en tänkvärd motsättning i materialet. Kroppsspråk kan både tolkas som universellt, språket som förenar alla människor över språkförbistring och samtidigt vara en variation som kan misstolkas (vilket exemplet med ett leende och nickande visade ovan). Här fick sjuksköterskan omvärdera sin tolkning och drog lärdomen att kroppsspråk kan variera. I andra exempel nämns kroppsspråkliga uttryck som om dessa vore universella (gäller mående och smärta). Sammantaget kan därför sägas att kroppsspråk framstår som en kommunikationsform som *prövas* i kommunikativa situationer för sin "förmåga" att skapa förståelse.

En annan resurs i kommunikation är att använda *förenklat språk*. Förenklingen kan avse språkligt uttryck och betydelse av ett uttryck. I citatet ovan där sjuksköterskan upprepar "o-k" är ett exempel på detta. Följande exempel visar hur även innehållsliga aspekter kan förenklas.

Frans Fanon ([1971]1995) har diskuterat förekomst av förenklat språk och även problematiserat detta med kritiska förtecken då det förekommer inom sjukvård. Hans exempel är dock ett mer sammansatta yttrande. Hans exempel är när en läkare (ur majoritetsbefolkningen i Frankrike i detta fall) samtalar med en patient och börjar tala "pidgin" (förenklat språk) med patienten som inte har franska som modersmål. Läkaren säger "du inte känna dig bra". Läkaren gör det i en tro att det skall gå patienten tillmötes. Fanon lyfter fram det djupt problematiska i detta sätt att tala. Även om avsikten inte är att förarga så "stänger det in" patienten i en social kategori. Emellertid finns en kompletterande tolkning till hands i det här aktuella fallet, "o – k" (som även väger in att uttrycket har en slags internationell prägel). Poängen Fanon gör är viktig och tydliggör att språkliga förenklingar kan värderas ur bredare perspektiv som rör förhållningssätt till patienters lika värdering och *kan* innebära en "avmattning" av relationen. Icke desto mindre, finns möjlighet att gå utöver Fanons tolkning och även se företeelsen, att använda förenklat språk, som en samspelsmässig lösning för att skapa förståelse i situationen och kunna genomföra vårdens uppgift till patientens fördel. Återigen kan användandet av olika former av resurser att nå intersubjektiv förståelse trots brist på ett gemensamt talspråk förstås som ett konkret uttryck för sensibilitet.

Nästa exempel visar en annan form av förenkling av innebörden av ett yttrande. Exemplet hämtas från när en av sjuksköterskorna ska avtala en tid med en patient. Då sker följande förenkling som går ut på att svara patienten med ett klockslag eftersom hon (eg. en anhörig) frågar efter ett klockslag, trots att sjuksköterskan inte egentligen kan uppge ett sådant. Det vore däremot enligt sjuksköterskans bedömning för komplicerat språkligt sett att ge sig in i ett samtal om detta. Hon menar att ”då får man göra så att man ger ett klockslag även om man egentligen inte vet att man kan komma precis den tiden därför att man kan inte diskutera någonting per telefon”. Hon förklarar att ”även om man inte vet att man kanske kan klockan 11 så får man säga klockan 11 så får hon ringa igen”. Hon tillägger att ”i början försökte man dividera och säga att man kanske inte är den som har larmtelefonen som går dit och då försöker man säga att syster Eva-Lena kan nog komma till dig efter klockan halv 12 men det går inte”. Hon avslutar med att säga att ”det är det enda sättet vi har kommit på”.

Denna situation och den förenkling i kommunikationen sjuksköterskan hänvisar till kan tolkas som en del av hennes sensibilitet för patientens och den anhörigas situation som här handlar om tid och tidsupplevelse förknippad med sjukdom och lidande. En utgångspunkt är att patientens upplevelser av lidande inte är kopplade till den kronologiska tiden. Ett ögonblick kan upplevas som en outhärdligt långt. På samma vis kan obestämd väntan vara outhärdlig. Därför kan vi tala om den fenomenologiska tiden, den upplevda tiden skild från ”klocktiden”. Begreppet medger att omvårdnad kan ha sin egen och specifika tid som utgår från patientens upplevelse av den (Nortvedt och Grimen 2006:214). Möjligen kan vi, ur det perspektivet och om vi utgår från att situationen uppfattas som positiv även av patient och anhörig säga att sjuksköterskans sensibilitet för variation gör att hon anger ett ”fenomenologiskt klockslag” till patienten som därmed underlättar väntan. Emellertid kan vi inte utesluta att ett material som gav inblick i patientens uppfattning kunna ge en helt annan tolkning av skeendet.

Auktoriserad tolk, tolkande anhöriga och kollegor

Ett annat uttryck för sensibilitet för variation i praktiken i samband med kommunikation är att kommunicera med hjälp av en ”mellanhand” som översätter eller tolkar. Vi kommer att tolka detta som ytterligare en resurs att nå gemensam förståelse i brist på ett gemensamt talspråk. Det framstår därigenom som ett konkret ut-

tryck för sensibilitet för variation och manifest etiskt ansvarstagande i praktiken.

Ingen av respondenterna i studien har emellertid i sitt nuvarande arbete inom hemsjukvården använt sig av auktoriserad tolk. Däremot har somliga erfarenheter av att använda sig av tolk i olika utsträckning och i andra sammanhang. Oftast har detta varit i samband med vårdplanering på sjukhus där hemsjukvårdens insatser planeras och samordnas med vården i övrigt. Att det förhåller sig på detta viset (att erfarenheter av tolk inte är inhämtade i hemsjukvården) är resultat av praktiker och ställningstagande. I intervjuerna framskymtar också att ekonomiska överväganden kan förekomma som måste ses i relation till den rådande lagstiftningen på området.²⁴

Den bild av hur erfarenheter av tolk som kommer till uttrycks i materialet är nyansrik. Den är både positiv och negativ. Yttrandet som att ”det är inte det ultimata” eller att tolk är ”ett nödvändigt ont” får sammanfatta flera av erfarenheterna. En respondent som har använt tolk endast vid enstaka tillfällen under sina cirka trettioåriga yrkesliv förklarar detta med negativa erfarenheter. Hon uppfattade att tolken blev privat i tonläget under ett samtal med en patient. ”Hon glömde sin yrkesroll och berättade att hon kände patienten väl och familjen - det blev inte rätt tyckte jag - för att det kändes fel – hon kanske skötte sitt arbete men för mig blev det lite för personligt”.

Vid sidan av de svårigheter som är vanliga i intervjuer med vårdpersonal (vem man ska titta på, osäkerhet på översättningens kvalitet, svårighet att upprätthålla ”tråden” i samtalet) återfinns positiva bedömningar av värdet av tolk.²⁵ Det är ”någon verkligen utifrån så dom får sagt vad dom vill”.

Det är intressant att användande av tolk motiveras av att det ger patienterna möjlighet att uttrycka sig. Det vill säga, att använda tolk ses inte endast som ett hjälpmedel för vårdgivarens del utan som en ömsesidig resurs för båda parter som ger förutsättningar för en reciprok relation och en ömsesidig förståelse.

24 I Förvaltningslagen (SFS 1986:223) 8 § står: ”När en myndighet har att göra med någon som inte behärskar svenska eller som är allvarligt hörsel- eller talskadad, bör myndigheten vid behov anlita tolk.” Skrivningen är således *bör* vilket lämnar stort utrymme för bedömning.

25 För en diskussion om tolkanvändning och svårigheter som är vanliga att vårdgivare upplever, se Karliner et al. (2004).

Sjuksköterskorna gör en nyansering när det gäller vem som kan vara tolk och tillför en variation som kan hjälpa till att förstå hur det kommer sig att man helt avstår från att använda sig av auktoriserade tolkar inom den studerade verksamheten. Sammantaget växer det fram en nyanserad bild och det framkommer att man arbetar med flera alternativa praktiker. Den nyansering sjuksköterskorna gör uttrycks som att det ”beror lite på vad det gäller”. Där-
emot menar sjuksköterskorna att behovet av tolk inte uppkommer i vardagslag när arbetet gäller, som en uttrycker saken ”en tydligt definierad uppgift vad man ska göra”. Tolk aktualiseras ”när man ska hämta information – då får man ju faktiskt hitta en släkting – eller en tolk”. En kollega menar att i vissa fall är det bättre med en anhörig som tolk ”därför att man vill ju också veta hur dom mår på ett mer personligt sätt”. Hon tillägger att ”i andra lägen när det gäller vårdplanering på sjukhuset har jag anlitat tolk” och motive-
rar detta med att ”där är det jätteviktigt att informationen går fram”.

Möjligen kan man säga att tolk, inklusive tolkande anhörig, aktua-
liseras ”när man ska hämta information”. Andra sjuksköterskor tar upp samma tanke och i termer av att ”ge information”. Oavsett om information skall ”ges” eller ”tas” innebär användning av tolk ett medel att stärka patientens maktresurser och därmed utjämnade maktförhållanden. Det ger ökade möjligheter att uttrycka sig och nå en gemensam förståelse även i en komplex situation.

Flera av sjuksköterskorna har erfarenhet av att använda anhöriga som tolk men en påpekar också att ”egentligen får man inte lov att ha anhöriga – enligt lagen ska man ju ha någon utifrån – och många gånger behövdes det – anhöriga kan ju vrida till det hur som helst”. En av sjuksköterskorna tar upp att anhöriga även kan tolka per telefon. Hon beskriver hur hon kan ”ta telefonen och ringa till anhöriga – för då lämnar jag över [telefonluren] till dom sedan – så får vi liksom ha en trekant där.

Vi kommer nu in på ytterligare en variation när det gäller att använda sig av tolk. Det förekommer att kollegor ”i huset” tillfrågas att tolka. Det rör sig om kollegor ur hemtjänsten och hemsjukvården av olika yrkeskategorier som i samband med detta omtalas som ”stora resurser”. Ofta bokas tillfällena in i förväg man kan även ske spontant eller ”akut”.

En sjuksköterska ger ett exempel på att inplanerat möte med en patient och en kollega som talar patientens språk. Hon förklarar att mötet motiveras av att ”vi ju inte kan prata med varandra - vi kan liksom med teckenspråk och hon förstår vad jag säger men hon kan inte återge till mig svar så att säga”. Det vill säga, mötet är bokad utifrån tanken att något mer specifikt behöver samtalas om. Detta ställer krav på att patienten kan uttrycka sig. I just detta fall har mötet bokats in på patientens initiativ. Ett annat exempel illustrerar att man kan ta tolkhjälp av kollegor, i detta fall från hemtjänsten. I exemplet återges hur en sjuksköterska får tolkhjälp av en timanställd undersköterska efter att ha försökt själv i möte med patienten ”under 20 minuter att ta reda på saker och ting men det gick inte”. Hon bad samordnaren att få ta med undersköterskan till patienten vid ett tillfälle som tolk. Hon konstaterar att ”under den tiden som hon tolkade - hon var väldigt duktig – så kunde jag förstå hela sammanhanget som jag då under flera veckor inte hade förstått – och då blev det ju mycket mycket lättare”.²⁶

Sensibiliteten kan ställa krav på organisationen

Den sensibilitet för variation som kommer till uttryck i samband med kommunikation visar sig ha en koppling till arbetets organisering i möte med patienter. Det vill säga sensibiliteten kan sägas ställa krav på organisationen. En aspekt som ett par av respondenterna tar upp i detta sammanhang berör *tid* och tidsåtgång. Hon menar att hon sällan har problem i patientrelationerna även om man i stort sett saknar ett gemensamt språk mycket tack vare att vårdens uppgift är positiv till sin natur. Hon menar emellertid att hon sällan har problem även har med tid att göra. Att hon avsätter extra tid, bygga upp rutiner och hålla sig till dessa.

jag tar alltid extra mycket tid första besöket – för jag vet att det tar tid – men sen efter ett tag när man lär känna [varandra] då ligger det färdigt och det är uppdukat - får man bara in vissa rutiner och dom vet att jag kommer det och det klockslaget den och den veckodagen – för det går inte att

26 Att använda vårdpersonal ur ordinarie verksamhet som är två (eller fler) språkig som tolk är en företeelse som diskuterats ur olika synvinklar i litteraturen. Grovt sett kan man säga att det dels diskuteras som ”en kreativ lösning” (Trummer och Krajic 2007) men även som en slags problematiskt utnyttjande och ojämlika arbetsvillkor (Lill 2007). Denna diskussion vidareutvecklas inte inom ramen för denna studie. Det pågår i projektform (ex inom Malmö stad projektet Hemtjänst på olika språk) att systematisera tillvaratagandet av språkkompetens hos personal som talar andra språk än svenska. Sådana projekt finns även internationellt och är lite beforskat (se Trummer och Krajic 2007).

ändra - det går inte att ändra dag – har man tagit en dag så måste man göra det den dagen – därför att då ska jag försöka att få upp en jätteförklaring att nu kommer jag inte förrän torsdag nästa gång – det går inte utan du måste hålla dom här dagarna som det är sagt

Det är också intressant att notera att hon undviker att byta dag med motivation att hon inte skulle kunna förklara för patienten vad som skett på grund av att de inte kan tala med varandra.

En annan sjuksköterska tar upp aspekten tid från en annan vinkel. Grundtanken är densamma, att besök hos patienter som man som sjuksköterska har svårt att tala med tar längre tid och hon menar att man måste begära tid av teamet inför dessa patientmöten. Hon säger att ”man måste ha tid – man måste ta sig tid – man måste begära den tiden det tar”. Det innebär att kollegorna vet att man är upptagen och därför inte är disponibel för annat. Det kan även innebära att man dels inte har den så kallade akuttelefonen, dels att man ”kanske till och med måste ta bort sin egen telefon”, dvs. vidarekopplar sin egen (mobil) telefon till en kollega vilket i sig innebär ett visst merarbete för kollegan.

Avslutande noter

I detta avsnitt har vi sett hur sensibilitet för variation kommer till konkreta uttryck i skilda tekniker att förbättra kommunikationen. Vi kan tolka skeendet som att värdeladdade erfarenheter av den andres subjektiva situation leder till ett etiskt ansvarstagande i konkret handling. Sjuksköterskorna återger hur de använder olika typer av resurser att nå en gemensam förståelse trots brist på ett gemensamt talspråk. Det rör sig om att tala andra språk än svenska, använda ett förenklat språk, icke-verbal kommunikation som att rita och gestikulera, använda ett medvetet kroppsspråk och att använda en kollega eller anhörig som tolk.

Vi har också sett hur det tycks förekomma olika processer i samband med sensibilitet. I något fall leder sjuksköterskans sensibilitet till reflektion och eftertanke, i andra fall leder det till konkret handling. I de först nämnda fallen resonerar sjuksköterskan med sig själv, reflekterar och ger uttryck för att det finns företeelser hon inte förstår. I de andra fallen, vilka utgör merparten, är uttrycken för sensibilitet för variation i förhållande till kommunikation av en art som gäller konkreta handlingar. Vad gäller den intention som handlingarna uttrycker är det rimligt att hävda att de syftar till att

tillvarata patientens värdighet och integritet genom att skapa en ömsesidig kvalitet i relationen, individualisering och personligt bemötande. Det innebär att sjuksköterskorna inkluderar patienten i vårdens verksamhet och i vårdgivarens etiska ansvar, i den universellt formulerade etiken.

Variationer tema II – Relation

Med ett fortsatt intresse för studiens första frågeställning som gäller vilken sensibilitet för variation som kommer till uttryck i återgivna erfarenheter av patientmöten kommer nu ett andra tema av sensibilitet för variationer att presenteras. Detta tema rör *relationen mellan sjuksköterskan och patienten*. Vi kommer att utforska de manifesta uttrycken för sensibilitet och se närmare på dess olika former.

Att arbeta i patientens hem

Självva det faktum att den omvårdnad som ges inom hemsjukvården ges i patientens *hem* spelar en roll för relationen mellan sjuksköterskorna och deras patienter och för hemsjukvårdens villkor.²⁷ Hemmet ”fungerar som en spegel av vår person” och kan uttrycka en människas identitet och bitar av hennes livsberättelse (Lantz 2007:35ff). Det är denna koppling mellan hemmet som plats och en människas person som utgör grunden till att hem idealt sett behandlas med respekt och att om någon går in över hemmets tröskel utan att var inbjuden är detta en kränkning av personen (ibid.:36). Autonomi (självbestämmande) är ett centralt värde för hur vi uppfattar ”ett hem” och att det är en persons självbestämmande i sitt hem som frambringar relationen värd – gäst. Att ”bjuda in” en ”gäst” innebär att utöva makt (ibid.:37). Enligt Lantz är det den starka förväntan på autonomi som skiljer vård i hemmet från den som ges inom institutioner. I intervjuerna förhåller sig respondenterna till detta.

Sjuksköterskorna uttrycker att de ”är gäster” i patienternas hem och att man befinner sig där, i ”deras domän”. Sjuksköterskorna talar i termer av ”patientens integritet” och ”på deras villkor”. Flera sjuksköterskor påpekar vikten av att ringa innan man kommer, att ta av sig skorna eller använda plastskydd på skorna, avvakta

27 I intervjuerna tas villkoren för arbetet upp ur två aspekter. Det är dels utifrån relationen till patienten, dels ur arbetsmiljösynpunkt. Den senare aspekten rör sig om obekväma och betungande arbetsställningar och ohygieniska miljöer men även att man möter misär som kan vara svår att uthärda ens som betraktare. Dessa aspekter kommer inte att utvecklas vidare i denna rapport.

med att stiga in tills man blir inbjuden och så att säga förhålla sig som gäster i allmänhet förväntas göra. Flera respondenter jämför med sjukhusmiljön i termer av makt, professionalitet och kontroll. En sjuksköterska jämför hemsjukvården med sjukhus och säger att ”på sjukhus styr och ställer man - man får [i hemsjukvården] förstå att man är i en annan människas hem”. Dessa utsagor kan tolkas som uttryck för att patienternas makt ökar i förhållande till sjuksköterskan och att relationen mellan sjuksköterskan och patienten därmed har andra förutsättningar.

Ett annat tema som berörs inom denna kategori av variationer som sammanhänger med att man befinner sig i patienten hem, gäller att det förekommer att patienten vill bjuda sjuksköterskan på något eller ge en gåva av något slag. En sjuksköterska får ge röst åt detta fenomen som hon, i likhet med de andra sjuksköterskorna, ser som generellt bland sina patienter, både bland ”svenskar” och ”invandrare”. En sjuksköterska säger att ”många av dom vill alltid ge någonting när man har varit där - någon frukt eller bjuda på någonting och det är ibland lite jobbigt också för att man känner att dom ska ju inte känna tacksamhet - det är ju bara mitt jobb”. Hon berättar vidare om en patient av vilken hon ”fick sockor och jag fick till och med en flaska sprit – ja, det är lite svårt”. Hon berättar om en annan patient, en svensk man i 80-årsåldern som brukade ge henne presentkort som hela personalgruppen delade på. Hon tillägger att ”varje gång jag var där sa han; nu får du ta en choklad”.

Mot bakgrund av att själva fenomenet att vilja bjuda är generellt, lyfter en av respondenterna fram att hon ser en variation i huruvida man kan tacka nej eller inte. Hon menar att man endast kan tacka nej om man kan uttrycka detta med artiga nyanser vilket gör att hon ibland tackat ja även om hon egentligen inte vill det. Det sker hemma hos patienter som hon inte kan kommunicera med obehindrat. Hon uppfattar även en ”kulturskillnad” i att det inte är ”direkt oartigt här i landet att säga, att jag har precis fikat så kan det vara till en annan gång”. En sjuksköterska förklarar att hon brukar säga att ”det är jättesnällt och jag skall jätte gärna vilja ha en kopp kaffe men vet du vad - jag dricker så himla mycket kaffe på dagarna – det gör vi ju - så man får ju tänka lite på magen – alltså det är lättare att förklara på sitt eget språk”. I termer av sensibilitet för variation kan vi argumentera för att sjuksköterskorna ger uttryck för en sensibilitet för variation som inkluderar samtliga patienter i själva fenomenet (att vilja bjuda) emedan deras sensibili-

tet manar dem att hantera situationen med vissa nyanser beroende på i vilken utsträckning de kan tala med patienten med den nyansering de uppfattar krävs.

Denna tolkning stärks av att en sjuksköterska beskriver hur en kaffe- eller te-stund hos en patient som inte talar så mycket svenska är ”också ett sätt att ha tid för kontakten då – om man nu inte förstår varandra”. Hon ger uttryck för hur något generellt förekommande bland alla patienter oavsett bakgrund - att dricka något tillsammans - kan få en speciell och tydligare innebörd i det fall patienten inte talar så mycket svenska. Det vill säga; kaffe- eller te-stunden tolkas utifrån sin mer abstrakt sociala betydelse (tid för kontakt) då den inte kan ha en omedelbar mening som ”pratstund”. Att kaffestunden byter syfte om man inte kan samtala obehindrat framstår som en variation i sammanhanget. Detta kan tolkas som en sensibilitet för variation som inkluderar patienten i en överordnad likhet som gäller behov av att ha tid för kontakt och samtidigt i den universellt formulerade etiken.

Förväntningar

Vidare vad gäller sensibilitet för variation och sammanhängande etiska ansvar inom ramen för relationen tar en sjuksköterska upp patientens förväntningar på vården och på sjuksköterskan. Sjuksköterskan i exemplet menar att många invandrade patienter ”har lite för stor respekt för den vita rocken” vilket kräver sensibilitet inför patientens formulering av sina förväntningar. Hennes sensibilitet för variation kommer till uttryck i medvetna försök att ”inte packa på dom någonting dom inte vill ha”. Teoretiskt sett kan vi uttrycka det som att sjuksköterskan utifrån sin sensibilitet och etiska ansvar överväger maktfördelningen mellan sig och patienten och strävar efter att ta ansvar för att utjämna den. Hon säger att ”man får vara väldigt försiktig” och säger att när hon träffar en patient första gången försöker hon alltid låta patienten bjud in henne ”och se hur dom reagerar – och vilka förväntningar dom har på mig för det visar dom ganska tydlig om man låter dom göra det - så att dom inte bara backar undan”. Hon talar också om anhörigas förväntningar. Det händer att hon upplever ”förväntning att man ska lösa saker som inte går att lösa”. Förväntningarna som inte kan uppfyllas kan tolkas som att de bottenar i bristande erfarenhet av vårdens kapacitet, hur den fungerar och vilken arbetsfördelningen är mellan yrkeskategorierna. Sjuksköterskan som är mitt i situationen uppfattar det dock som brist på respekt från anhörigas sida och menar att det förekommer i möte med en del invand-

rade patienter. Hon kan sägas ge uttryck för frustration över sin arbetssituation. Hon säger vidare att:

dom tror att nu kommer doktorn hem eller sjuksjuksköterskan så nu blir allting bra – men det blir ju faktiskt inte det om man är så gammal - och sjuk - jag kan inte trolla - då blir attityden väldigt avståndstagande - dom kan vara lite oförskämda då - men då förklarar jag att det går inte - jag kan inte göra doktors [arbete] - jag kan inte ordinera utan jag följer vad doktorn har sagt - det här är den ordinationen - mamman har kanske varit på sjukhuset 10-15 gånger

En annan aspekt som sjuksköterskan tar upp i sammanhanget som handlar om att inte meddela återbud. Problemet uppkommer sällan men hon upplever det frustrerande. Hon säger att ”där är en väldig nonchalans om att respektera våra tider att man inte berättar att mamma har åkt in på sjukhus så hon är inte hemma – att man kör dit 5-6 gånger och hon är inte hemma”. Hon uppfattar företeelsen som brist på ”respekt för min tid” och säger att andra patienter drabbas ”om jag måste köra dit i onödan och söka efter henne”. Det skapar också oro över vad som hänt och det händer att hon ”börjar söka på sjukhuset och börjar ringa runt till anhöriga - det tar väldigt mycket tid och energi”. Hon berättar om en patient att hon ”åker ibland och bor hos sin dotter ett tag – men då meddelar man inte att hon finns hos dottern utan då bara åker hon och så finns medicinerna på ett ställe och damen på ett annat ställe – och så ska man köra dit och hämta dom”.

Patientens förväntningar på vården och benägenhet att ringa återbud torde kunna sammanhålla med patientens kunskaper om vårdens ansvarsområde och erfarenhet av hur det aktuella vårdssystemet fungerar och dess outtalade förväntningar på patienter och anhöriga. Det blir därmed tydligt att relationen mellan sjuksköterska och patient kan förstås utifrån deras respektive maktresurser i betydelsen kunskaper och erfarenheter. Därmed kan begrepp som information och maktresurser bidra till förståelsen för vad som händer i en frustrerande situation. Exemplet kan på sätt och vis tolkas som att sjuksköterskan sätter en gräns för sin sensibilitet när patientens ”brist” får en organisatorisk verkan och påverkar hennes arbetssituation och planering. Hon bedömer personen som moraliskt klandervärd (oförskämd, respektlös). I termer av sensibilitet kan vi utifrån detta argumentera för att sjuksköterskorna tycks sätta en gräns för sensibilitetens räckvidd. Emellertid stannar hon inte

vid den bedömningen. Hon snarare tar patientens situation på allvar och försöker förklara sina perspektiv och vad hon kan och inte kan göra och vad hon förväntar sig av patienten. Hon kan därför sägas stärka patientens resurser. En inte avlägsen tolkning är att sjuksköterskans handling, att ge information, har en intention att i förlängningen tillvarata patientens värdighet och integritet. Det vill säga, hon inkluderar patienten i sitt etiska ansvar.

Genusrelationer

I resonemang kring möten med patienter förekommer att respondenterna refererar till patienter i termer av vardagliga (standard) sociala kategorier som män och kvinnor, det vill säga, de refererar explicit till *genusrelationer*. Detta leder in diskussionen på hur sociodemografiska karaktäristika likaväl som kategoribaserade stereotyper kan spela in i patientrelationen. Forskningen kan inte visa upp entydiga resultat kring detta utan ger snarare en osammanhängande bild. Det finns studier som visar att "genus- konkordans" (genus likhet) mellan vårdgivare och patient kan spela en positiv roll i kontakten. I linje med detta finns studier som visar att kvinnliga vårdgivare kan uppleva problem i möte med vissa patienter som är män (Cook et al. 2003:80). Berättelser i denna studie pekar i den senare riktningen i en del fall.

En sjuksköterska återger en händelse som inträffat ganska nyligen med inslag av konflikt och som aktualiserar både makt- och genusrelationer. Genusrelationer korsas i exemplen av "etnicitet" om att vara invandrad tolkas som en etnisk markör (Olsson 2000). I detta fall är den "etniska markören" att familjen i fråga kommer från sydöstra Europa. Det kommer att framgå att det är maktrelationen som blir problematisk i den återgivna händelsen i samband med ett hembesök som slutar med att patientens vuxne son ber sjuksköterskan lämna hemmet. Sjuksköterskan säger att "det finns ju dom som liksom tycker att vi lägger oss i för mycket – att dom är ju vana vid att familjen sköter allt". Hon tillägger att det är "familjens överhuvud - det är han som pratar" – "om det sen är en son eller en farbror eller vad det nu är". Hon tillägger att av denna anledning "kan det bli lite komplicerat just när det gäller sjukvård – därför att vi går ju direkt till patienten - det är patienten som behöver vår hjälp och det är patienten som vi frågar och dom som svarar".

Redan inledningsvis ger sjuksköterskan uttryck för, genom begreppet "familjens överhuvud", att hon möter familjer som hon uppfat-

tar lever enligt en annan *genusordning* än den hon själv är socialiserad i (Connell 2002:53). Connells begrepp genusordning tar fasta på att genusrelationer kan vara strukturerade på olika sätt i olika tid och rum och kan ha mer konkreta men ändå korresponderande genusregim inom olika typer av samhällsinstitutioner. Som vi hörde, menar sjuksköterskan i exemplet att det kan ”bli lite komplicerat” i mötet mellan den typen av genusordning hon uppfattar att patienten spelar ut och sjukvårdens genusregim. Hon berättar vidare om ett hembesök i familjen från sydöstra Europa som gjordes med anledning av att patienten, en äldre dam larmat hemtjänsten som i sin tur larmat hemsjukvården. När sjuksköterskan kom dit hade patientens vuxne son nyss kommit och han ”började tala om att mamma mådde dåligt – det förstod jag ju eftersom där är larmat sa jag”. Sjuksköterskan beskriver hur hon säger att ”vi får lägga henne på sängen så vi får undersöka henne” men att sonen svarar ”nä mamma har ont där och där och där”. Sjuksköterskan svarar i sin tur att ”jag vill gärna förvissa mig och ta lite blodtryck och puls” men att sonen insisterar på att ”nä det behövs inte - jag vill bara att du ringer efter ambulans”. I det läget säger sjuksköterskan till sonen att ”jag kan inte bara ringa till ambulans för då kan du göra det själv - jag måste ringa till en doktor och få en remiss för att skicka in dom med ambulans”. Av sjuksköterskans berättelse att döma, verkar det utbryta en eskalerande ordstrid mellan henne själv och patientens son. Sonen menar att sjuksköterskan inte skulle ”blanda in någon - jag skulle bara ringa ambulans” och sjuksköterskan säger att ”så går det inte till i det här systemet”. Sonen i sin tur svarar att ”men då behöver jag inte din hjälp, då kan du gå”. Sjuksköterskan upplyser då sonen om att ”det är inte du som behöver min hjälp det är din mamma som ska ha min hjälp” varvid sonen kontrar ”nä mamma behöver inte din hjälp för det bestämmer jag”.

Berättelsen avslutas med att sjuksköterskan säger ”så jag fick gå igen”. Vidare konstaterar hon att sonen ”tog över helt och håller och mamman vågade inte säga ett dugg” och tillägger att sonen, ville ha en ambulans ”utan att jag fick göra en bedömning och utan att jag fick ringa någon doktor – jag fick inte göra det och jag fick inte göra det”.

Vi återkommer till detta exempel i diskussionen kring avgörande faktorer för tillit. Här kan vi nöja oss med att konstatera att sjuksköterskan och patienten hamnar i en konflikt vilken sjuksköterskan verkar tycka vara välgrundad så till vida att hon har en klar

ståndpunkt hon hävdar. I termer av sensibilitet och dess räckvidd kan vi argumentera för att sjuksköterskan tycks sätta en gräns vid patientens anhöriga som handlar om hennes individuella ståndpunkt kring och tolkning av genusrelationer.

Vi kan i detta sammanhang ta del av en annan händelse i möte med vad en sjuksköterska kallar ”väldigt troende muslimsk man” vars familj lät sjuksköterskan förstå att hon inte fick vidröra mannen som var hennes patient eftersom hon är kvinna. Sjuksköterskan hänvisar till att enligt muslimsk tradition är det så att ”dom får inte lov att undersökas av kvinnor - och det är ju väldigt svårt den gången vi inte har någon manlig sjukskötare - utan män undersöks av män och kvinnor utav kvinnor”. Hembesöket slutade med oförrättat ärende, det vill säga att hon aldrig undersökte patienten, hänvisade honom till en vårdcentral och gick. En första iakttagelse att göra är att sjuksköterskan tar upp ett reellt problem så till vida att det förekommer inom vården att en patient endast accepterar att låta sig undersökas av en person av samma kön. Vi återkommer till denna aspekt i termer av organisatoriskt ansvar och återgår till sjuksköterskans perspektiv.

Sjuksköterskan berättar att när hon kom till en patient som larmat hemsjukvården ”blev han ju så chockad att det var en kvinna som kom dit – jag var så välutbildad”. Sjuksköterskan menar att han inte hade förväntat sig en kvinnlig vårdgivare eftersom han är van vid att ”det är bara män som är utbildade”. I rummet befann sig i endast män enligt hennes iakttagelse. Hon säger att ”jag förstod att det här inte skulle fungera egentligen – utan jag bara frågade honom vänligt hur han kände sig och hur han mådde och om jag fick lov att undersöka honom”. Svaret var nekande, ”det var kalla handen direkt” och sjuksköterskan sa till patienten att han antingen kunde beställa tid på vårdcentralen eller åka in till sjukhuset. Hon lade till att ”men jag kan inte garantera att det är en man” och syftade på vårdpersonalen patienten skulle komma att möta.

Av förklarliga skäl bygger materialet här på sjuksköterskan berättelse vilket gör att situationerna hon återger bör tolkas med försiktighet. Emellertid kan den tjäna som underlag för en diskussion kring sensibilitet för variationer. Sjuksköterskans tolkning av situationen är att den springande punkten handlar om genusordningar som är oförenliga. Hon menar att i patientens genusordning får inte en kvinna vidröra en man vilket gör vårdsituationen ofruktbar. I termer av sensibilitet, ett lyhört inkännande av den andres subjek-

tiva situation kan vi hävda att hon ger uttryck för en begränsning. Genus är en central social relation i det sociala livet om än inte den enda. En ensidig fokusering på genus hindrar att andra faktorer som kan erbjuda fler perspektiv vägs in i bilden vilket skapar en återvändsgränd som skymmer en bredare förståelse som inte fångas i ensidigt fokus på genus. Det kan röra sig om individuella och psykologiska faktorer som till exempel patientens utbildningsnivå och bakgrund. Det kan även röra sig om strukturella och sociala faktorer kring patientens livssituation som rör hans nuvarande samhällsliga sammanhang och sociala situation. Vi kan argumentera för att en avgränsning till en förståelse av situationen enbart utifrån genus också hindrar henne att överväga att ta upp frågan med patienten om hur han ställer sig till traditionen att ”nöd bryter lag” enligt islams hävd kring sjukvård (Al-Qaradaw ([1960] u.å.:36ff); Islamiska Informationsföreningen i Stockholm 1991).²⁸ I enlighet med denna hävd kan en kvinna mycket väl undersöka en man om inget annat står till buds. Ett sådant samtal skulle ha förutsatt inte endast en egen sensibilitet utan även att sjuksköterskan fått utbildning i denna fråga. En sista iakttagelse är att den begränsande utgångspunkten också riskerar att hindra sjuksköterskan att ställa sin förförståelse kring förekomst av utbildade kvinnor i muslimska länder och sin generaliserade bild av vårdtagarens genusordning i kritisk dager. Emellertid kan vi hävda att händelsen så som den återberättas ger intryck av att ha givit upphov till reflektion och eftertanke.

I en annan återgiven händelse blir en sjuksköterska utkörd ur en patients hem. Också här korsas genusrelationen av ”etnicitet”, denna gång med religion (islam) som etnisk markör. Emellertid kan situationen, eller snarare dess efterverkningar tolkas som uttryck av sensibilitet för variation som leder till reflektion. Hon reflekterade mycket över händelsen som kändes som ett bakslag och hänför den uppkomna situationen till egna fördomar och tillkortakommanden.

Exakt vad som hände är oklart för henne men hon återger att det var ett misslyckande att hon ”gick i clinch” med en anhörig. Sjuksköterskan säger vidare att ”jag skulle ju ha tagit honom på annan

28 Yusuf Al-Qaradaw behandlar främst frågor kring mat. Emellertid klargörs att traditionen att "Necessity removes Exceptions" har en allmän relevans och med hänvisning till Koranen (2:173). Där står att "...if one is compelled by necessity [...], there is no sin on him [...]." (2:173). Vidare hänvisas till vers (2:185).

sätt men jag blev själv provocerad av att han tog sig ton emot mig som inte lyfter ett finger där hemma”. Sjuksköterskan berättar om en patient som var muslimsk och bodde hemma hos sin dotter och dotterson. Patienten talade ”inte alls någon svenska”. Sjuksköterskan tillägger att ”det var väl någonting att jag hade ifrågasatt” – ”det var någon petitesse som inte hade någon betydelse som den här kvinnan då blev arg för att jag gjorde – hon började prata på sitt språk och så kom svärsonen då som kunde prata svenska och tog sig toner mot mig”. Hon säger att hon blev arg, de växlar ett par repliker och situationen slutar med att ”han körde ut mig – och det kändes ganska förödmjukande faktiskt”. Hon beskriver sedan hur kollegor fick ta över patienten och att ”efter ett tag fick en annan sjuksköterska fråga dottern om jag fick komma dit och då skulle dottern fråga sin man”. Svaret var nekande men i samband med ”kris med personal som kunde gå dit så då gick jag dit igen – och det gick bra med den här kvinnan”. Hon säger att det svåra ”var att det var mannen där som ska bestämma”. Hon tillägger senare att ”det var lite tråkigt och så att han skulle blanda sig i – men det vet jag ju i den kulturen men det har jag ju svårt för”. Hon beskriver hur hon brukar göra när hon träffar på ”kanske saker som man inte gillar – om dom har två fruar eller vad det än är så håller man ju masken”. Just detta har hänt i fråga om en patient som hon ”gick hem till ett tag – det är ju sånt jag – eller inte så många av oss gillar ju – det är olika – men för det mesta så kan man ju hålla masken och man ägnar sig åt patienten och sjukdomen”. Hon beskriver vidare hur hon ser förmågan att koncentrera sig till patienten och sjukdomen som en generell förmåga och säger att ”man kommer hem till så många olika hem ju - även svenska hem som man skulle bli bestört – men man vänjer sig”. Sjuksköterskan tillägger senare att ”det är väldigt sällan man kommer i konflikt med patienterna faktiskt - man går ju inte i clinch med dom och det gjorde jag här med en mening”. Hon avslutar med att säga ”det skulle jag inte ha gjort – så att det är väl det man känner lite som ett misslyckande själv”.

Denna förmåga till avgränsning kan tolkas som konkret uttryck för sensibilitet för variation och manifest etiskt ansvarstagande i praktiken. Vi kan hävda att själva handlingen, att avgränsa sig, kan tolkas som ett uttryck för en intention att (trots meningsskiljaktigheter) inkludera patienten i vårdens verksamhet och i vårdgivarens etiska ansvar, i den universella etiken.

En sjuksköterska återger en typ av situation som handlar om när en manlig patient inte vill hälsa genom ett handslag. I likhet med de övriga exemplen som innefattar genusrelationer korsas det av "etnicitet". Emellertid tar hon upp sitt exempel i mer allmänna termer då hon är osäker på vad som egentligen skett i de situationer hon varit i och snarare tolkat dem retroaktivt. Exemplet är intressant också med anledning av att det visar att sjuksköterskan diskuterat företeelsen, att hälsa med ett handslag eller inte och om det finns alternativa sätt att hälsa, med en kollega och det har även diskuterats på en utbildningsdag. Hon säger att en del patienter (män som är muslimskt troende) "hälsar på alla men hälsar ju inte [på en kvinnlig sjuksköterska] – och det jag tycker alltså man kan inte skylla på religionen". Hon har varit med om detta och tillägger att "jag tycker det är lite förnedrande". Sjuksköterskan förklarar vidare.

att dom bara liksom hälsar så [nickar] – jag reflekterade inte över det direkt – sen när man tänkte efter så var det säkert med vilja han inte tog i hand – för det har hänt någon gång att man har sträckt fram [handen] och dom har inte – och då tänker jag "högfärdig" innan jag kopplade att det var nåt slags - jag läste om det på jourcentralen – det händer ibland - jag vet, jag har pratat med en sjuksköterska som jobbar där och det händer ibland

Exemplet är intressant om än vagt och bör tolkas med försiktighet. Vad det än dock torde visa är att genusrelationer aktualiseras inom hemsjukvården med problematiska förtecken och korsat med "etnicitet".

Avslutande noter

Utifrån de sista exemplen kan vi argumentera för att det, i termer av sensibilitet, kan förekomma att en sjuksköterska "sätter en gräns" för sensibilitetens räckvidd utifrån vad hon uppfattar som en konfliktfylld (eller otillbörlig) genusrelation. Andra empiriska exempel har gett prov på en slags reflekterande form av sensibilitet som ger upphov till samtal och diskussioner med kollegor. Sjuksköterskan resonerar med sig själv, reflekterar och ger uttryck för att det finns företeelser hon inte förstår kan tyda på en möjlig pågående omorientering.

I detta avsnitt har vi också sett exempel på sensibilitet för variation som inkluderar patienten i det allmänt förekommande och därige-

nom i den universellt inriktade etiken. Denna tolkning bygger på iakttagelsen att uttrycken för sensibilitet för variation i vissa fall kan sägas vara handlingar som genom sina syften inkluderar patienten i vårdens verksamhet och i vårdgivarens etiska ansvar, i den universella etiken. Vi såg prov på detta i de exempel som rör respekt för hemmet och situationer då patienten vill bjuda på något. Den variation som uppmärksammas (att kaffestunden byter syfte om man inte kan samtala obehindrat) framstår just som en variation i samband med att möta patienten i dess hem och ha utrymme för social kontakt.

I detta avsnitt har vi också sett hur patienters förväntningar på vården kan uppfattas variera utifrån deras kännedom om vårdens villkor. Materialet antyder en inkluderande process genom att sjuksköterskorna ger uttryck för att hantera diskrepansen gällande patientens förväntningar och vårdens villkor genom att informera utifrån sina (vårdens) perspektiv.

Variationer tema III - Sjukdom och vård

Vid utforskandet av sensibilitet för variation och hur det kommer till uttryck framkom ett tema som rör *sjukdom och vård*. Den medicinska antropologin har tydliggjort att människor kan ha olika sjukdomsuppfattningar. Det kan röra sig om synen på vad som är sjukt och friskt, vad hälsa innebär, vad man själv kan vårda i hemmet, när och för vad man bör söka vård och vem eller vilken instans man bör söka upp (Helman 2001). De relaterade ämnena *egenvård* och *vårdsökande* och även *smärtuttryck* kommer osökt upp i migrationssammanhang och då människor kan sägas komma från olika sociokulturella sammanhang.

Egenvård, vårdsökande och smärtuttryck kan inte associeras endast till invandrade patienter vilket är en vanlig och problematisk avgränsning av området. Ämnena aktualiseras likaväl i möte med patienter ur majoritetsbefolkningen (Maglessen 2008). Temat sjukdomsuppfattning berörs även i denna studie genom respondenternas återgivna erfarenheter. Det betyder att variationer i sjukdomsuppfattningar inte endast associeras till invandrade patienter utan berörs också i termer av generationskillnader och intressant nog även i termer av individuella skillnader. Ett exempel kan vara att någon respondent förklarar en äldre kvinnlig patients egna försök att bota sin åkomma med det faktum att hon tillhörde en äldre svenskfödd generation för vilken *egenvård* är en självklarhet. Grundskillnaden mellan generationerna gäller tilltro till den medi-

cinska vetenskapen. I denna patients fall är således tilltron till medicinen balanserad av en likaledes tilltro till den egna förmågan enligt respondentens tolkning.

Temat egenvård och vårdsökande tas också upp som en problematisk aspekt i möte med en del invandrade patienter. Problemet beskrivs som att egenvård byts ut mot en tro att ”andra ska göra dom friska”. I detta exempel ansåg sig patienten i fråga inte vare sig behöva hålla diet eller sluta röka trots svåra hjärtproblem. Med utgångspunkt i respondentens egen tolkning att det handlar om tilltro föreslås att ett underliggande begrepp, nämligen maktresurser kan bidra till en förståelse för utövande av egenvård.

Egenvård och vårdsökande

Ovan klargjordes att det finns ett samband mellan tillit och makt genom att relationen mellan patient och vårdgivare är asymmetrisk (Nortvedt och Grimen 2006). Att ge, eller hysa tillit för någon innebär att överföra makt till denna person. En tillitsfull patient ger makt till vårdgivaren vilket gör patienten sårbar för vårdgivarens intention; vad vederbörande avser att använda sin makt och därmed handlingsutrymme till (till patientens goda eller inte). Vårdgivarens maktresurser är hennes kunskaper och kontroll över resurser medan patienten ofta saknar valmöjligheter och alternativ. Utifrån denna tolkning av situationen finns en underliggande förklaring till ”överdriven tilltro” till vårdens kapacitet att söka i att patienten saknar maktresurser i form av kunskap och erfarenhet av liknande situationer vilket hänvisar denne till vårdgivarens kompetens.

Ett exempel på temat *vårdsökande* kombinerat med egenvård stärker denna tolkning. Exemplet gäller att söka vård för sitt barn med feber. En sjuksköterska återger en erfarenhet från sin tid på en vårdcentral.

influenzor och förkylningar och barnsjukdomar – det är mycket sån här dom kunde ringa helt desperata ”mitt barn är så sjukt så sjukt” så frågar man vad dom gjorde så satt som och lekte på golvet och då hade dom 37,8 i feber – men för dom är en 37,8 början på någonting som kan döda deras barn – så rädslan är ju befogad utifrån det dom har med sin i bagaget – men det är ju det vi inte förstod innan man började tänka efter – men herregud det är klart det är logiskt

Sjuksköterskan ger uttryck för att förstå att föräldrarna reagerar som de gör, söker vård i onödan sett från vårdpersonalens perspektiv men att det är begripligt utifrån deras erfarenhet av vad en feber kan betyda (i fråga om diagnos och prognos) och leda till i det land man tidigare bott. I exemplet framskymtar också att personalen ”innan man började tänka efter” istället varit irriterad. Emellertid ger sjuksköterskan uttryck för en lyhördhet för patienternas subjektiva situation och för att hon har en intention att bemöta dem med förståelse och adekvat information. Själva exemplet innehåller (att söka vård vid lätt feber) återkommer hos fler respondenter och återfinns även i skrifter på temat (Persson 2005). Det bör påpekas att denna studie inte ger möjlighet att säga något om i hur stor utsträckning liknande situationer förekommer eftersom den endast återspeglar personalperspektiv och bygger på sjuksköterskornas tolkning av situationer vilket även i vissa fall bygger på hörsägen. Emellertid ger hon uttryck för en lyhördhet för patientens subjektiva situation och bemöter dem med förståelse och adekvat information.

Ytterligare ett exempel drar åt samma håll, att egenvård och vårdsökande har med information och kunskap, det vill säga med maktresurser att göra. Detta ses i sin tur inte som en fråga som gäller invandrade patienter utan som en allmänt aktuell fråga. En sjuksköterska säger om information om egenvård att ”det är ju inte viktigt bara till invandrarna faktiskt utan det är viktigt för Sverige som har försämrat sin förmåga också”. Hon menar att vissa tillstånd ”kan man klara hemma på ett par dagar med feber eller ont i huvudet, ont i magen innan man kanske tar för givet att det ska lösas på en vårdcentral”. Hon säger vidare att ”då måste man naturligtvis ha kunskapen och det är nog inte naturligt för alla – för att vi har ett annorlunda samhälle bara sen jag var liten själv ju”.

Det är intressant att notera att sjuksköterskan ser information och undervisning som allmängiltigt viktigt. Det ”är inte så lätt för någon och klara sig” menar en annan av sjuksköterskorna med syftning på sjukvårdssystemet. Det är också intressant att se att sjuksköterskan i likhet med kollegorna, då temat tas upp utgår från att det är patienterna som anpassas till vårdssystemet genom information så att de inte ”går fel” i vårdssystemet eller har vad som kallas ett adekvat vårdsökande. Det vill säga, en slags ömsesidig anpassning utesluts som alternativ. Detta närmelsesätt kan tolkas som en slags etnocentrism men också som ett antagande om hur det de facto går till utifrån en realistisk bedömning av maktförhållandena.

David Ingleby påpekar, med europeiskt perspektiv, att en av de vanliga ”teknikerna” just är att anpassa patienter till vårdssystemet (Ingleby et al. 2005). Emellertid är det centralt att lyfta fram att information samtidigt innebär att patientens maktresurser stärks (Songur 2002) vilket bör öka deras möjlighet till delaktighet i vården.

Vi kan argumentera för att i exemplen ovan kring egenvård och vård sökande kommer en sensibilitet för variationer som är inkluderande till uttryck. Det vill säga, vård sökande ses som en generell problematik för ”alla” patienter och som emellertid kan ta sig specifika uttryck i förhållande till en del invandrade patienter. En sjuksköterska ger ett exempel inom detta tema. Hon återger sin erfarenhet från en vårdcentral hon arbetat på under en period då det kom asylsökande dit. Det hände att det kom par och ”frun är förkyld eller nåt sånt där och möts inte med ett sånt där - precis att man tar in henne akut liksom” och tillägger att ”en del blev väldigt arga – det är ganska obehagligt på en vårdcentral” främst i förhållande till de övriga patienterna som inte förstod problembilden. Personalen försökte ”hitta lösningen på nåt sätt”. Hon återger sedan hur man lät patienten ligga på en brits på sjuksköterskemottagningen i väntan på att en doktor kunde ta emot mellan sina ordinarie patientbesök.

då tog vi ju in dom till oss då och sen sa vi att vi skulle hämta läkaren men att dom kanske fick vänta lite grann – så fick dom vänta hos oss istället – då var det ju alltid någon som kom och gick där i rummet så – och i värsta fall fick dom ju ligga på britsen för deras egen skull så att det liksom kändes att dom blev omhändertagna

Exemplet kan sägas gestalta en sorts förhandling mellan två tolkningar av ett sjukdomstillstånd och vi kan argumentera för att personalen överbryggar skillnaden i respektive syn i konkret handling. Detta kan ses som ett uttryck för sensibilitet för variation som väcker ett etiskt ansvarstagande. Konkreta handlingar och bemötande vars syfte är att tillvarata patientens värdighet. Det innebär att sjuksköterskorna inkluderar patienten i vårdens verksamhet och i vårdgivarens etiska ansvar, i den universella etiken. Konkret såg vi hur skillnaden mellan de båda sjukdomsuppfattningarna inte ledde till att patienten inte fick vård (en exkludering) utan i stället överbryggades och därmed bemöttes inom den generella vårdens ram.

Sjukdomsuppfattning och smärtuttryck

De erfarenheter av möten med patienter och deras varierande sjukdomsuppfattningar och vårdsökande som återfinns i materialet ligger, trots allt, inom ramen för en biomedicinsk uppfattning. Det som varierar är snarare en tilltro som uppfattas som överdrivet stark, på den egna förmågans bekostnad. Emellertid återfinns *en* händelse i möte med en patient som sätter sin tilltro till ett annat medicinskt system, det traditionellt kinesiska. Sjuksköterskan beskriver det som ”det svåraste jag haft” och en ”kulturkrock”. Berättelsen handlar om en asiatisk man som inte tror på de biomedicinska förklaringarna till hans liggsår och inte heller vill ta emot vård och avböjer hjälpmedel som skulle avlasta ansträngda kroppsdelar. Sjukvården har ”fått slagits för varenda millimeter av behandling” vilken nu gått om intet på grund av att patientens vägran att avlasta det drabbade området (ryggslutet). Sjuksköterskan uttrycker att hon är frustrerad och ”jag kan inte göra mer” med hänvisning till sjukvårdens gällande policy om patientens medverkan och egenansvar. Patienten i sin tur söker förklaringen till sina sår i andra förklaringsmodeller och motsätter sig, enligt respondenten, att förklara tillståndet av bakterier och äta antibiotika. Han självmedicinerar med ”akupunktur och läkeörter”. Enligt sjuksköterskan ser de anhöriga saken ur biomedicinskt perspektiv men förmår inte att få patienten att medverka i sin behandling. Som framgått hänvisar sjuksköterskan till ”kulturkrock” men hon hänvisar också till patientens personlighetsdrag.

Om vi ser på den återgivna händelsen som ett exempel på sensibilitet för variation kan vi se att mötet med patientens subjektiva situation verkar ha gett upphov till många etiska frågor och till reflektioner för sjuksköterskan. I sina reflektioner förhåller hon sig till flera aspekter och undviker att reducera situationen till en fråga om en ”kulturkrock”. Frågorna hon reser gäller den biomedicinskt definierade kliniska behandlingen men även den ledande principen om patientens självbestämmande.²⁹ Vi kan dela hennes reflektioner som även berör biomedicinens status i förhållande till andra sjukdomsförklarande system och låta berättelsen illustrera att sjuksköterskorna i sin yrkesutövning ställs inför situationer i vilka inga svar är givna och lämnar exemplet med detta konstaterande emedan denna studie inte kan bidra ytterligare.

29 Sköterskan avser Hälso – och sjukvårdslagens § 2a som gäller krav på hälso- och sjukvård där det står att vård skall ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet”.

Vid diskussioner om sjukdomsuppfattning och sjukdomsbegrepp utnyttjas den möjlighet som det engelska språket erbjuder till skillnad från svenskan i fråga om begreppet "sjukdom". I den teoretiska diskussionen får därmed begreppet "illness" fånga "vanligt folks" subjektiva upplevelser av sjukdom och dess betydelse. Redan i begreppet "illness" ligger en motsättning till vårdsystemets och vårdprofessionellas uppfattning, "disease", om tillståndet i fråga.³⁰ "Illness" och "disease" kan därför ses som två sidor av samma tillstånd. För sjukvårdens personal kan det därför vara väsentligt att förstå även "illness" - perspektivet och dess förklaringsmodeller, vilket exemplet hämtat från en vårdcentralen här strax ovan kan sägas illustrera. Att problem uppkommer inom vården med patienter som till exempel inte följer ordinationer, brukar tillskrivas just att de har en annan förklaringsmodell som bygger på deras "illness" -perspektiv. Vidare förklaras problem med att kommunikationen mellan patienten och vårdgivaren inte varit framgångsrik ifråga om att överbrygga skillnaden mellan deras respektive förklaringsmodeller (Maglessen 2008:43). Ovanstående exempel kring den asiatiska mannen kan tolkas som ett exempel på en sådan situation vilket vittnar om att kommunikationsprocessen långt ifrån behöver få "ett lyckligt slut". Detta exempel återkommer i en avslutande diskussion.

Även *smärtuttryck* har med sjukdomsuppfattning att göra vilket aktualiseras av sjuksköterskornas berättelser. En av respondenterna har ständigt med sig en VAS- skala³¹ och har testat den vid något enstaka tillfälle. Några av dem hänvisar till egna erfarenheter under utlandstjänst utöver sina erfarenheter inom hemsjukvården. Det gemensamma är svårigheten att bedöma hur ont en patient faktiskt har utifrån hennes uttryck. Det är också ett tema man i vissa fall har diskuterat med kollegor på vårdcentral vilket här tolkas som att det är ett område för reflektion och omorientering. En av sjuksköterskorna menar att "det har jag också fördomar om – det har man hört – att invandrarkvinnor som föder barn kanske vråla av smärta medan en svensk kniper igen i det längsta". Hon lägger till att "eller ja – det kommer jag ihåg ända sedan man gick och praktiserade" och "men det är ju så att svenskar vill ju hålla masken – klagar inte så mycket". Det verkar som om sjuksköters-

30 Begreppen "illness" och "disease" introducerades av medicinantropologen Arthur Kleinman (1978) och har senare kompletterats av andra teoretiker med begreppet "sickness" vilket avser att fånga sjukdomars sociala aspekt, de sociala processer som sjukdom omges av (Maglessen 2008:45).

31 VAS utläses Visuell anesthesi scale. Det är en "linjal" med markerad skala 1-10 på vilken en patient kan (genom att föra en markör till vald siffra) visa sin smärtupplevelse.

kan både relaterar till sin erfarenhet och anar att hon kan vara fördomsfull, så till vida att hennes bedömning är generaliserande. Sammantaget visar hon att det finns en pågående diskussion och reflektion kring smärtuttryck inom yrkesgruppen. Frågor som diskuteras är erfarenhet av patienter som ger kraftigt uttryck för smärta, kraftigare än vad vårdgivare själv bedömer motsvara smärtnivån. En annan sjuksköterska menar att ”det är en vanlig företeelse när dom kommer i början”. Sjuksköterskan refererar här till den information hon fick av en vårdcentralers personal, att vart eftersom tiden går avtar beteendet då patienterna uppfattar att vårdkön inte prioriteras efter smärtuttryck. Nedan följer ett citat som gäller smärtuttryck. Här noteras emellertid även att svårigheten att bedöma smärta kopplas till kulturella frågor, det vill säga till sjukdomsuppfattning, ”illness”.

jag har en annan dam som har [sjukdomsbild] – och hon har stora smärtor utav det och har åkt in och ut på sjukhus och så där – och där har det varit ganska svårt - nu har jag fått prata med sonen för att kunna få fram information båda vägarna plus att jag har fått ha kontakt med hennes doktor ganska regelbundet – men det har varit lite svårt

Det som var svårt för sjuksköterskan var att veta hur hon ”kan hjälpa och om patienten behöver hjälp”. Sjuksköterskan uppfattar att ”det varit kulturella saker också”. ”Att kunna definiera smärtan har varit svårt – därför att hon kanske kommer från en annan kultur”. Sjuksköterskan vidareutvecklar sina resonemang kring smärta. Det visar sig att svårigheten att bedöma smärta även har med svårigheten att kommunicera med patienten att göra och att förstå hur hon tänker och upplever situationen och vad det är som gör att hon inte tar sin smärtstillande medicin. ”Hon har tagit dom en enda gång” – ”och samtidigt förstod jag genom sonen att hon visste att hon kunde ta till dom tabletterna om hon riktigt hade ont – men för henne var det väldigt viktigt att uttrycka för mig att hon har väldigt ont”. Hon gör det genom att ”oja sig” och visa det onda stället.

Sjuksköterskan ser lösningen i att försäkra sig om att patienten har tillgång till smärtstillande tabletter men upplever ändå situationen som otillfredsställande. Hon säger att:

det jag kan göra då är att försäkra mig om att hon har tabletter som hon kan ta till och det har hon ju – och sen kan jag

säga genom sonen att hon ska ta dom – men sen kan jag liksom inte göra mer än så

Sjuksköterskan kan sägas ge uttryck för otillfredsställelse och en slags upplevelse av osäkerhet inför arbetets utfall för patientens del. Sjuksköterskan uttrycker igen att det är svårt att bedöma smärta men tillskriver också situationen de organisatoriska förutsättningarna. Patienten träffar inte vårdpersonal ofta nog vilket kan påverka hennes smärtuttryck. Sjuksköterskan menar att ”hennes smärtuttryck behöver ju inte bara vara fysiskt – det kan även var psykiskt men att man har kontinuitet i besöken och inte bara kommer när hemtjänsten larmar”. Vi kan således identifiera en organisatorisk dimension (kontinuitet i besöken, samarbete med hemtjänst) i situationen.

Det framkommer även att rutiner för tolkanvändning är en fråga för sjuksköterskans arbetsvillkor eller förutsättningar eftersom det är patientens son som tolkar. Sjuksköterskan menar att det kan vara så att patientens son ”kanske är rädd att mamman ska ta för mycket morfin” och att denna rädsla kan påverka hans kapacitet som tolk. Detta är för övrigt en tanke som diskuteras i litteraturen kring anhörigtolkar som berör risken att de kan ”censurera” eller översätta fel på grund av att de inte kan ämnet och som därför tar avstånd från att använda anhöriga som tolk (Karliner et al. 2004).

Det intressanta i detta exempel är att svårigheten att bedöma smärtuttryck inte verkar förklaras av sjuksköterskan endast av kulturella faktorer. Det vill säga, kultur är inte sjuksköterskans primära tolkningsram. Det är inte heller dessa faktorer som sjuksköterskan försöker utforska. Utifrån sin erfarenhet av möten med människor söker hon öppningar i att förbättra kommunikationen mellan sig och patienten. Utdragen ger ett intryck av självkritik och omvärdering när hon säger ”så i detta läge vet ju inte jag då om man kanske skulle ha haft en tolk i stället – inte vet jag”. Hon utgår från att om de kan kommunicera tydligare och mer sammansatt, det vill säga om de kunde gå utöver uttryck som ”oj oj” och ögon- och kroppskontakt skulle hon som sjuksköterska kunna bedöma patientens smärtupplevelse och utifrån det ta ställning till vårdbehov.

Det är även intressant att notera att när sjuksköterskan inte går vidare i ”kulturspåret” innebär det att hon väljer att se patienten som individ istället för som representanter för en kollektiv kultur.

Häri ligger hennes sensibilitet inför patientens situation. Hon undviker att reducera den till en fråga om kulturell tillhörighet. Sjuksköterskans synsätt tangerar ett vanligt närmelsesätt i litteratur som tar avstånd från överdrivna tolkningar av kulturella aspekter och risken för så kallad *kulturalisering*. Med kulturalisering menas hur olika typer av problem i möten mellan välfärdsinstitutioner och invandrade personer samt personernas problembilder som sådana förklaras på ett förenklande sätt utifrån begreppet kultur. Kultur tillskrivs på så vis en stark inverkan på människors handlingar och livsvillkor. Detta tankesätt undviks av sjuksköterskan i fråga som här väljer ett individperspektiv. Dock finns ett kvarstående problem kring ofullständig kommunikation hon också förhåller sig till.

Samma tanke kommer till uttryck hos fler sjuksköterskor på temat att uttrycka smärta. En sjuksköterska ser smärtuttryck som individuella variationer som det inte är fruktbart att placera in på en slags kulturell skala. Hon säger att det händer ibland att man har ”lite patienter som ojar sig för ingenting – även svenskar - det finns ju dom som gör det och då tänkte vi ”jösses” – du skulle bara veta – det är internationellt iså fall”. Hon tillägger att ”om man är ensam och så - så kan man få oja sig lite mer och ringer gärna lite extra och vill ha hjälp – det är säkert en social bit också”. Sjuksköterskan ser något allmänmänskligt i hur smärta uttrycks och att det har med den aktuella patientens sociala situation att göra. Det framskymtar även att det har med kontextuella faktorer som vårdens organisering att göra (eg. man måste skrika för att få vård).

Respondenterna kan sägas ta avstånd från att använd kulturella förklaringar trots att de är vanliga inom välfärdsinstitutioner så snart konflikter eller kommunikationsproblem har uppkommit (Maglessen 2008: 60ff). De bekräftar tanken att det är först genom samtal med en patient som det kan bli tydligt om patienten och vårdgivaren har olika utgångspunkter och man kan få en bild av vad man behöver förstå mer av och vad som kan vara en gemensam utgångspunkt (ibid:63). Sjuksköterskorna bekräftar även att när problem uppkommer att finna en gemensam utgångspunkt för handling är det fruktbart att först utforska eventuella språkliga svårigheter i kommunikationen. Som sjuksköterskan i exemplet ovan påpekar kan det finnas behov av kvalificerad tolk som inte uppfattats. Att mer eller mindre reflexmässigt ”ta till” kulturella förklaringar är en återvändsgränd som skymmer de mer jordnära

och vardagliga förklaringarna men även psykologiska och kontextuella faktorer som inte fångas i kulturella förklaringar.

Att söka läkare parallellt

Inom temat vård togs samarbete med andra organisationer upp. Här gäller intresset inte främst det som avser remitterande vårdcentraler och sjukhus utan när det är patienten som initierar en kontakt med en annan vårdgivare. Det förekommer att patienter tar kontakt med någon ytterligare läkare än den behandlande läkare som hemsjukvården fått remiss av. Av nästa exempel framkommer att det händer att en patient går till en privatpraktiserande läkare som talar patientens språk. Enligt sjuksköterskan förekommer det ofta och sker så att säga parallellt med den vårdkedja hemsjukvården ingår i. Just valet av läkare tycker respondenten är begripligt och positivt ("jättesmart") men det finns en baksida. Oftast har vare sig patienten eller läkaren en tanke på att detta kan ha en inverkan i hemsjukvårdens arbete. Patienten säger ingenting och läkaren tar inte kontakt med hemsjukvården. Snarare är det sjuksköterskan som "upptäcker" det genom att hon till exempel ser ett medicinrecept på köksbordet. Hon säger att detta är ett problem som innebär att "vi kanske inte alltid får den information – det arbetsredskap vi behöver".

Sjuksköterskan hänför problematiken till en språklig aspekt som bidrar till att patienten "vet". Även här kan således begreppet maktresurser bidra till en förståelse. Det handlar i egentligen om att ha information om och erfarenhet av vårdssystemet. Hon säger att "mina svenska vårdtagare – eller dom som pratar samma språk som jag – dom vet ju – dom säger till mig att imorgon ska jag gå till doktorn" så att hon är informerad om vad som sker. En försiktig tolkning av situationen är att hemsjukvården saknar beredskap för att andra läkarkontakter än dem de själva är inblandade i kan förekomma. Vi återkommer till detta tema nedan i en avslutande diskussion.

"... även om han inte skulle vara här"

En variation som rör vård gäller att ha rätt till vård eller inte. Frågan kommer upp i ett enstaka fall där en av respondenterna vårdat en irreguljär migrant (en s.k. odokumenterad invandrare eller "papperslös"). En av sjuksköterskorna återger en händelse, eller rättare ett längre skeende som startar med att hon får en remiss av en vårdcentral gällande en ung man utan personnummer. Hennes uppgift är att vårda ett större sår vilket hon gör under flera måna-

der utan att såret läker. Efter att ha konsulterat en sårexpert som gör bedömningen att en operation är nödvändig försöker hon få en remiss till operation. Det visar sig då att eftersom patienten inte har ett personnummer kan han inte få en remiss och därmed ingen operation. Sjuksköterskan fortsätter då att vårda patienten trots att hon nu fått bekräftat vad hon tidigare anat, att mannen inte är berättigad till vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen eftersom han är en irreguljär migrant.³² Under tiden försöker sjuksköterskan reda ut vilken myndighet som har ansvar för patientens vårdbehov och upplever att ingen ”vill ta hand om det”. Sett från sjuksköterskans perspektiv slutar historien med att vårdcentralen efter ytterligare en tid tar över patienten eftersom deras gemensamma bedömning var att hon inte kunde göra mer för patienten genom hemsjukvård.

I termer av sensibilitet för variation ger sjuksköterskan explicit uttryck för en inkluderande vårdetik. Hon säger att ”man är skyldig att ge sjuka människor vård även om han inte ska vara här – man kan inte lämna en sjuk människa” och tillägger att ”det är etiken”. Sjuksköterskan ger här uttryck för en sensibilitet för variation som har en klart inkluderande inriktning. Den universella vårdetiken gäller oavkortat även en irreguljär migrant. Hon menar att ”vi gamla syrror gör ibland saker vi inte ska göra” enligt sjukvårdslagen och tydliggör att enligt hennes syn är etiken överordnad sjukvårdslagen.³³

Avslutande noter

I detta avsnitt har vi sett prov på en inkluderande sensibilitet i möte med patienter som saknar rätt till vård. I exemplet väljer sjuksköterskan att relatera till sin professionsetik som inkluderar patienten i hennes personkrets. Hon relaterar således inte primärt till Hälso- och sjukvårdslagen som inte räknar in patienter som är irreguljära migranter utan endast riktar sig till medborgare och folkbokförda utifrån en nationalstatlig logik. Sjuksköterskan har stöd för sitt etiska ställningstagande av både sjuksköterskornas yrkesförening (Svensk Sjuksköterskeförening) och fackförening

32 I Sverige saknas reglering av irreguljära migranternas rätt till hälsa och även vård. De berörs endast indirekt i Hälso- och sjukvårdslagens formulering av landtingens skyldighet (och rätt att ta avgift) att ge ”omedelbar vård” oavsett legal status (inkl. turister).

33 En vidare diskussion kring vårdpersonalens etiska överväganden och organisatoriska förutsättningar har utvecklats i ett ”working paper” med titeln *“Policy on irregular migrants’ right to health meets organisations: practitioners as a force for change”*. Det presenterades vid IMISCOE, Cluster B5 Workshop i Lissabon, Portugal den 17- 18 april 2008 på temat Migration, Integration and the Internationalisation of Healthcare.

(Vårdförbundet). Exemplet illustrerar vad FN:s specielle rapportör för rätten till hälsa, Paul Hunt (2007) framfört, att det finns en konflikt mellan svensk nationell policy och vårdpersonalen etiska koder. Denna motsättning försätter personal i en svår eller till och med omöjlig situation där de ställs inför ett val mellan att följa gällande policy eller relatera till vårdetiken. I exemplet ovan gällde konflikten sjuksköterskan men även personalen på den aktuella vårdcentralen som även de valt att gå utöver gällande policy.

Även i fråga om vårdsökande har vi sett uttryck för en sensibilitet för variationer som är inkluderande till sitt uttryck. Det vill säga, vårdsökande ses som en generell problematik för ”alla” patienter och som emellertid kan ta sig specifika uttryck i förhållande till en del invandrade patienter. En sjuksköterska gav ett exempel inom detta tema (att låta en patient ligga på en brits trots att personalen inte bedömer tillståndet som allvarligt). I detta avsnitt har vi också sett exempel på sensibilitet för variation som kommer till uttryck som nyanseringar och individualiseringar vad gäller smärtuttryck där sensibiliteten för variation lett till reflektion, eftertanke och till viss självkritik, vilket kan tolkas som ett etiskt ansvarstagande i möte med den andres subjektiva situation.

Vad är det som skapar tillit?

I detta avsnitt står studiens andra frågeställning i centrum. Den gäller sjuksköterskorna erfarenheter av vad det är som skapar tillit. Frågan lyder;

Hur relaterar sensibilitet för variationer till avgörande faktorer för tillit?

Analysen av materialet gav vid handen att svaret på den frågan är mångfasetterat och kan utvecklas i termer av två plan. Först förklaras vad de två planen innebär i sammanhanget och därefter utforskas hur de relaterar till variation.

Upplevda avgörande faktorer för tillit ligger således på två plan. Dessa kan kallas *universell* respektive *partikulär* eller annorlunda uttryckt; de allmängiltiga och de särskilda. Här sammanfaller således indelningen med den som skisserades inledningsvis. *Universella avgörande faktorer* är de faktorer sjuksköterskorna uppfattar och återges just i termer av att de är universella. De uppfattas gälla alla patienter oavsett bakgrund av skilda slag. *Partikulära avgörande faktorer* är de avgörande faktorer som hänförs till olika typer av

sensibilitet för variationer som kommer till uttryck i återgivna händelser av möten med patienter som representerar en kulturell och etnisk mångfald.

Universella avgörande faktorer för tillit

De universella faktorer som sjuksköterskorna uppfattar och återger i termer av att de är universella och därmed *gäller alla patienter oavsett bakgrund* kommer nu att presenteras.

I enlighet med det valda teoretiska perspektivet formerar de uppfattade universella faktorerna två grupper. Det är faktorer som rör *vårdgivarens intentioner* och faktorer som rör *vårdgivarens kompetens*. Vi ska nu se närmare på detta.

Respondenterna nämner flera specificerade *beteenden*, verbala så väl som icke-verbala. I materialet lyfter sjuksköterskorna fram beteenden som har med *bemötande* att göra. En sjuksköterska säger att hon ”tror själv att bemötandet är det viktiga – att lyssna färdigt”. Bemötandet är viktigare ”än att man alltid har svaren” enligt hennes erfarenhet. Hon tillägger att mycket av de konflikter eller klagomål på sjukvård handlar om bemötande. Patienten ”har uppfattat det som att man inte har blivit hörd”. På den cirkulär formulerade frågan om vad hennes patienter skulle säga att hon gör som i sin tur gör att de har förtroende för henne blir svaret ”jag tror dom skulle säga att jag lyssnar på dom”. En annan sjuksköterska berör också lyssnandets inverkan på tillit. Hon berättar att hon brukar be patienterna ”berätta själva – även om jag har läst hur det här såret ska läggas om så frågar jag hur länge dom har haft det och så vidare och hur dom brukar lägga om det – jag har visserligen fått anvisningar – dom kanske vill ha det på nåt speciellt sätt”. Anledningen till att hon frågar är att hon vill att patienterna ”ska märka att jag vill lyssna till dom - att dom inte ska känna sig förbigångna att här kommer hon bara och smetar på”.

I sjuksköterskornas återgivna erfarenheter aktualiseras även beteenden som att ”sitta ner”, ”ta av sig jackan”, ”att alltid försöka ha ögonkontakt”, ”vara lugn” men även att ”bemöta lyhört”, ”bry sig” och att ”se” patienten som faktorer som kan skapa tillit. De senare, mer abstrakta uttrycken tar sig mer konkreta uttryck. En sjuksköterska nämner att ”jag sätter mig ner framför min vårdtagare så att jag alltid ger den där stunden om den så är bara två minuter så ska dom känna som jag är där två timmar”. Hon tillägger att ”sen kan jag spring mellan vårdtagarna istället”.

Sjuksköterskorna nämner en rad uttryck med vardagspråklig förankring som fångar aspekter av personbemötandet, vilka tar sig konkreta uttryck, som de menar kan bidra till att skapa tillit.

Tidigare tillitsforskning föreslår att just sådana beteenden vi fått exempel på, verbala och icke-verbala, uppfattas (av båda parter) som indikatorer på en relations kvalitet (Cook et al. 2003:70). Studier har visat en klar koppling mellan en vårdgivares (eg. läkares) socio- emotionella beteende och patienters tillit (Roberts och Arugete 2000). Den kvalitet som eftersträvas i relationen är individualisering och personligt bemötande vilket kan ställas mot bemötande av ett "fall". Det vill säga, en empatisk relation i vilken vårdgivaren bryr sig om sin patient och att patienten uppfattar att hon är viktig, operationaliseras i konkret beteende (Cook et al. 2003).

De beteenden som återges av respondenterna som bestämningsfaktorer för tillit har det gemensamt att de "signalerar" till patienten att vårdgivaren är trovärdig (Cook et al. 2003:89). Möjligen kan man använda uttrycket tillitsvärdig. Beteendena signalerar även att patienten är viktig för vårdgivaren. Som framgått ovan (under rubriken *Hur kan tillit studeras?*) kan ett ramverk för en fruktbar tolkning ta sin utgångspunkt i tanken att relationen mellan vårdgivare och patient är hierarkisk. Den karaktäriseras av asymmetri i fråga om makt och beroende (Hasenfeld 1983; Cook 2003:88). Enligt den tolkningen övervakar båda parterna samspelet mellan varandra i relationen och att övervakningen gäller speciellt varandras trovärdighet. Trovärdighet operationaliseras som en persons *intentioner* att tillvarata patientens värdighet och integritet som i sin tur indikeras av beteenden. Det vill säga, vårdgivarens beteenden kan fungera som indikatorer på hans/hennes intention (eg. vad vederbörande avser att använda sitt maktövertag till) (Cook et al. 2003:88ff). I flera av de återgivna händelserna återger respondenten beteende som kan tolkas som att sjuksköterskan försöker minska det professionella maktövertaget och utjämna maktfördelningen mellan sig och patienten (t.ex. sitta i jämnhöjd, lyssna). Andra i gengäld ligger närmare tillhands att se som en strävan efter individualisering och konkreta tecken på att patienten är viktig för vårdgivaren.

I utforskandet av hur uppfattade faktorer för tillit relaterar till sensibilitet för variationer aktualiseras i resonemang som rör att arbeta i människors hem. Det faktum att man arbetar i människors

hem förändrar maktrelationen vilket förändrar förutsättningarna för tillitsskapande processer. Det sades inte explicit av någon att förutsättningarna för just tillit är bättre i hemsjukvård än i annan vård. Emellertid uttrycktes att förutsättningarna för patientrelationen var andra och gynnsammare. Den centrala skillnaden som lyfts fram är makt. Flera respondenter jämförde relationen med ineliggande patienter på ett sjukhus. Som framgick ovan säger en av sjuksköterskorna att ”på sjukhus styr och ställer man - man får [inom hemsjukvården] förstå att man är i en annan människas hem”. Flera sjuksköterskor uttryckte att de är gäster i patientens hem och därför behöver rätta sig efter patienternas villkor.

I sjuksköterskornas resonemang kring vad som skapar tillit framkommer även beteenden som rör sjuksköterskornas kompetens. Med utgångspunkt i den tolkningsmodell som presenterats ovan, kan vårdgivarens kompetens uppfattas som en indikator på *trovärdighet*. Tanken är densamma, att de faktorer som respondenterna lyfter fram är indikatorer på vårdgivarens kompetens som kan övervakas av patienten och tolkas som ”signaler” till patienten att vårdgivaren är trovärdig.

Kompetens omtalas av respondenterna i olika språklig dräkt som till exempel ”kunnande” och ”erfarenhet”. En sjuksköterska menar i den linjen att hennes patienter litar på hennes kunnande. Beteenden som konkretiserar kompetens som lyfts fram som en avgörande faktor för tillit är till exempel att ”ta tag i saker”, ”att ta reda på” i de fall man inte var ”säker” på sin sak. En sjuksköterska säger att hon undviker att säga ”det vet jag, om inte jag är 100 procent säker - utan jag säger att det ska jag ta reda på till nästa gång”. En av sjuksköterskorna använder så kallade ”online kommentarer” (Heritage och Stivers 1999). Hon säger att ”jag brukar säga allt jag gör - nu ska jag göra det - och så tänker jag göra det” vilket brukar tolkas som ett synliggörande av kompetens och därmed kan fungera tillitsskapande (ibid.).

Dessa observationer motsvarar andra studiers resultat som lyfter fram kompetens som en bestämningsfaktor för tillit. Som vi sett handlar kompetensfaktorer i vårdssammanhang om i fall vårdgivaren har tillräckliga kunskaper att bedöma det aktuella medicinska tillståndet och klara av att hantera det på ett adekvat sätt (Cook et al. 2003:89). En annan aspekt av kompetens som nämns gäller att kunna vara ”länken i sammanhanget”, det vill säga ha en överblick över patientens situation (eg. organisationen, vårdsystemet) och

kunna samordna olika typer av kontakter för patienten. Att en sådan överblick alls behövs handlar om de organisatoriska förutsättningarna och vård systemets komplexitet.

En grupp av faktorer som togs upp i samband med tillit med en koppling till kompetens, gällde kontinuitet i kontakten och tidsanvändning. En av sjuksköterskorna uttrycker att ”det är mycket att man kommer regelbundet” eftersom ”de flesta tycker inte om att det kommer olika människor hur trevliga dom än är”. Hon säger vidare att det handlar om en trygghet i att den som kommer ”vet hur rutinerna ska vara” och tillägger att ”man behöver kanske inte veta så mycket om dom personligen men just deras rutiner så man inte gör nåt som kan irritera dom”. Vi får även ett annat perspektiv som sätter ord på vad som kan hända om det inte är kontinuitet i kontakten, om en ”ersättare” kommer till patienten. Detta inverkar på kompetensaspekten. Hon bekräftar här att byte av vårdgivare inverkar på tillitsprocesserna och använder begreppet misstro. Märk väl, att misstro enligt det valda teoretiska perspektivet skall ses som ett resultat av rationella överväganden och gjorda bedömningar. Sjuksköterskan säger att ”det kan vara väldigt svårt om dom har förväntat sig att nu skulle någon annan komma”. Situationen förvärras om den väntade personen ”dessutom skulle ha pratat med någon doktor” och ersättaren inte ”vet det som den andra sjuksköterskan skulle ha vetat”. ”Man känner att man har ett dåligt utgångsläge – och allting blir bara fel hela vägen”. Sjuksköterskan tillägger att ”då känner man att misstron kommer fram mot mig– om jag överhuvudtaget vet någonting”. Hon beskriver hur det då är viktig att ta sig tid och ”få en kommunikation” och på så vis hitta en lösning på situationen, eller utifrån våra teoretiska perspektiv skapa tillit.

Partikulära avgörande faktorer för tillit

De partikulära faktorerna som sjuksköterskorna uppfattar hänförs till olika typer av sensibilitet för variationer som kommer till uttryck i återgivna händelser av möten med patienter som inte har svenska som sitt första språk och som sjuksköterskan uppfattar talar lite svenska. De teman av variationer som tas upp gäller, vilket bör ha framgått, *kommunikation, relation* samt *sjukdom och vård*.

En första aspekt som tas upp gäller bemötande. En sjuksköterska säger i samband med språkliga aspekter att ett ”det viktiga känner jag när man inte kan nå så långt är ändå att alltid vara vänlig” och tillägger att hon tror själv att bemötandet är det viktiga. Detta kan

tolkas som att ifall hennes patient inte kan tala svenska mer eller mindre obehindrat, uppfattar hon att personbemötandet får mer betydelse. Bemötandenaspekten vi tidigare berört här ovan och som presenterats som allmängiltigt central för att skapa tillit framstår som nu som än viktigare eller rent av som en partikulär eller särskild faktor relaterad till migration (e.g. att tala svenska). Vi kan erinra oss exemplet med en patient med smärtor. Sjuksköterskan återgav hur hon och patienten inte kan tala med varandra och tillade att just därför ”får man röra vid henne – det är viktig att på nåt vis röra henne – och titta henne i ögonen och hitta sätt att bekräfta henne”. Bemötande, som här framstår som än viktigare kan sammanfattas i en rad nyckeluttryck som respekt och vänlighet och som vi tidigare anmärkt tar sig konkreta uttryck i till exempel tonfall och språkbruk, kroppsspråk och ansiktsuttryck och gester (Blennberger 2005:172ff).

När det gäller kommunikation, framhålls i tillitsforskningen i olika studier att vårdgivares förmåga att ge och förklara information ses som en tillitskapande faktor (Cook et al. 2003: 73). Detta innebär att, att framgångsrikt kunna *kommunicera information* är tillitskapande. Också i denna studie framkom detta tema och återfanns i respondenternas återberättelser. Som vi sett berättar sjuksköterskorna om hur de försöker förklara, visa, använda teckenspråk och mima eller på annat sätt kommunicera icke-verbalt i möten med patienter som inte talar svenska.

En av sjuksköterskorna uttrycker saken, ”jag försöker förklara vad jag gör – även om det är teckenspråk så försöker jag visa lite grann”. Hon tillägger att ”det händer någon gång när man inte kan förklara riktigt [med ord] och dom inte förstår”. Vi har ovan tolkat detta som konkreta uttryck för sensibilitet för variation. Vi har även argumenterat för att konkreta uttryck för sensibilitet för variation i fråga om kommunikation kan tolkas som en intention att inkludera patienten i vårdgivarens etiska ansvar och tillvarata patienters värdighet och integritet. Denna tolkning kvarstår och vi kan därför argumentera för att vi därigenom kan identifiera en direkt koppling mellan sensibilitet för variationer (i detta fall rörande kommunikation) och faktorer för tillit.

Vi har också sett att den sensibilitet för variation som kommer till uttryck i samband med kommunikation visat sig ha en koppling till arbetets organisering i möte med patienter. En aspekt som ett par av respondenterna tar upp i detta sammanhang berör *tid* och tids-

åtgång. Det vill säga sensibiliteten kan sägas ställa krav på organisationen. Genom att kommunikation kan ta mer tid i vissa fall ökar tidsåtgången vilket i sin tur gör att man behöver avsätta mer tid. En av sjuksköterskorna kan sägas illustrera denna tankegång. Vi ser att tillit, via kommunikation, har med tid att göra. Hon menar att "man kan nå fram" med "sin mimik och med sina gester – bara man har tid att göra det". Det tar tid att "börja förstå varandras gester". Det vill säga själva den tillitsskapande processen är densamma frånsett tidsåtgången.

I detta sammanhang berör ett par sjuksköterskor att även patientens bedömning av sjuksköterskans kompetens och därmed trovärdighet kan variera. En sjuksköterska exemplifierar med en händelse som inträffade när hon, med hennes ord "var hos en afrikansk familj - det var mannen jag skötte – han levde med sin hustru och hennes syster bodde hos dom". Hon berättar att efter en tid ställde patienten en fråga som rörde hans svägerska som hade oroväckande svullna ben. Att han alls frågade hänför sjuksköterskan till att det faktum att "efter ett tag när han kände liksom att, jo, hon kan kanske det som hon påstår att hon kan". Med tiden hade han fått tillit till sjuksköterskans kompetens. På frågan om det är generellt förekommande att patienter frågar om sina anhörigas åkommor ger sjuksköterskan följande svar som lyfter fram tidsåtgången.

ja – jo det är det – men en svensk - dom hade fråga direkt för dom har en annan förväntning – dom andra [patienterna] då ska man ha vunnit deras tillit först – upplever jag det som – det tar lite längre tid innan dom här frågorna kommer –

Hur kan vi förstå den ökade tidsåtgången sjuksköterskan hävdar att hon erfarit? Här kan vi återkomma till frågan om legitimitet men också till den analytiska skillnaden mellan tillit till en person och förtroende för ett system (Fransson 2006). Fransson tydliggör skillnaden:

När klienten visar förtroende för organisationer och professionella är det förtroendet som bygger på kunskap och erfarenhet om den professionelles roll. Det kan till exempel vara kunskap om att den utbildning den professionelle genomgått är adekvat för de behov klienten har, att klienten har legala medel att kontrollera att han eller hon får en rättvis behandling. När förtroendet mellan klient och professionell råder

finns det också en ömsesidighet i förståelsen av vad parterna kan förvänta sig av varandra (Fransson 2006:26).

Utifrån detta kan vi argumentera för att den patient som ”frågar direkt” kan antas ha förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet och därmed en rollförväntan på sjuksköterska redan initialt i kontakten. Fransson fortsätter;

Den motsatta kontextuella situationen råder när den ena av parterna måste förlita sig på tilliten. När man visar tillit appellerar man till den andre i en situation där det saknas en gemensam identifikation i eller en sociokulturell definition av kontexten. Appellen till den andre sker bortom eller oberoende av det system mötet försiggår i. Att visa tillit gentemot någon är att befinna sig i en situation där man inte vet vad den andre kommer att göra, eftersom det inte finns någon gemensam referensram där rollfördelningen är entydig (Fransson 2006:26).

Patienten som ”tar lite längre tid innan de där frågorna kommer” är hänvisade att göra den bedömning han eller hon behöver för att besluta sig för att gå in i det ”riskinvesteringsprojekt” det innebär att hysa tillit till sin nya vårdgivare. Tilliten för sjuksköterskan kan inte, via rollförväntan på sjuksköterskan, bygga på tidigare erfarenheter av ett system. I detta exempel och även i Franssons artikel, utgör den springande punkten och skillnaden mellan patienterna just att den ene, den som invandrat till Sverige, är relativt sett ”nyare” i den sociokulturella kontext som hälso- och sjukvårdssystemet utgör. En slutsats är att i det fall en patient saknar erfarenhet av ett visst system (möjligen till följd av migration) kan en patients möte med en enskild sjuksköterska på så vis tolkas som en ”ingång” till ett förtroende för systemet.

Vi har också sett att sensibilitet för variation kan komma till uttryck i samband med genusrelationer. De exempel som materialet givit vid handen visar prov på sensibilitet som ger upphov till reflektioner och bearbetning. Vi såg även exempel kring genusrelationer på att det kan förekomma att en sjuksköterska avgränsar sensibilitetens räckvidd just utifrån vad hon uppfattar som en konfliktfylld (eller otillbörlig) genusrelation och sjuksköterskan får lämna patientens hem med oförrättat ärende. Om vi återvänder till detta exempel är en möjlig tolkning som bygger på de teoretiska övervägandena kring tillit att maktrelationen inte är tolkad som

densamma av båda parter i de återgivna händelserna. Sjuksköterskan ger uttryck för att hon uppfattar sig ifrågasatt av patienten. Vad patienten upplever kan denna studie inte utforska men med utgångspunkt i respondentens återberättelse verkar patienten ”utmana” sjuksköterskans professionellt grundade maktposition och inte ”acceptera” det kunskapsmässiga underläge respondenten tillskriver honom. Det blir en konflikt som kommer till en destruktiv lösning genom att sjuksköterskan lämnar hemmet utan utträttat ärende. Som framgått ovan är just vårdgivarens förmåga att kunna utjämna maktfördelningen mellan parterna en faktor för tillit (Cook et al. 2003). Sett från patientens sida är en indikator på en godartad intention alla som helst ansatser från vårdgivarens sida att utjämna maktfördelningen mellan parterna (Cook et al. 2003:88ff). Med den utgångspunkten kan man hävda att sjuksköterskan i den återgivna situationen inte lyckas skapa tillit (eller göra sig trovärdig inför patienten och i detta fall i första hand inför patientens närvarande anhörige) genom att hon avstår från att försöka utjämna maktrelationen mellan sig och patienten sett från patientens synvinkel. Vidare kan vi anta att patienten kan ha uppfattat detta förhållande.

En annan tänkbar faktor som kan övervägas är om det i situationen fanns inslag av att vårdgivaren i sitt möte med patienten vägde in patients tillhörighet till en viss social grupp och sin egen förförståelse kring just denna grupp och att patienten uppfattade detta förhållande. Som nämnts har studier visat att en misstanke om (eller erfarenhet av) att bli bedömd utifrån grupp- eller kategoritillhörighet i termer av etnicitet (eller ”ras”) kan påverka tilliten till vårdgivaren i negativ riktning (Cook och Stepanikova 2005).

AVSLUTANDE DISKUSSION

Denna studie ha nu nått den punkt då det är dags att dra några generellt hållna slutsatser och göra några reflektioner som griper tillbaka på studiens övergripande forskningsintresse.

Det partikulära som det universellas spegel

Det bör ha framgått att de avgörande faktorerna för tillit som analysen givit vid handen kan sägas ligga på två plan. En följdriktig fråga är hur dessa plan förhåller sig till varandra. En omedelbar undran är om de är helt väsensskilda.

Faktorerna har kallats för universella respektive partikulära. De först nämnda är de som återges i universella termer, de uppfattas gälla alla människor. De partikulära faktorerna å sin sida hänförs till olika typer av sensibilitet för variationer som kommer till uttryck i återgivna händelser av möten med patienter som representerar en kulturell och etnisk mångfald. Flera exempel har pekat ut en rimlig tolkning, nämligen att de partikulära snarast kan betraktas som de universella faktorernas spegel. Detta innebär att de partikulära framstår och framställs i och för sig som partikulära men överlappar med de som uttrycks i allmänmänskliga ordalag. Dock blir de synliga och benämns i partikulära termer.

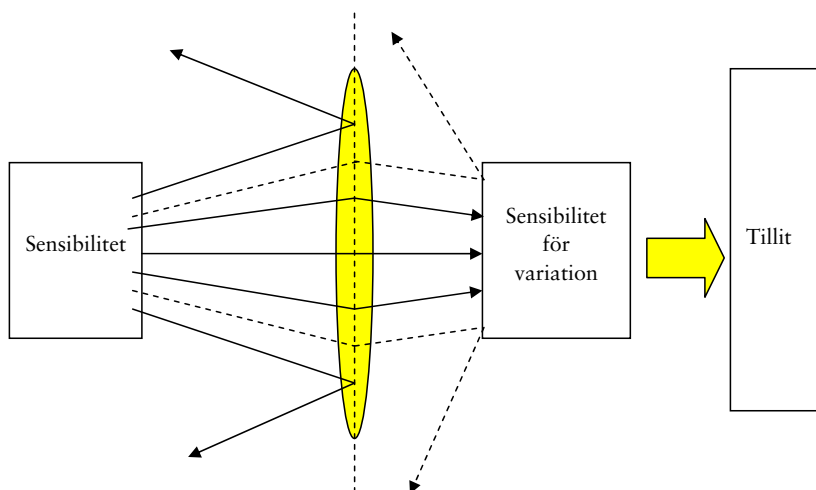
Ett exempel på en faktor som framställs som central i möte med patienter är att söka ögonkontakt när det finns språkliga hinder. Emellertid framställs att söka ögonkontakt också som en generell viktig faktor i kommunikation och som en avgörande faktor för tillit genom att vara ett ”tecken” på individualisering och personligt bemötande. Ett annat exempel kan vara att kommunicera genom att rita framstår som en partikulär avgörande faktor vilket innebär att man kommunicerar framgångsrikt vilket ses som en universell avgörande faktor. I den meningen kan vi argumentera för att intrycket är att sjuksköterskorna lägger märke till vad de gör, som vore det partikulärt, trots att de ”gör som vanligt”, de gör det universella. Det universella blir synligt när det speglas i det partikulära.

Variationens spektrum

Frågan gällde vilken relationen är mellan sensibilitet för variation och tillitens avgörande faktorer. Analysen av materialet ger vid handen att svaret på den frågan är att utan sensibilitet för variation i alla dess former riskerar tillitens avgörande faktorer att gå om intet, att inte komma till konkreta uttryck. Utan sensibiliteten för variation sker inte nyanseringen i kommunikationen, den extra stunden avsätts inte och så vidare. Utan tillitsskapande faktorer kan vi anta att tillit uteblir. Svaret på frågan hur sensibilitet för variationer relaterar till upplevda avgörande faktorer för tillit blir därför; *utan sensibilitet för variation, ingen tillit*. Vi har emellertid uppfattat att sensibilitet för variation lett till reflektion och eftertanke. Vi har även sett exempel på sensibilitet som når räckviddens gräns inför att inkludera en viss patient i den universellt formulerade etiken.

Figuren här nedan avser att gestalta hur relationen mellan sensibilitet för variation och tillit kan uppfattas metaforiskt som ett spektrum. Det kan benämnas *variationens spektrum*. Därmed går användningen av uttrycket utöver den preliminära betydelsen och kopplas till tillitsskapande processer.

Likt i ett optiskt spektrum får strålar olika riktning i möte med de variationer en patient aktualiserar. Strålarnas olika riktning kan motsvara sensibilitetens skiftande räckvidd och utfall i förhållande till den universellt formulerade etiken. Etiken framstår som den avgörande "linsen" som ger strålen dess riktning.



Figur 1. "Variationens spektrum"

Som den fysikaliska världens spektrum uppkommer de när de träffar en lins. Den först "boxen" står för *sensibilitet* i sin grundläggande form i utövandet av sjuksköterskeyrket. "Linsen" motsvarar de *etiska värden* som vårdprofessioner relaterar till som rör vårdgivarens *handlingar* och *intention* i vilka de förväntas tillvarata patientens *värdighet* och *integritet*. De heldragna pilarna som rör sig genom linsen illustrerar *sensibilitet för variation*. De streckade pilarna illustrerar sensibilitet för variation som leder till *reflektion*,

diskussion och eftertanke. De pilar som vänder i "linsen" avser att i figuren ge form åt de situationer som kan tolkas som att sjuksköterskan avgränsar för sin sensibilitet i möte med variationer. An-norlunda uttryckt att sensibiliteten ger intryck av att ha en begränsad *räckvidd*. Slutligen avser figuren att ge uttryck att vi kan identifiera en direkt koppling mellan sensibilitet för variationer och *avgörande faktorer för tillit* och därmed för tillit.

Sensibilitet, profession och organisation

I anslutning till sensibilitet för variation är det centralt att återkomma till vad som antydde inledningsvis, nämligen att det mångkulturella samhället kan innebära en omförhandling av innebörden av professionalitet. Denna empiriska studie pekar ut en central aspekt som verkar ingå i denna omförhandling. Den berör sjuksköterskornas sensibilitet för variation i samband med tillitsskapande processer. Sjuksköterskornas uttryck för sensibilitet för variation framstår inte endast som direkt relaterat till att skapa tillit, den framstår som en helt central sida av deras professionalitet. Sjuksköterskornas förmåga att, via sin sensibilitet för variation, skapa tillit har, om vi ska tro tidigare tillitsforskning, en inverkan inte endast på *tillgång* till vård och vårdens *kvalitet* utan även på dess effektivitet och kostnad. Detta kan vara ett nog så starkt incitament att hävda att förutsättningar för utövande av professionalitet kan vara viktiga att reflektera. Med detta sagt att de organisatoriska förutsättningarna för sensibilitet för variation framstår som centrala att lyfta fram.

Vi har sett att den sensibilitet för variation som kommer till uttryck i samband med kommunikation har en koppling till arbetets organisering i möte med patienter. Detta kräver ett ytterligare uppmärksammande. En sida av saken som ett par av respondenterna tar upp i detta sammanband med sensibilitet för kommunikation berör *tid* och tidsåtgång. Genom att kommunikation kan ta mer tid i vissa fall ökar tidsåtgången vilket i sin tur gör att man behöver avsätta mer tid. Faktorn tid berörs även i samband med att själva den tillitsskapande processen kan ta mer tid i de fall en patient inte genom sin rollförväntan på sjuksköterskan (och förtroende sedan tidigare för hälso- och sjukvårdssystemet) kan "hoppa över" bedömningsfasen av sjuksköterskans kompetens och intention. I dessa fall finns det grund för att hävda att den tillitsskapande processen kan ta längre tid i anspråk. Sammantaget kan sensibiliteten därför sägas ställa högst konkreta krav på organisationen i fråga om tid. Det gäller hur mycket tid som avsätts per patient och att beak-

ta en eventuellt ökad tidsåtgång för initiala tillitsskapande processer.

Det krav på organisationen som sensibilitet för variation ställer, kan formuleras i termer av att de gäller sjuksköterskorna arbetsvillkor. Kravet på organisationen kan formuleras som att sjuksköterskorna behöver arbetsvillkor i vilka det finns utrymme att ge uttryck för sin sensibilitet inför den andres subjektiva situationsupplevelse och handla i enlighet med det etiska ansvar som sensibiliteten ställer. Det framskymtar i sjuksköterskornas återberättade händelser och erfarenheter att när de ger det extra ögonblicket kan detta kräva att "man springer nedför trapporna" eller "springa mellan vårdtagarna" för att citera ett par av sjuksköterskorna. Tiden som är avsatt för var patient lämnar inte utrymme för att ge uttryck för sin sensibilitet och handla därefter med mindre än att sjuksköterskan använder sin egen transporttid. Tidsramen framstår som för snäv i förhållande till de etiska krav sjuksköterskan möter.

Något som talar i riktning mot att organisatoriska förutsättningar spela in i det studerade problemområdet, är att sensibilitetens räckvidd i något fall tycktes sammanfalla med i vad mån arbetets organisering påverkas. Detta innebär att organisatoriska förutsättningar kommer in i bilden så till vida att de påverkar relationen till patienten. I ett exempel framställs hur en patient kan uppfattas som negativt nonchalant och respektlös ifall man som patient inte förstått att man förväntas lämna återbud. Patienten uppfattas således inte som en dåligt informerad person utan som en respektlös, dvs. moraliskt klandervärd person och därmed tänkvärt nära en "dålig person". Detta kan ses som att sensibilitetens gräns sätts av sjuksköterskan i fråga utifrån upplevda organisatoriska krav på henne själv.

Iakttagelsen att sensibilitet för variation ställer krav på organisationen som gäller arbetets villkor har stöd i tidigare forskning. En studie som ligger nära till hands är Marta Szebehelys (1995) empiriska studie i vilken hon jämför olika organisationsformer och de förutsättningar de ger dem som arbetar inom äldreomsorg. Fokus ligger vid relationen med vårdtagaren i termer individanpassad omsorg. En tydlig parallell mellan omsorg och omvårdnad låter sig göras genom att båda är arbeten som utövas i och genom en relation. Detta är för övrigt ett både avgörande och gemensamt karaktärsdrag för alla människobehandlande yrkesutövningar (Hasenfeld 1983).

I studien identifierar Szebehely vissa nödvändiga villkor för god omsorg. Utöver att Szebehely lyfter fram att antalet vårdtagare behöver vara begränsat (för att alls kunna hålla dem aktuella i huvudet) lyfter hon fram tre nyckelord som fångar nödvändiga villkor. Hon kallar dem tid, kontinuitet och inflytande. Studien har tagit en utgångspunkt bland annat i en organisationsteoretiker, Roine Johansson ([1992]2007) som studerat sambandet mellan organisation och villkoren för relationen med vad han kallar klienten. Hans analys cirklar kring fem strukturella villkor eller dimensioner inom människobehandlande organisationer som påverkar relationen till patienten (om nu sjukvården får ange benämning på avnämaren) (ibid.:61ff). Tre av dessa framstår som speciellt intressanta för Szebehelys studie och även för den aktuella studien i hemsjukvård. En av dessa dimensioner handlar om tid, en bestämmer avstånd/närhet i tid och rum och en dimension gäller graden av bundenhet vid regler.³⁴ Tid tar fasta på hur snabbt ett ”ärende” kan klaras av vilket beror på arbetets art men även på hur stort kravet är på att det ska ”handläggas” omedelbart. I Szebehelys studie är det utrymme för en eventuell ökad tidsåtgång som kan uppkomma i specifik situation som är den springande punkten.

Den individanpassade omsorgen förutsätter också tillräckligt med *tid* i mötet med omsorgsgivare och – mottagare [...]. Vårdbiträdet måste ha så pass gott om tid är hon möter hjälptagaren att hon hinner uppfatta personen bakom systemen [...]. (Szebehely 1995:209 kursiv i original).

Parallellen till sjuksköterskorna iakttagelse är tydlig när det gäller tidsutrymme. I Johanssons begreppsliga ram kan sensibilitet för variation sägas dels sätta en gräns för hur snabbt ”ärendet” kan klaras av, dels ge upphov till krav på ”omedelbar handläggning” i en specifik situation.

Szebehely lyfter även fram *kontinuitet* i relationen som en avgörande faktor för arbetet.

[...] relationen måste pågå under så pass lång tid att dessa möten sammantaget avsätter sig i konkret kunskap för den andre (Szebehely 1995:209).

³⁴ De övriga två är graden av specialisering inom verksamheten samt verksamhetens intresseinriktning. Med intresseinriktning menas balansen mellan service och kontroll i verksamhetens uppgift.

I citatet ovan finns en parallell till sjuksköterskornas berättelser från hemsjukvården då även de talar om behov av kontinuitet i relationen till patienten. Kontinuitet i kontakten har även framstått som en avgörande faktor för tillit. Att det finns en kontinuitet och varaktighet i kontakten, att samma person kommer regelbundet skapar trygghet och kännedom om rutiner och förutsättning för en positiv bedömning från patientens sida av sjuksköterskans kompetens. Vi kan med Roine Johanssons tala om att sjuksköterskorna artikulerar nödvändigheten av organisatoriska villkor som svarar upp mot behovet av närhet i tid och rum med sina patienter. Inte är det för mycket sagt att de artikulerar detta utifrån vad deras sensibilitet manar till.

I Szebehelys (1995) studie klargörs att handlingsutrymme, eller annorlunda uttryckt, inflytande över arbetet och dess utförande är centralt. Inflytande avser att ha eget bedömningsutrymme över planering och utövande av arbetet för att kunna bemöta vårdtagare anpassat efter dennes behov och i samråd med denne/a (ibid.). För att återknyta till tankegångar kring sensibilitet kan detta uttryckas som att det krävs inflytande över sina arbetsvillkor för att kunna utföra ett arbete i samklang med vad sensibilitet inför de vårdtagarens subjektiva situationsupplevelser anmanar. Vårdgivaren får inte vara för kringskuren av regler eller detaljplanering i sitt arbete (ibid.).

Ett annat krav på organisationen som kan formuleras utifrån denna empiriska studie av hemsjukvård gäller personalens utbildning. I materialet tangeras utbildningsbehov i ett konkret exempel som rör islam och islamska traditioner (e.g. att ”nöd bryter lag”). En utbildning med nyanserade kunskaper skulle kunna öppna upp för ett förutsättningslöst samtal med patienter kring situationer som framstår som ultimata. Exemplet med sjuksköterskan som gick från hembesöket med outrättat ärende efter att ha konstaterat att hon inte fick röra vid patienten är konkret och gäller frågor som aktualiseras i möten med islamskt troende patienter. Emellertid har de frågor som exemplet lyfter en generell relevans. Poängen är att utan utbildning kan inte en sjuksköterska ha kännedom om att det alls finns något att tala om, ett samtalsämne att initiera, en fråga att ställa. Här är Maglessens tankegångar intressanta, att det är först genom ett samtal med en patient som det kan bli tydligt om, och i så fall gällande vad, patienten och vårdgivaren har olika utgångspunkter. Först då kan en vårdgivare få en bild av vad som behövs förstås mer av och vad som kan vara en gemensam ut-

gångspunkt (Maglessen 2008:63). Men, återigen, detta samtal förutsätter att sjuksköterskan (i detta fall) har en aning om att det finns något att dryfta.

I sammanband med krav på organisationen är det relevant att återkomma till företeelsen att patienter som söker andra läkarkontakter (e.g. att patienten söker en privatpraktiserande läkare som talar samma språk som patienten) parallellt med sin kontakt med hemsjukvården och den läkarkontakt som är förknippad med hemsjukvården. Av materialet att döma verkar hemsjukvården (med reservation för materialets begränsning) sakna beredskap för att hantera detta inom sina rutiner. Inte heller ger materialet intrycket av att hemsjukvården uppmärksammar att det *kan* finnas ett samtalsämne att initiera och därmed frågor att ställa till patienten kanske redan i anslutning till den så kallade vårdplaneringen. En konsekvent inkluderande intention av patienter och deras subjektiva situation hade kunnat innebära att, med utgångspunkt i att företeelsen existerar, frågan skulle föras på tal. Detta skulle i sin tur kunna leda till en tydlig arbetsfördelning eller ett närmare samarbete med en eventuell parallell läkare. Möjligen vore detta ett ämne att ha med på dagordningen i samband med de utbildningstillfällen för personalen som har till syfte att vara tillfällen för reflektion över vad samhällets mångfald innebär för vård och omsorg.

Reflektioner kring det universella och det partikulära och en inkluderande vårdetik

Det är nu dags att föra samman den empiriska studiens resultat kring sensibilitet för variation och hur den förhåller sig till uppfattade avgörande faktorer för tillit med de inledande reflektionerna som rörde relationen mellan det universella, allmänmänskliga och det särskilda, partikulära. Vad har denna studie att tillföra i diskussionen kring hur relationen bör se ut eller åtminstone kring hur den ter sig i denna empiriska studie mot bakgrund av vårdens bärande principer om lika värde och likabehandling? Ska resultatet tolkas som ”för mycket” uppmärksamhet åt det partikulära på det universellas bekostnad eller som ”för lite” uppmärksamhet? Och vad är slutsatsen kring inkludering och exkludering i förhållande till vårdens etik? Vad finns att säga om tillgång till vård och även i fråga om vårdens kvalitet?

Reflektionen kan ta sin början i studiens andra frågeställning som rör tillitens avgörande faktorer. När det gäller analysen av tillit och dess avgörande faktorer är tolkningen att ett framträdande drag i

materialet är att det partikulära verkar få uppmärksamhet inom ramen för det universella. Detta har ovan kallats för att det partikulära är det universellas spegel i den meningen att det universella blir synligt när det speglas i det partikulära. Detta är inte ett överraskande resultat mot bakgrund av att sjuksköterskorna, genom sin utbildning och sitt organisatoriska sammanhang, ingår i den svenska traditionen med dess historiskt förankrade universalistiska ansats (Cattacin och Chimienti 2006). I materialet framstår därför det partikulära i någon mening som vore det det samma som de universella, om än mer uppmärksammat. Kan detta förstås som ”för mycket” eller ”för lite” uppmärksamhet? Vid en första anblick kan det framstå som ”för lite” men detta är en tveksam slutsats och får bli en högst preliminär tolkning. Det finns andra möjliga tolkningar av materialet som gör bilden mer komplex och går utöver det använda motsatsparet (”för mycket/för lite”).

Med utgångspunkt i analysen kring sensibilitet för variation (studiens första frågeställning) står en annan tolkning till buds. I det empiriska avsnittet kring sjuksköterskornas sensibilitet för variation har tolkningen varit att den är kopplad till handlingar. I dessa fall har tolkningen varit att det är rimligt att hävda att dessa syftar till att tillvarata patientens värdighet och integritet. I några fall ger sensibilitet för variation (snarare) upphov till reflektion och eftertanke. Den sammantagna bilden som tar fasta på dessa delar av materialet är att sjuksköterskorna inkluderar patienten i vårdens verksamhet och i vårdgivarens etiska ansvar, i den universellt formulerade etiken.

Vad säger dessa förhållanden om tolkningen av relationen mellan det partikulära och det universella i denna studie? En tanke kan vara att sjuksköterskorna pekar ut en riktning mot en *utökad räckvidd av det universella*. En sådan universalism kan kallas relativiserad (Björngren Cuadra och Cattacin 2007). I materialet tar den sig olikartade uttryck som vore det ett svar på en vanlig kritik mot ”likabehandling” och universalistiska ansatser. Huvudpoängen i kritiken gör gällande att likabehandling sannolikt är utformad i överensstämmelse med en dominerande grupps normer, behov och förutsättningar (se även Fuller 1996:155; Zarlenga Kerchis och Young 1995). Som dessa kritiker framhållit har grupper i svagare maktställning sällan delaktighet när vad som skall gå för ”allmän-giltigt” skall formuleras (Schierup 2002:6). Med detta sagt att en betoning på universalitet, likhet, kan ses som ett uttryck för en dominerande grupps tolkning av vad som är likhet. Det vill säga,

att det kan vara ett implicit förtryck av särskildheter (Castles 2000). Iris Marion Young och hennes medförfattare (1995) kallar denna process för "ideal of assimilation" vilket egentligen innebär att vissa grupper "kommer in i spelet när reglerna är satta". Utifrån denna kritik förordar hon att de institutionella strukturerna skall "tänkas om" och reformeras i förhållande till dessa gruppers behov och krav. Med beaktande av denna kritik kan sjuksköterskornas uttryck för sensibilitet för variation tolkas som just en sådan *omorientering* genom sina uttryck för en intention att inkludera patienten i vårdens verksamhet och i sitt etiska ansvar, i den universella etiken. På så vis kan uttrycken för sensibilitet ses som en korrigerande ökning av det som kritiker menat vara "för lite", det vill säga som ett ökat uppmärksammande, men utan att för den skull uppmärksamheten bli utpekande eller främmandegörande, kort sagt exkluderande till sin effekt. Snarare än att vara ett exkluderande i olika bemärkelser kan det ses som en utökning av etikens personkrets som innebär att varje möte med en människa i någon mening är ett möte med något partikulärt oavsett människans bakgrund uttryckt i nationella, etniska eller kulturella ordalag. Med Honneths (Honneth 2003) begreppsapparat i ryggen är det fråga om en inkorporering av personer och deras värde i det svenska samhällets etiska omfång så som den kommer till uttryck i sjuksköterskornas etiska kod och i hälso- och sjukvårdslagen.

Studiens syfte har varit att utforska hur sensibilitet för variation relaterar till inkluderings- och exkluderingsprocesser i förhållande till vårdetik. Syftet förefaller uppnått i och med att dessa slutsatsen formuleras; sensibilitet för variation är kopplat till inkluderingsprocesser. Därigenom är det lika kopplat till exkluderingsprocesser.

Denna slutsats väcker, icke desto mindre, en rad frågor att fundera vidare över som främst rör tendenser till exkludering. En fråga är om det möjligen kan vara så att det finns "särskildheter" som aldrig blir synliga eller hörda därför att de inte omedelbart speglar den svenska uppfattningen (eller rättare den svenska hemsjukvårdens uppfattning) av vad som är universellt. Tanken är obekvämt, att "vi" missar några som ställs utanför, som utdefinieras likafullt när "alla" skall definieras. Kan det finnas patienter vars perspektiv eller "röst" tystnar i möte med vårdens professionella? Kan det finnas patienter som avstår från att söka vård överhuvudtaget? Kan det vara de patienter vars perspektiv faller utanför sensibilitetens räckvidd? I den meningen är det inte uteslutet att det särskilda

än dock uppmärksammas ”för lite”. Med detta förbehåll är det ändå möjligt att se sjuksköterskornas arbetssätt som att de pekar ut en riktning som har en utvecklingspotential att utforska vidare inom vårdens praktik. Denna potential är, som alla andra potentialer, beroende av sina möjlighetsvillkor. Vårdpraktiker befinner sig inom organisatoriska förutsättningar. Sjuksköterskorna kan inte ses, vare sig i fråga om sina handlingar eller sin sensibilitet för variation, som friflytande aktörer. Deras möjlighetsvillkor ligger i organisatoriskt stöd och arbetsvillkor. Det handlar om utbildning och utrymme för reflektion kring vad samhällets mångfald innebär för hemsjukvård för att ge sjuksköterskorna redskap att hantera de situationer som i nuläget kan te sig konfliktfyllda, övermäktiga och svåra att hantera. Det handlar också om tidsramar i arbetet som motsvarar de krav som professionalitet ställer.

Detta för in diskussionen frågeställningar som finns kvar att fundera över. Det är de undringar som aktualiseras av de återberättade situationerna i materialet som framstår som svåra och problematiska. Ett exempel gällde en patient som inte har tilltro till den biomedicinska traditionen. Vad situationen handlar om är att patienten och sjuksköterskan (sjukvårdssystemet) har olika sjukdomsuppfattningar. Detta förhållande väcker många frågor. Inte endast kring om hur sådana olikheter kan hanteras, utan även kring patientens självbestämmande och dess pris och om tillgång till vård och vårdens kvalitet. En annan pockande fråga, som emellertid går långt utöver studiens ramar, patienten aktualiserar är i vilken mån det alls vore görligt att systematiskt utforska andra medicinska systems eventuellt kompletterande kompetens. I detta enskilda fall får vi aldrig veta och ett sådant utforskande hade kunnat tillföra något alls. Här är det inte menat att tillskriva ett sådant utforskande den enskilda sjuksköterskan. Det vore skäligare att sådant utforskande sker i andra och övergripande sammanhang. Vad situationen sjuksköterskan tar upp visar är att vård i mångkulturell kontext bär med sig dessa komplexa spörsmål som till syvende og sist gäller vårdens kvalitet.

Frågor kring tillgång och kvalitet blir brännhet även genom de exempel som vi tagit del av där det gått ”illa” i någon mening; till exempel att sjuksköterskan har lämnat patientens hem utan utträttat ärende, att undersöka patienten och kunna bedöma vårdbehovet eller ge vård. I termer av ”för mycket” eller ”för lite” ligger det nära till hands att se detta förhållande som ”för mycket” uppmärksamhet.

Sammanfattningsvis, innehåller bilden *både* inslag av vad om kan tolkas som ”för mycket” uppmärksammande *och* inslag av och vad som i första anblick kan förefalla ”för lite”. En slutsats som därför ligger nära till hands är att det verkar fruktbarare att resonera mer kring *hur* det partikulära uppmärksammas och vad uppmärksammandet har för *konsekvenser*. Det vill säga, det är *uppmärksamhetens intention* som framstår som avgörande och precis som i alla andra handlingars fall avgör deras etiska värde. Slutsatsen som kan dras är därför att uppmärksamma eller inte uppmärksamma är lika mycket en fråga om etik som alla andra handlingar i sjuksköterskans möte med patienten. För att igen uttrycka en slutsats och påstående genom en metafor verkar det handla om huruvida patienten är framför eller bakom den etiska linsen. Betraktas patienten genom den etiska linsen eller betraktas patienten först för att därefter bestämma etikens tillämpbarhet.

Bibliografi

- Amin, S. (2002). Om kapitalismens kris och "den kulturella mångfalden". I Lindberg, I. och Dahlstedt, M. (red.). *Det slutna folkhemmet om etniska klyftor och blågul självbild*. Stockholm: Agora.
- Al-Qaradaw, Y. ([1960] u.å). *The lawful and the prohibited in Islam*. American Trust Publications.
- Alvesson, M. och Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Arora, N. K. (2003). Interaction with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social Science & Medicine* 57 (2003) 791-806.
- Barbosa da Silva, A. och Ljungquist, M. (2003). *Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige : en teoretisk och empirisk analys av några nödvändiga villkor för en öppen - holistisk vård i ett pluralistiskt samhälle*. Lund Studentlitteratur.
- Björngren Cuadra, C. (2005). *Tandhygienisters arbete med patienter i ett mångkulturellt samhälle – en studie av migrationsrelaterade frågeställningar och samtal*. Doktorsavhandling. Malmö högskola, Odontologiska fakulteten/IMER.
- Björngren Cuadra, C. (2006). Talet om patienter – en väv av moral, etnicitet och klass. I Fransson, O. och Fryklund, B. (red.). *Migration och profession i förändring*. New Perspectives on Professions. Malmö högskola.
- Björngren Cuadra C. och Cattacin, S. (2007). (red.). *Migration and Health Difference Sensitivity from an Organisational Perspective*. IMER/MIM, Malmö högskola.
- Blennberger, E. (2005). *Etik i socialpolitik och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Borevi, K. (2002). *Välfärdsstaten i det mångkulturella samhället*. Avhandling. Statsvetenskapliga institutionen, Uppsala universitet.
- Brante, T. (2005). *Om begreppet och företeelsen profession*. Borås högskola.
- Burgess, R.G. (1984). *In the Field. An Introduction to Field Research*. London: Allan & Unwin.
- Carlsson, G. (2008). Critical incident. I Granskär, M. och B. Höglund-Nielsen (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Castles, S. (2000). *Citizenship and migration: globalization and the politics of belonging*. Alastair Davidson.

- Cattacin, S. och Chimienti, M. (i samarbete med Björngren Cuadra, C.) (2006). *Difference Sensitivity in the Field of Migration and Health. National policies compared*. Research Report of the Department of Sociology of the University of Geneva, Geneva.
- Cattacin, S. (2007). Introduction: Migration and Health Policies in Perspective. In Björngren Cuadra C. och Cattacin, S. (red.). *Migration and Health Difference Sensitivity from an Organisational Perspective*. IMER/MIM, Malmö university.
- Coleman, J. (1990) *Foundation of social theory*. Cambridge, Mass. Harvard University Press.
- Connell, R. W. (2002). *Gender*. Cambridge: Polity.
- Cook, K.S. et al. (2003). Trust and Distrust in Patient-Physician Relationships : Perceived Determinants of High- and Low-Trust Relationships in Managed-Care Settings. I Kramer, R.M. och Cook, K.S. (red.). *Trust and distrust in organizations*. New York: Russell Sage Foundation.
- Cook, K. S. och Stepanikova, I. (2005). Nätverk och tillit är viktigt för hälsovårdens kvalitet *Axess Magazine* 2005, Issue 5.
- Coulter, A. och Jenkins, C. (2005). European patients' view on the responsiveness of health systems and care providers. *European Journal of Public Health, Vol. 15, No. 4, 355-360*.
- Djurfeldt, G. (1996) *Bodström och kaminen. En introduktion till realistisk vetenskapsteori*. Lund: Arkiv.
- European Commission (2008). *Quality in and Equality of Access to Health-care Services* (HealthQUEST). DG for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- Dominelli, L. (1997). *Anti-racist social work*. Bashingstoke: Palgrave Macmillan. Andra upplagan.
- Fanon, F. ([1971]1995). *Svart hud vita masker*. Göteborg. Daidalos.
- Flanagan, J. (1954). The Critical Incident Technique. *Psychological Bulletin, 51, 327-358*.
- Fransson, O. (2006). Om professionalism, förtroende och tillit. I Fransson, O. och Fryklund, B. (red.). *Migration och profession i förändring*. New Perspectives on Professions. Malmö högskola.
- Fuller J. Multicultural health care: reconciling universalism and particularism. *Nursing Inquiry* 1997; 4: 153-159.
- Giddens, A. (1996). *Modernitetens följder*. Lund: Studentlitteratur.
- Goldberg, T. (1993). *Racist culture. Philosophy and the Politics of Meaning*. Oxford: Blackwell.
- Goodwin, C. (2000). Action and embodiment within situated human interaction. *Journal of Pragmatics, 32, 1489-1522*.

- Gremler, D. D. (2004). The Critical Incident Technique in Service Research. *Journal of Service Research: JSR; Aug 2004; 7, 1*; ABI(INFORM Global page 65-83.
- Hall, S. (2000). Conclusion: The Multicultural Question. I Hesse, B (red). *Un/settled Multiculturalisms. Diaspora, Entanglements, Transruptions.* London/New York: Zed Books.
- Hasenfeld, Y. (1983). *Human Service Organizations.* Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall.
- Helman, C.I. (2001). *Culture, Health and Illness.* London. Arnold. Fjärde upplagan.
- Heritage, J. och Stivers, T. (1999). Online commentary in acute medical visits: a method of shaping patients experience. *Social Science & Medicine* 49: (1999). 1501-1517.
- Holmberg, S. och Weibull L. (2008). *Svenska trender 1986-2007.* Göteborgs universitet, SOM- institutet.
- Honneth, A. (2003). Redistribution as Recognition: A response to Nancy Fraser. I Fraser, N. och Honneth, A. (red.). *Redistribution or recognition. A political-philosophical exchange.* London: Verso.
- Hunt, P. (2007). Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, A/HRC/4/28/Add.228.
[http://www.humanrights.se/upload/files/2/Rapporteur%20och%20seminarie dok/Hunt%20report%202007.pdf](http://www.humanrights.se/upload/files/2/Rapporteur%20och%20seminarie%20dok/Hunt%20report%202007.pdf)
- Hörnfeldt, H. (2002). *Konstruktion av det normala barnet. En intervjustudie med BVS-sjuksköterskor och föräldrar i södra Stockholm.* Botkyrka: Mångkulturellt centrum.
- Islamiska Informationsföreningen i Stockholm (1991). *Muslimerna och vården: En informationsskrift för Dig som arbetar inom sjukvården och där kommer i kontakt med muslimer.*
- Johansson, R. ([1992] 2007). *Vid byråkratins gränser: om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar i klientrelaterat arbete.* Lund: Arkiv förlag.
- Kamali, M. (2002). *Kulturkompetens i socialt arbete: Om socialarbetares och klienters kulturella bakgrund.* Stockholm: Carlssons.
- Karliner, L.S. et al.(2004). The Language Divide The Importance of Training in the Use of Interpreters for Outpatient Practice. *J Gen Intern Med* 2004;19:175-183.
- Karlsson, E. (2005). Möten med Bahar. Om kultur och etnicitet vid vård i livets slutskede. I Öhlander, M. (red.). *Bruket av kultur. En antologi om hur kultur görs socialt verksamt.* Lund: Studentlitteratur.

- Kelley, E och Hurst, J. (2006). *Health Care Quality Indicators Project. Conceptual Framework Paper*. OECD Health Working Papers. DELSA/HEA/WD/HWP (2006)3.
- Kemp, P. (1992). *Levinas. En introduktion*. Göteborg: Daidalos.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 1978, s 85-93.
- Lantz, G. (2007). Hemmets betydelse. I Silfverberg, G. (red.). *Hemmets vårdetik. Om vård av äldre i livets slutskede*. Lund: Studentlitteratur.
- Lill, L. (2007). *Att göra etnicitet: inom äldreomsorgen*. Doktorsavhandling. Malmö högskola.
- Lithman, Y (1987). Invandringen till Sverige – en bakgrund. I Lithman, Y. (red) *Nybyggarna i Sverige. Invandring och andrageneration*. Stockholm: Carlssons.
- Lukkarinen Kvist, M. (2002). *Patienterna, vårdcentralen och mångfalden: En intervjustudie med boende i Fittja*. Botkyrka: Mångkulturellt centrum.
- Luhmann, N. (2005). *Förtroende – en mekanism för reduktion av social komplexitet*. Göteborg: Daidalos.
- Läkare utan gränser (2005). *Experiences of Gömda in Sweden. Exclusion from health care for immigrants i living without legal status*. Results from a survey by Médecins Sans Frontières, Sweden.
- Lögstrup, K.E. ([1956] 1994). *Det etiska kravet*. Göteborg: Daidalos.
- Maggi, J. (2003). *Needed Basic Research in "Migration and Health" 2002-2006 in Switzerland*. Research report 29/2003. Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- Maglessen, R. (2008). *Kultur-sensitivitet. Om å finne likheterna i forskjellene*. Oslo: Akribes. Andra upplagan.
- Malkki, L. (1995). Refugees and Exile: From refugee Studies to the National order of Things. *Annual Review of Anthropology* 24:
- Médecins du Monde (2006). *European survey on undocumented migrant's access to health care*. Médecins du Monde Observatory on Access to Health Care.
- Nortvedt, P. och Grimen, H. (2006). *Sensibilitet och reflektion. Filosofi och vetenskap för vårdprofessioner*. Göteborg: Daidalos.
- Olsson, E. (2000). Etniska gränser och transnationella gemenskaper. Några reflektioner kring etnicitet, social förändring och migration i Olsson, E (red) *Etnicitetens mångfald och gränser*. Linköpings Universitet, Tema Etnicitet.
- Parekh, B. (2000). *Rethinking Multiculturalism. Cultural Diversity and Political Theory*. New York: Palgrave.

- Persson, K. (2005). *Sjuk- och hälsovård här och där – om skillnader i sjukvårdssystemet och synen på hälsa i olika länder*. Internationella hälsokommunikatörerna, Region Skåne, Malmö.
- PICUM (2007). *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*. Brussels: PICUM.
- Renschler, I. och Cattacin, S. (2007). Comprehensive "Difference Sensitivity" in Health Systems. I Björngren Cuadra C. och Cattacin, S. (red.). *Migration and Health Difference Sensitivity from an Organisational Perspective*. IMER/MIM, Malmö högskola.
- Roberts, C. A. och Arguete M. S. (2000). Task and Socioemotional Behavior of Physicians: A test of Reciprocity and Social Interaction Theories in Analogue Physician-Patient Encounters. *Social Science and Medicine* 50(3):309-15.
- Robson, C. (2002). *Real World research*. Oxford: Blackwell. Andra upplagan.
- Rooke, L. (1990). *Omvårdnad och omvårdnadsteoretiska strukturer: ett didaktiskt försök att på praktisk grund utveckla omvårdnad*. Doktorsavhandling. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Rosengren, K-E. och Arvidsson, P. (1991). *Sociologisk metodik*. Fjärde upplagan. Malmö: Liber.
- Rosvall. M. et al. (2004) *Hälsöförhållanden i Skåne. Folkhälsoenkät Skåne 2004*. Socialmedicinska enheten, Region Skåne.
- Schierup, C-U. (2002). Vart tog den sociala dimensionen vägen? Medborgarskap, multikulturalism och social exkludering. I de los Reyes, P. et al (red.). *Maktens (o)lika förkländnader. Kön, klass & etnicitet i det postkoloniala Sverige*. Stockholm: Atlas.
- Singer, P. (1996). *Praktisk etik*. Stockholm: Thales.
- Skyvell Nilsson et al. (2006). Läkares erfarenhetsbaserade kunskap. Delrapport 1. Erfarenhetens professionella uttryck. Göteborgs universitet, Institutionen för vårdvetenskap, Sahlgrenska akademien.
- Songur, W. (2002). *Välfärdsstaten, sociala rättigheter och invandrades maktresurser. En jämförande studie om äldre invandrare från Mellanöstern i Stockholm, London och Berlin*. Statsvetenskapliga inst. Stockholms universitet.
- Statens offentliga utredningar (2006). *Hälsa, vård och strukturell diskriminering*. Groglopo och Ahlberg (red.). Rapport av Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering, SOU 2006:78.
- Stepanikova, I. et al. (2006). Patients' Race, Ethnicity, Language, and Trust in a Physician. *Journal of Health and Social Behavior* 2006, Vol 47 (December): 390-405.

- Streets et al. (2007). Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social Science & Medicine* 65 (2007) 586-598.
- Szebehelys, M. (1995). *Vardagens organisering om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. Lund: Arkiv.
- Tomm, K. (1989). Systemisk intervjumetodik. En utveckling av det terapeutiska samtalet. Stockholm: Mareld.
- Trummer och Krajic (2007). Migrant Friendly Hospitals: Organisations Learn Sensitivity for Differences. I Björngren Cuadra C. och Cattacin, S. (red.). *Migration and Health Difference Sensitivity from an Organisational Perspective*. IMER/MIM, Malmö högskola.
- Vetenskapsrådet (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.
- Weber, M. (1983). *Ekonomi och samhälle: Förståendesociologins grunder 1 : Sociologiska begrepp och definitioner : Ekonomi, samhällsordning och grupper*. Lund: Argos.
- Zarlenga Kerchis, C. och Young, I. (1995). Social Movements and the Politics of Difference. I Harris, D.A. (red.). *Multiculturalism from the Margins*. London: Bergin & Garvey.
- Ålund, A. (1997). *Multikultiungdom. Kön, etnicitet, identitet*. Lund: Studentlitteratur.
- Ålund, A. (2000). Etnicitetens mångfald och mångfaldens etniciteter: kön, klass, identitet och ras i Olsson, E. (red.). *Etnicitetens mångfald och gränser*. Tema Etnicitet. Linköpings Universitet.
- Öhlander, M. (2004). Problematic Patienthood. "Immigrants" in Swedish Health Care. *Ethnologia Scandinavica*. Vol. 34, 2004.
- Öhlander, M (2005). Kulturbundna främlingar. Kulturresonemang i texter om invandrade patienter. I Öhlander, M. (red.). *Bruket av kultur. En antologi om hur kultur görs socialt verksamt*. Lund: Studentlitteratur.



MALMÖ HÖGSKOLA

Malmö högskola

Carin Björngren Cuadra
Universitetslärare/lektor

2007-05-02

Till personal i hemsjukvården

Information om "Tillitsprojektet: En studie av tillitsskapande processer"

Projektet ingår i forskningsplattformen "*Migrationens utmaningar för vård och omsorg*" som är ett samarbete mellan Region Skåne, Malmö stad och Malmö högskola. Projektet syftar till att studera vad som är utmaningar inom vården till följd av de senaste årtiondenas migration när det gäller att erbjuda kvalitativt likvärdig vård. Fokus ligger vid personalens erfarenheter av möten med patienter i hemsjukvården. Det kan röra sig om upplevelser på en bred skala mellan svårigheter och frustration till välfunna lösningar och självklarheter. En huvudfrågeställning gäller hur *tillit* skapas mellan patient och vårdgivare och olika överväganden som man gör som personal kring patienternas skilda bakgrunder.

Studien är förankrad i verksamhetens ledning som ställer sig positiv och har gett sin tillåtelse. Att delta i studien är helt frivilligt och jag kommer därför att be om ditt skriftliga samtycke till att bli intervjuad. Om du vill vara med i projektet innebär det att du blir intervjuad vid ett tillfälle. Intervjun spelas in med bandspelare. Om du ber mig stänga av bandspelaren och avbryta intervjun kommer jag omedelbart att göra det. Du kan även kontakta mig och dra dig ur studien vid senare tillfälle.

Inspelningarna kommer att förvaras inlåsta på Malmö högskola. De kommer att skrivas ut (det som sägs) och analyseras av mig. Ingen annan får höra materialet. Inspelningarna kommer aldrig att spelas upp offentligt. Du förblir helt anonym genom att namn ersätts med kodnamn. Handskrivna anteckningar kommer att förekomma och även dessa kommer att vara avidentifierade i fråga om fullständigt namn och arbetsplats. Vad gäller patienter som du talar om förutsätts du avidentifiera dessa. När analyserna är klara kommer samtliga anteckningar att förstöras. Även inspelade band förstörs när arkivlagen medger detta. Redovisning av forskningsresultat sker endast i avidentifierat skick.

Jag står gärna till tjänst med ytterligare upplysningar om projektet. Projektet kommer att utmynna i en rapport.

Malmö som ovan

Carin Björngren Cuadra

Postadress	Besöksadress	Tel	Fax	Internet	E-post
Malmö högskola	MAS Ingång 49	040-66 57 964		www.mah.se	carin.bjorngren.cuadra@imer.mah.se



MALMÖ HÖGSKOLA

Malmö högskola

Carin Björngren Cuadra
Universitetslärare/lektor

2007-05-02

Till distriktssköterskor

Samtycke till deltagande "Tillitsprojektet: En studie av tillitsskapande processer"

Carin Björngren Cuadra studerar utmaningar inom vården till följd av migration när det gäller att erbjuda kvalitativt likvärdig vård. Fokus ligger vid personalens erfarenheter av möten med patienter med skilda bakgrunder i hemsjukvården och tillitsskapande processer.

Studien bygger på intervjuer som spelas in med bandspelare. Det inspelade materialet skyddas av Sekretesslagen. Redovisning av forskningsresultat får endast ske i oidentifierat skick.

Jag har tagit del av muntlig och skriftlig information om projektet och samtycker till att intervjuas och att intervjumaterial med mig behandlas enligt ovan. Jag är medveten om att jag kan dra mig ur detta projekt när jag vill med omedelbar verkan genom att kontakta projektansvarig Carin Björngren Cuadra.

Namn: _____

Telefon: _____

Datum: _____

Bilaga 2

Intervjuguide - med utgångspunkt i en ”kritisk händelse”

Formalia

Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?

Har du specialistutbildning (distriktssköterska)

Hur många patienter har du nu ”på din tjänst”?

Öppningsfråga och följdfrågor

Kan du berätta om ett tillfälle – en händelse – som du varit med om som sjuksköterska i möte med en patient? Det kan vara en händelse som du är nöjd med eller en som du upplevde var svår att behärska, inte blev så bra eller som du hade tänkt dig.

Det kan vara en händelse som du är nöjd med – nöjd med resultatet - eller en som du upplevde som svår att behärska eller att det inte gick som du förväntade dig.
(kanske missnöjd med) – (När var det?)

Vad var det som hände?

Vad gjorde du?

Hur tänkte du då? Varför just så?

Övervägde du något annat sätt att handla på?

Vad fungerade? Hur löste det sig?

Har du varit med om liknande situationer vid andra tillfällen?

Gjorde du något på nåt annat sätt?

Vilken kompetens använder du dig av tycker du – vad ställdes för krav på dig?

Hur har du lärt dig detta?

Tillit

Om jag hade frågat någon av dina patienter så här: ”Vad är det din sjuksköterska gör som gör att du känner tillit för henne?”, vad tror du då att patienten hade svarat då?

Hur vet du att patienten har tillit till dig?

Har du varit med om att tilliten ”hängde på en skör tråd” – vad hände – vad gjorde du?

Hemmet -platsen

Vad innebär det att arbeta i människors hem tycker du

Hur ser dina kontakter ut med anhöriga?

Organisatoriskt stöd

Har du annan utbildning? Vidareutbildning (personaldagar)

Har du träffat på böcker om ”vård i mångkulturella samhällen”?

Har det gett dig något? Vad har det gett dig?

Avslutning

Sist vill jag fråga om det är något mer du vill berätta? Är det något vi missat att ta upp?

ISBN/ISSN 78-91-7104-219-4/1650-2337

MALMÖ HÖGSKOLA
205 06 MALMÖ, SWEDEN
WWW.MAH.SE