
**En studie av avgörande faktorer för tillit i
mångkulturell vårdkontext - noteringar kring
professionsetik**

Konferenspaper

Carin Björngren Cuadra

Gränssättning inom och utanför professioner
Professionellt förtroende och tillit till professioner

Malmö 17-18 september 2009

Hälsa och samhälle/Health and Society
Malmö högskola/Malmö University
205 06 Malmö
carin.cuadra@mah.se

Abstract

Detta paper bygger på en studie i vilken sjuksköterskor som arbetar i hemsjukvård intervjuades om sina möten med patienter. Forsningsintresset gäller vad det är som skapar tillit enligt deras erfarenhet, vad de ser som avgörande faktorer för tillit. Sjuksköterskorna är verksamma i ett geografiskt område med hög andel befolkning med utländsk bakgrund. Detta tillför ett övergripande intresse för i vad mån de skiljer på allmängiltiga och särskilda avgörande faktorer samt eventuella inkluderings- och exkluderingsprocesser som kan hänföras till patienters etniska och kulturella mångfald. I fråga om teoretiska perspektiv, tar detta paper sin utgångspunkt i James Coleman (1990) vars tillitsbegrepp är interaktivt och låter tillitsskapande processer innefatta en beslutsprocess från tillitsgivarens sida och möjliga komplementära handlingar från tillitsmottagarens sida. Intervjuerna bygger på CIT (*Critical Incident Technique*) samt på en bärande cirkulär fråga.

Analysen visar att sköterskorna erfar både allmängiltiga och särskilda avgörande faktorer samt att dessa i analysen inte framstår som väsensskilda utan snarare som överlappande. Ett grundläggande drag för de avgörande faktorerna är att de har sin grundförutsättning i en sensibilitet för en annan människas subjektiva situation. Vidare skiljs tillit för en person från förtroende för ett system och dess upplevda legitimitet. Slutligen framstår en koppling mellan de uppfattade avgörande faktorerna för tillit och de vårdetiska värden som förknippas med sjuksköterskors professionsetik som helt central. De avgörande faktorerna för tillit tycks föreligga när en sjuksköterska indikerar sin intension och sin kompetens vilka i sin tur är kopplade till vårdetiska värden. Detta innebär att sjuksköterskorna förhåller sig till sin patient utifrån värden som upprätthålls som allmängiltiga. Sjuksköterskans förhållningssätt framstår som "operationaliserad legitimitet" i förhållande till sjuksköterskeprofessionen och hälso- och sjukvårdssystemet.

Introduktion

Pilotstudie i hemsjukvård

Detta papper bygger på en studie i vilken tio sjuksköterskor intervjuades om sina möten med patienter.¹ Forsningsintresset gäller vad det är som skapar tillit enligt deras erfarenhet, vad de ser som avgörande faktorer för att tillit ska komma till stånd. Sjuksköterskorna arbetar inom hemsjukvården och är verksamma i ett geografiskt område med 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 och således är verksamma i vad som brukar kallas en mångkulturell vårdkontext.² Bakgrunden till intresset för tillit och hur det kan komma till stånd ligger i att tillit visat sig vara ett problemområde i mångkulturella vårdssammanhang (Cook och Stepanikova 2005; Lukkarinen 2002). Bland annat har studier visat att en misstanke om (eller erfarenhet av) att som patient bli bedömd utifrån grupp- eller kategoritillhörighet i termer av etnicitet (eller "ras") kan påverka tilliten till vårdpersonalen i negativ riktning (ibid.). Detta innebär att det är rimligt att anta att tillit förhåller sig till inkluderings- och exkluderingsprocesser som kan hänföras till patienters etniska och kulturella mångfald.

Hemsjukvård är en vårdform som sker i samarbete mellan kommuner och landsting. Vårdgivarens ansvar och hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Hemsjukvård innebär att sjuksköterskor ger omvårdnad i patientens hem efter den så kallade tröskelprincipen. Denna princip innebär att en patient som inte är i behov av att läggas in på sjukhus men heller inte klarar av att ta sig över sin tröskel och ta sig till en vårdcentral kan få hemsjukvård. Patienterna är i alla åldrar men de äldre utgör en övervägande del. De arbetsuppgifter som sjuksköterskorna har gäller sårbehandling, smärtlindring, injektioner av olika läkemedel eller näringstillförsel i dropp eller sond och hemdialys i olika former. De kan även gälla "medicindelning" (fördela tabletter i dosetter) och vara behjälpliga med katetrar och inkontinensbesvär. En sjuksköterska i hemsjukvården har viss förskrivningsrätt på läkemedel, hjälpmedel och förbrukningsartiklar.

¹ Studien är publicerad under rubriken *Variationens spektrum – en studie av tillit, sensibilitet och vårdetik i hemsjukvård*. Malmö högskola, Hälsa och samhälle, FoU-rapport 2008:6, tillgänglig på <http://hdl.handle.net/2043/6982>. Studien genomfördes inom forskningsprogrammet "Migrationens utmaningar för hälsa, vård och omsorg".

² Uttrycket mångkulturell vårdkontext används här för att beteckna att patienterna representerar en etnisk och kulturell mångfald.

Profession och tillit – ett förhållande som reser frågor

Det finns ett begreppsligt förhållande mellan profession och tillit. Kopplingen ligger i att förtroende kan ses som en (av flera) bärande karaktäristik i bestämningen av en profession vilket gör profession till ett i grunden relationellt begrepp (Brante 2005). Med Thomas Brante kan 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"*. Värderingen av den professionella personens förmåga implicerar förtroende och det prövas i mötet med allmänheten/klienten (ibid.:2005). Med utgångspunkt i denna bestämning av profession framstår förmågan att spela en aktiv roll i uppkomsten av tillit som en aspekt av *professionalitet* (preliminärt förstått som en kvalitet hos professionsutövaren som är kongruent med bestämningen av profession). En relevant fråga att ställa är därför hur professionsutövare inom en människobehandlande profession, sjuksköterskor, ser på vilken roll de spelar när det gäller att skapa tillit i ett möte med en patient. Vad ser sjuksköterskorna som avgörande faktorer för tillit? En följdfråga är om patienters etniska mångfald är en relevant dimension eller på något sätt tillför någon faktor i de tillitsskapande processerna. Skiljer sjuksköterskorna på faktorer som gäller för alla patienter och faktorer som gäller för patienter med utländsk bakgrund; skiljer de mellan allmängiltiga och särskilda avgörande faktorer?

Perspektiv på tillit

I detta avsnitt är avsikten att klargöra hur begreppet *tillit* förstås i denna studie och hur det sätts i arbete i en empirisk studie. Även ett par centrala teoretikers syn på tillit kommer att beröras.

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 sjuksköterskor 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.³ 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.⁴

Tillit, som begreppet används i denna studie, ses som en central mellanmänsklig eller interpersonell aspekt i mötet mellan en patient och en enskild vårdpersonal. Utifrån ett sådant perspektiv ses tillit som en grundläggande förutsättning för att vårdpersonal skall lyckas med sitt arbete (Fransson 2006:27). Tillit uppfattas då som en särskild aspekt av sociala relationer. Utifrån empiriska studier 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 vårdpersonal och patient.

Ett alternativt synsätt på tillit i vårdsammanhang är att se det som en dygd eller karaktärsdrag hos vårdaren. 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 utan snarare en personlig karaktärsegenskap hos en enskild vårdperson. Detta tillitsbegrepp bottnar 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).

Ett annat perspektiv på tillit som har starkt inflytande inom vårdetiska traditioner är formulerat av den danske religionsfilosofen Karl E. Lögstrup

³ 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).

⁴ 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.

(1994). Lögstrup 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 mer ingående 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 beslutsteori 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 vissa 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 underlag 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 trustor'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.). Coleman menar således att tillitsmottagaren genom i sina handlingar ofta försöker att komplettera, eller motsvara tillitsgivarens sökande efter information om huruvida det är lämpligt eller olämpligt att hysa tillit.⁵

Men vad är det för information eller tecken tillitsgivaren söker? Annorlunda uttryckt; vad handlar tillit om? En början på ett svar på den frågan är att beakta att i den teoretiska diskussionen kring tillit länkas begreppet till *makt* och *sårbarhet* men även till begrepp som *risk* och *osäkerhet*. Utöver att dessa kopplingar är teoretiskt centrala, borgar de 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). Ett gemensamt drag hos flera teoretiker är att de aktualiserar *sårbarhet* hos den som har, eller hyser, tillit. Som vi såg är att hysa tillit 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.⁶ Att överlämna makt till någon innebär att mottagaren får ett handlingsutrymme att fatta beslut. Detta innebär i sin tur att givaren blir sårbar 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 ett möte inom vården handlar det man kan råka ut för om vårdpersonalens kunnande och kompetens men även om hennes avsikt eller intention. På så vis kan tillit i en vårdrelation delas in i två aspekter. För det första, den aspekt som handlar om vårdpersonalens *kompetens* och för det andra, den som gäller vårdpersonalens *intention*.

⁵ Ett tredje perspektiv, som här endast får utrymme i en fotnot, 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). Begreppet risk avser i beslutsteori kända konsekvensers sannolikhet. Osäkerhet avser att konsekvenserna är okända (ibid.)

⁶ 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".

Ovan har konstaterats att det finns ett samband mellan tillit och makt. Makt kommer in i bilden genom att vårdrelationen är asymmetrisk. Den ena parten, vårdare, har kunskaper och kontrollerar resurser den andra parten, patienten 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 (Nortvedt och Grimen 2005:144). 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). 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 vårdaren, 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 (Nortvedt och Grimen 2006:143). Den faktor som kan fungera skyddande i sammanhanget är *professionsetikens bindande normer* vilket dock inte betyder totalt skydd mot eventuella illvilliga avsikter.

Det är även så att patienten ofta saknar valmöjlighet eller alternativ. Vidare uppfattar patienten vanligtvis vårdarens 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 länk mellan den enskilde vårdaren (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 den professionelles legitimitet och en förväntan på dennes roll i vården. Fransson klargör dessa förhållanden.

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).

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 faktor 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 vårdare fungera som en sort "ingång" till ett eventuellt förtroende till systemet förutsatt att tillit skapas i det personliga mötet.

Hur kan tillit studeras?

Ovan presenterades ett synsätt på tillit som innebär att den som hyser tillit tar en risk. Enligt Coleman sker risktagandet i en beslutsprocess vars underlag är den potentiella tillsmottagens handlingar (Coleman 1990:96). Risken, det som patienten kan råka ut för handlar om vårdarens kompetens och intension (Nortvedt och Grimen 2006). Här öppnar sig en möjlighet att studera tillit på ett konkret sätt. Den bärande tanken är att parterna, inom ramen för sin beslutsprocess, övervakar samspelet mellan varandra i relationen (Cook et al. 2003). Övervakningen gäller varandras trovärdighet. Men hur kan då trovärdighet vara synligt? Ett sätt att synliggöra trovärdighet är att tänka sig att det kommer till uttryck i iakttagbara indikatorer. En patient kan tänkas övervakar sjuksköterskans beteenden såsom indikatorer på hans eller hennes intention (eller mer preciserat, vad sjuksköterskan avser att använda sitt maktövertag till). Vissa beteenden tolkas av patienten som en godartade intention och motiv med relationen (Cook et al. 2003:89).

På samma sätt kan sjuksköterskans beteenden övervakas utifrån vad det indikerar om hans eller hennes kompetens. Kompetensfaktorer i vårdssammanhang handlar om i fall sjuksköterskan har tillräckliga kunskaper att bedöma det aktuella medicinska tillståndet och klara av att hantera det på ett adekvat sätt (Cook et al. 2003:89). Iakttagbara indikatorer på kompetens kan leda till en bedömning att det går (eg. sannolikt är mindre riskfyllt) att hysa tillit till honom eller henne.

Ovan ställdes frågan vad är det för information tillitsgivaren söker inom ramen för sin beslutsprocess. Omvänt uttryckt, vad är tecken på en persons trovärdighet? Detta är en empirisk fråga. Framställningen kommer nu att övergå

till att närma sig denna fråga från de intervjuade sjuksköterskornas horisont efter en presentation av studiens genomförande.

Studiens genomförande

Tio sjuksköterskor deltog i denna studie. Som framgått arbetar de i en stadsdel som utmärks av att en relativt stor del av människorna som bor där har utländsk bakgrund. Deltagarnas erfarenhet spänner mellan 10 och 40 år i sjuksköterskeyrket. Merparten av sjuksköterskorna har specialistutbildning till distriktsköterska.⁷

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.

Studien bygger på intervjuer som till sin form var tematiskt semistrukturerade. Utöver detta användes *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).⁸ Den centrala idén i CIT är att respondenten ombeds 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 (Rooke 1990) och annan vårdpersonal som läkare och arbetsterapeuter (Skyvell Nilsson 2006; Carlsson 2008).

"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

⁷ Distriktsköterska är en skyddad yrkestitel. En distriktsköterska är legitimerad sjuksköterska med en specialistutbildning.

⁸ 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 ombads "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).

händelseförlopp förhållandevis detaljerat. De kritiska händelserna kan ha upplevts på olika sätt och både i positiva och negativa termer.

Respondenterna var informerade om att studien genomfördes inom forskningsprogrammet *"Migrationens utmaningar för hälsa, vård och omsorg"*. Detta innebar att respondenterna hade den bakgrundsförståelse som oundvikligen ligger i forskningsplattformens benämning och därmed för att studiens intresse för tillit tog sin utgångspunkt i att patienterna representerar en kulturell och etnisk mångfald. När det gäller studiens intresse för tillit formulerade den centrala frågan cirkulärt (Tomm 1989). Den löd så här.

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?

Avgörande faktorer för tillit

I detta avsnitt presenteras vad de intervjuade sjuksköterskornas menar skapar tillit eller mer exakt; vad de uppfattar som avgörande faktorerna för att tillit ska komma till stånd.

De avgörande faktorerna för tillit som sjuksköterskorna återger i intervjuerna kring deras möten med patienter kan sägas ligga på två plan. Här kallas de för *allmängiltiga* respektive *särskilda* eller annorlunda uttryckt; de universella och de partikulära faktorerna. *Allmängiltiga avgörande faktorer* är de faktorer sjuksköterskorna uppfattar och återger just i termer av att de är allmängiltiga. De uppfattas gälla samtliga patienter oavsett bakgrund av skilda slag. *Särskilda avgörande faktorer* är de faktorer som endast hänförs till möten med patienter som har en utländsk bakgrund.

Allmängiltiga avgörande faktorer för tillit

De allmängiltiga faktorer som sjuksköterskorna uppfattar och återger i termer av att de gäller *alla patienter oavsett bakgrund* kan delas in i två grupper. Dels de som rör sjuksköterskans *intentioner*. Dels de som rör sjuksköterskans *kompetens*.

Sjuksköterskorna nämner i intervjuerna flera specificerade *beteenden* som syftar både på saker de gör i förhållande till patienten och saker de säger till patienten. Bland annat lyfter sjuksköterskorna fram aspekter som har med *bemötande* att göra. En sjuksköterska säger så här.

jag tror själv att bemötandet är det viktiga - annars kan det nog bli massa - bitterhet och klagomål efteråt tror jag - även om det kanske blir väldigt jobbigt i början - att lyssna färdigt menar jag - på någon som kanske har mycket och prata om - alltså även om man inte kan ge en konkret hjälp så tror jag att mycket av dom konflikter som kommer senare - eller klagomål på sjukvård ofta kommer när bemötande varit felaktigt på nåt vis eller man har uppfattat det som att man inte har blivit hörd [...] jag tror att det är viktigare än att man alltid har svaren

Bemötandet är viktigare "än att man alltid har svaren" enligt hennes erfarenhet. Den centrala iakttagelsen ligger i att tillit kan uppkomma om en patient upplever sig lyssnad till; eller omvänt uttryckt, tillit uteblir om patienten "har uppfattat det som att man inte har blivit hörd" som en av sjuksköterskorna vald att uttrycka sig.

Att lyssna tar även en annan sjuksköterska upp som en avgörande faktor för tillit. Hon berättar att hon brukar be patienterna berätta för henne till exempel hur ett sår bör läggas om även om, hon fått anvisningar av en kollega. Hon tillägger att "dom kanske vill ha det på nåt speciellt sätt" och 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 kring vad som skapar tillit återfinns även beteenden som att "att alltid försöka ha ögonkontakt", "vara lugn" men även att "bemöta lyhört", "bry sig" och att "se" patienten som avgörande faktorer. De senare mer abstrakt formulerade faktorerna tar sig konkretiserade uttryck. En sjuksköterska svarar så här på vad hon tror att hennes patienter menar att hon gör som skapar tillit.

så tycker dom att jag bryr mig - och jag tar tag i saker - jag gör någonting åt det - och att jag ser dom - och sen att jag sitter ner [...] hur kort tid jag än har för varje vårdtagare så tar jag alltid av mig jackan och 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 - jag försöker att inte stressa runt - sen kan jag spring mellan vårdtagarna istället

Hon lyfter fram olika handlingar, bland annat hon tar av sig jackan och sitter ner. Dessa handlingar visar att hon "bryr sig". En annan sköterska lyfter fram att hon betar sig lugnt vilket hon bedömer ha en inverkan på patientens tillit.

jag tror [patienterna] skull säga att jag är ganska lugn när jag kommer - det tror jag i alla fall - jag tror att det betyder nog en del [...] jag tror det hjälper dom att dämpa ner att det inte är så farligt kanske det dom trodde - att

dom känner att "det kanske inte är så farligt som jag trodde och målade upp i svart och vitt"

I intervjuerna nämner sjuksköterskorna en rad uttryck med vardagsspråklig förankring som fångar aspekter av personbemötandet och dess konkreta uttryck som de menar kan bidra till att skapa tillit. Forskningen om tillit i vårdrelationer har föreslagit att just sådana beteenden som sjuksköterskorna ger exempel på, såväl verbala som icke-verbala, av båda parterna uppfattas som indikatorer på en relations kvalitet (Cook et al. 2003:70). Men vad är det för speciell kvalitet som eftersträvas? Vad kan beteendet tänkas indikera? Den kvalitet som eftersträvas och som beteendet indikerar är en intention att skapa en ömsesidighet i relationen. Tidigare tillitsforskning har visat att det som uppfattas som sådana indikatorer är ansatser att skapa förutsättningar för en reciprok eller ömsesidig kvalitet i relationen. En sådan kvalitet kännetecknas av individualisering och personligt bemötande vilket kan ställas mot sin motsats, behandling som ett "fall". Bemötande är här ett samlingsbegrepp och fångar en rad nyckeluttryck som respekt och vänlighet och tar sig konkreta uttryck i till exempel tonfall och språkbruk, kroppsspråk och ansiktsuttryck och gester (Blennberger 2005:172ff). Ett exempel på en indikator (på en ömsesidig relation) är ansatser att utjämna maktfördelningen mellan parterna (Cook et al. 2003:88ff). De beteende som sjuksköterskorna nämner kan tolkas som att hon försöker minska sitt professionella maktövertag 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 henne.

I sjuksköterskornas resonemang kring vad som skapar tillit framkommer även beteenden som rör deras kompetens. De faktorer som sjuksköterskorna lyfter fram är indikatorer på kompetens och tolkas som "signaler" till patienten att hon är trovärdig.

I sjuksköterskornas språkdräkt uttrycks kompetens på skilda vis som till exempel "kunnande" och "erfarenhet". En sjuksköterska menar i den linjen att hennes patienter litar på hennes kunnande. Beteenden som konkretiserar kompetens sjuksköterskorna lyfter fram som faktorer 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 jag inte 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 avgörande faktor för tillit. Som vi sett handlar kompetensfaktorer om kunskaper att

bedöma det aktuella medicinska tillståndet och klara av att hantera det på ett adekvat sätt (Cook et al. 2003:89).

En grupp av faktorer som togs upp i samband med tillit med koppling till kompetens gällde kontinuitet i kontakten och tidsanvändning. En av sjuksköterskorna lyfte fram 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".

En sjuksköterska aktualiserar utifrån sin erfarenhet vad som kan ske i det fall det inte finns kontinuitet kontakten, om en "ersättare" kommer till patienten. Brist på kontinuitet inverkar på kompetenskomponenten. Sjuksköterskan menar att byte av personal inverkar på tillitsprocesserna och använder begreppet misstro. Märk väl, att misstro kan ses som ett resultat av rationella överväganden och gjorda bedömningar. Sjuksköterskan säger att "det kan vara väldigt svårt om [patienten] förväntat sig att nu skulle någon annan komma". Situationen förvärras om den väntade sjuksköterskan "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

då känner man att misstron kommer fram mot mig - om jag överhuvudtaget vet någonting - och då känner jag att helst skulle man bara vilja försvinna därifrån - men att man ändå har tagit sig tid - och försökt att få en kommunikation

Härmed har de faktorer som framstår som avgörande för tillit i möten med alla patienter i intervjuerna med sjuksköterskorna presenterats. I nästa avsnitt presenteras de faktorer som hänförs till möten med patienter som har utländsk bakgrund.

Särskilda avgörande faktorer

En tydlig grupp av avgörande faktorerna för tillit som sjuksköterskorna uppfattar, hänförs till möten med patienter som har utländsk bakgrund. Det gäller främst de som inte har svenska som sitt första språk och som sjuksköterskan uppfattar talar lite svenska men det gäller även andra migrationsrelaterade aspekter.

En första faktor som tas upp i detta sammanhang gäller bemötande. En sjuksköterska säger att "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 berördes ovan och framställdes då som allmängiltigt central för att skapa tillit. Emellertid framstår den nu som än viktigare eller rent av som en partikulär eller särskild faktor relaterad till migration (e.g. till i vilken grad patienten talar svenska). En sjuksköterska återger hur hon och en patient med svåra smärtor inte kunde tala med varandra i brist på ett gemensamt talspråk. Hon tillade att just därför "får man röra vid henne - det är viktigt att på något vis röra henne - och titta henne i ögonen och hitta sätt att bekräfta henne". Bemötande, som här framstår som viktigare än då parterna kan tala obehindrat med varandra, kan som vi sett fångas i nyckeluttryck som respekt och vänlighet. Detta 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 vårdpersonalens förmåga att ge och förklara information som en avgörande faktor för tillit (Cook et al. 2003: 73). Med detta sagt, att kunna kommunicera information framgångsrikt är tillitsskapande. Detta tema återfanns i sjuksköterskornas berättelser. Sjuksköterskorna berättar hur de försöker förklara, visa, använda teckenspråk, rita och mima eller på annat sätt kommunicera icke-verbalt i möten med patienter som inte talar svenska. I följande exempel talar en sjuksköterska om ett möte med en kvinnlig patient som "inte kunde ett ord svenska". Exemplet visar att rita kan användas 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 sjuksköterskans 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 arbetsinstrument" säger hon. En annan sjuksköterska menar att hon ritar när det hon vill säga är för svårt att få fram med en gest och nämner "en kanna" som exempel. En sjuksköterska ville vid en medicindelning förmedla till patienten att "jag måste ha dina läkemedel" och "jag måste ha din dosett". Hon återger hur hon då tar fram papper och berättar hur "ritade små tabletter" och även en dosett. Patienten förstod vad sjuksköterskan avsåg, hämtade vad som efterfrågades och sjuksköterskan kunde genomföra sin arbetsuppgift. Nästa citat är valt för att även ge ett exempel på att mim och teckenspråk kan användas för att kommunicera information framgångsrikt. En sjuksköterska säger att;

jag försöker förklara vad jag gör – även om det är teckenspråk så försöker jag visa lite grann [...] det händer någon gång när man inte kan förklara riktigt och dom inte förstår och så [...] jag kan ju inte teckenspråket så det får ju bli lite av eget

Det är också intressant att konstatera att de avgörande faktorerna för tillit som sjuksköterskorna tar upp har en koppling till arbetets organisering i mötet med patienter.⁹ En sådan aspekt som aktualiseras av sjuksköterskorna handlar om tid och tidsåtgång. Eftersom det i vissa fall kan ta mer tid i anspråk att kommunicera med patienten kan tidsåtgången för mötet öka. Detta gör att sjuksköterskorna ibland avsätta mer tid. En av sjuksköterskorna 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 fränsett tidsåtgången. En sjuksköterska kommenterar likaledes att det "tog tid" att nå en arbetsöverenskommelse med en av hennes patienter. Hon säger så här.

det tog tid men när jag fick det så var det "o-k" - tre fyra besök – jag var där en gång i veckan - men vi löste det - vi löste ju det praktiska varje gång - sen så när vi väl började förstå varandras gester och dom försöker lära mig en del jugoslaviska och jag har ju lärt mig en del "dobro" och "malo" och "dobreden" och - så jag menar att sakta men säkert så kommer ju orden och så försöker jag lära dom svenska - en överenskommelse vi har – jag får ett ord av dom så får dom ett ord av mig

En annan sjuksköterska menar att hon sällan har problem i patientrelationerna även då hon och patienten i stort sett saknar ett gemensamt språk. Att det trots detta går bra har, vid sidan av att vårdens uppgift är positiv till sin natur, med tid att göra. Hon säger att hon avsätter extra tid, bygger upp rutiner och håller 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 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

⁹ Denna koppling till arbetets organisering kan diskuteras i termer av att det ställer krav på organisationen i fråga om arbetsvillkor. Se Björngren Cuadra (2008).

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.

När det gäller tidsåtgång varierar även patientens bedömning av sjuksköterskans kompetens och därmed trovärdighet i fråga om tid. En sjuksköterska ger ett exempel som inträffade när hon "var hos en afrikansk familj". Mannen i familjen var hennes patient och han levde med sin fru. I hushållet bodde även patientens svägerska. Sjuksköterskan återger hur patienten efter en tid ställde en fråga som rörde hans svägerska vars ben var oroväckande svullna. Att patienten tog upp frågan har med en tidsaspekt att göra. Sjuksköterskan menar att mannen avvaktat med att fråga henne något som inte är direkt relaterat till sig själv och sin vård. Hon säger att han frågade först "efter ett tag när han kände att, jo, hon kan kanske det som hon påstår att hon kan". Detta kan tolkas som att han efter en tid hade fått tillit till sjuksköterskans kompetens. Vidare uppfattar sjuksköterskan att det förekommer allmänt att patienter ställer frågor kring sina anhörigas åkommor. Emellertid menar hon att det finns en migrationsrelaterad aspekt i sammanhanget som just har med tid att göra. Sjuksköterskan framhäver denna aspekt genom att ställa patienter med utländsk bakgrund mot de patienter som enligt traditionell uppfattning ses som en svensk. Hon säger att

en svensk - dom hade frågat 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

Ett sätt att förstå denna ökade tidsåtgången sjuksköterskan uppfattar, är att se förloppet som en fråga om legitimitet och rollförväntan. En analytisk skillnad mellan tillit till en person och förtroende för ett system som introducerats är här betydande. Med denna tankegång kan vi anta att en patient som "frågar direkt" har förtroende för hälso- och sjukvården som system och därmed en rollförväntan på sjuksköterska redan initialt i mötet. Patienten som, med sjuksköterskans ord "tar lite längre tid innan de där frågorna kommer" behöver tid att göra sin bedömning som föregår att eventuellt gå in i det "riskinvesteringsprojekt" det innebär att prova att hysa tillit till sjuksköterskan. Tilliten till henne kan inte bygga på tidigare erfarenheter av ett system och rollförväntan. Den springande punkten, skillnaden i situationerna och mellan patienterna som sjuksköterskan nämner är att den ene, den som invandrat till Sverige, kan sägas vara "ny" 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 fungera som en "ingång" till ett förtroende för systemet.

Det förekommer också situationer i vilka tillitsskapande processer uteblir. Det utvecklas en konflikt mellan sjuksköterskan och patienten vilket följande situation är ett exempel på. En sjuksköterska återger en händelse med inslag av konflikt. Hon berättar om ett hembesök i familjen 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 sjuksköterskan återger att sonen "började tala om att mamma mår dåligt". Hon svarar att "det förstod jag ju eftersom det är larmat". Sjuksköterskan beskriver hur hon säger att "vi får lägga henne på sängen så vi får undersöka henne" men att sonen svarat "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, uppkommer en stegrande 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 svarar då sonen 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".

En möjlig tolkning kan utgå från tidigare forskning kring hur tillit kan komma till stånd som tagit fasta på vårdpersonals förmåga att kunna utjämna maktfördelningen mellan sig själv och patienten (Cook et al. 2003). Sett ur patientens perspektiv uppfattas en sådan som en indikator på en godartad intention (ibid.). I exemplet ger sjuksköterskan uttryck för att hon uppfattar sig ifrågasatt av patienten. Vad patienten upplever finns ingen möjlighet att säga något om. Med utgångspunkt i sjuksköterskans återberättelse verkar patienten inte acceptera det kunskapsmässiga underläge sjuksköterskans tillskriver honom utifrån sin professionellt grundade maktposition. Det uppstår en konflikt som kommer till en destruktiv lösning genom att sjuksköterskan lämnar hemmet utan uträttat ärende. En rimlig tolkning är att det som "går snett" i situationen är att sjuksköterskan avstår från att försöka utjämna maktrelationen mellan sig och patienten. Det gör att hon inte i det läget skapar tillit, eller mer exakt uttryckt, gör sig trovärdig inför patienten eller närmare bestämt inför patientens anhörige.

En annan möjlig medverkande beståndsdel i situationen som kan övervägas är om det fanns inslag av att sjuksköterskan 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, eller snarare dess anhörige, uppfattade detta förhållande. Som nämndes inledningsvis 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 vårdpersonalen i negativ riktning (Cook och Stepanikova 2005).

Överlappande avgörande faktorer för tillit

De avgörande faktorerna för tillit har ovan benämnts allmängiltiga respektive särskilda. De först nämnda är de som återges i universella termer, de uppfattas gälla alla människor. De särskilda faktorerna i sin tur hänförs till möten med patienter med utländsk bakgrund. Frågan måste ställas om de är helt väsensskilda eller inte.

En rimlig tolkning är att de särskilda avgörande faktorerna, så som de framstår i intervjuerna med sjuksköterskorna, *inte* är väsensskilda från de allmängiltiga eller universella faktorernas. De har ett gemensamt grundläggande drag. De återberättade situationerna förutsätter en känslighet eller *sensibilitet* hos sjuksköterskorna. Sensibilitet avser att vara mottaglig inför en annan människas subjektiva situation (Nortvedt och Grimen 2006). I en sjuksköterskas yrkesutövning avser mottagligheten inte endast kroppsliga erfarenheter (t. ex smärta och lidande) utan även patientens sociala situation. I exemplen ovan ger sjuksköterskorna uttryck för en sensibilitet för patientens subjektiva situation. Det som skiljer de allmänna faktorerna från de särskilda är att de särskilda är grundade på en sensibilitet för patientens subjektiva situation som innefattar patientens möjlighet att förstå och göra sig förstådd i förhållande till henne själv och andra migrationsrelaterade aspekter av patientens sociala situation. Dessa faktorer framstår och framställs i och för sig som särskilda men märk väl, de överlappar med dem som uttrycks i allmänmänskliga ordalag. Dock blir de särskilda synliggjorda och uppfattas som vore de särskilda. Om vi återknyter till ett par exempel, har vi sett att 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 generellt viktig faktor i kommunikation och som en avgörande faktor för tillit genom att vara en indikator på individualisering och personligt bemötande. Ett annat exempel kan vara att kommunicera genom att rita, likaväl som att använda teckenspråk, framstår som en särskild avgörande faktor. Emellertid innebär att rita att sjuksköterskan kommunicerar framgångsrikt vilket är en allmängiltig avgörande faktor. I den meningen uppmärksammar sjuksköterskorna vad de gör som vore det särskilt trots att de gör något allmängiltigt. Detta innebär att de särskilda avgörande faktorerna i grunden kan ses som de samma som de allmängiltiga

men med ett tillägg. De för in en sensibilitet för den andra människans situation som också omfattar migrationsrelaterade erfarenheter och aspekter kring språk och språklig förståelse. Den sensibilitet som kommer till uttryck framstår därför som i någon mening särskild.

I presentationen av avgörande faktorer för tillit har vissa beteenden lyfts fram som indikatorer på trovärdighet. Dessa indikatorer är knappast tagna ur luften. De kan snarast ses som förankrade i vårdetiska värden som förknippas med sjuksköterskors professionsetik.

Tillit och vårdetik - avslutande noteringar

Vi har sett att det är sjuksköterskans intension och kompetens som kan sägas övervakas såsom de kommer till uttryck i avläsbara indikatorer. I det följande argumenteras för att indikatorerna motsvarar centrala *vårdetiska värden*; att det är de etiska värdena som står i centrum för tillitsgivarens övervakning av relationen. Därmed uppmärksammas ett teoretiskt samband mellan tillit och etik.

De etiska värdena som vårdprofessioner brukar sägas vara orienterade till rör både vårdgivarens handlingar och inställning, sinnelag eller intention. Vad gäller handling förväntas de utföras utifrån rationell och empirisk kunskap (vara kunskaps- och vetenskapsbaserad) samt verka *för patientens bästa* (Nortvedt och Grimen 2006). Detta första etiska värde har således med *kompetens* att göra. Det andra etiska värdet som är kopplat till *intension* gäller den inställning som en handling uttrycker vilken förväntas tillvarata patientens *värdighet* och *integritet*. Omvårdnad har således en moralisk dimension som även kännetecknas av den inställning som en handling uttrycker (ibid.:28ff). Dessa värden uttrycks som centrala i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) samt i sjuksköterskornas etiska kod.¹⁰ 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 en människa oavsett social status. Denna grundläggande värdighet gör att vi tillskrivs rättigheter. Integritet å sin sida är kopplat till värdighet genom att det syftar på respekt för ett sådant värdighetsbegrepps konsekvenser (ibid).¹¹

¹⁰ 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 föranstaltas 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>.

¹¹ Det finns ytterligare ett etiskt värde som förs fram som centralt inom omvårdnad. Det har med allmänmännisklighet 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 (Nortvedt och Grimen 2006).

Draget till sin spets fångar de etiska värdena (handling/kompetens för patientens bästa samt intension att tillvarata patientens värdighet och integritet) att patienten räknas som moraliskt subjekt. Det vill säga, patienten räknas som människa och tillräknas ett människovärde och är därmed inräknad i de vårdetiska kodernas personkrets. Axel Honneth kallar detta medräknande för *inkludering*, ett begrepp som fångar graden av inkorporerande av personer och deras värde i ett samhälles etiska omfång (Honneth 2003).

Vad är det då som sker när sensibilitet för patientens situation omfattar migrationsrelaterade erfarenheter och aspekter kring språk och språklig förståelse? Hur förhåller sig denna sensibilitet till vårdetiken? Svaret på frågorna är att sensibilitet genomgående är etikens grundval. Det är känsligheten inför en annan människas subjektiva situation som utgör grunden för ett etiskt ansvar (Nortvedt och Grimen 2006). En sensibilitet för patientens subjektiva situation som innefattar patientens möjlighet att förstå och göra sig förstådd och andra migrationsrelaterade aspekter av patientens sociala situation framstår därmed som en grundförutsättning för ett medtagande i värdegemenskapen ska kunna bli konkret. Utifrån en sensibilitet kan en nyansering i kommunikationen ske, en extra stund kan avsättas och så vidare. Med detta sagt, utan en sensibilitet som konkretiseras, går tillitens avgörande faktorer om intet. Kopplingen mellan tillit och etik framstår därmed som helt central. De avgörande faktorerna för tillit tycks, enligt sjuksköterskorna, föreligga när en patient uppfattar att hon indikerar sin intention att inkludera patienten i vårdetikens personkrets. Sett från sjuksköterskans horisont kan hon eller han utifrån sin sensibilitet indikera sin intension och sin kompetens att inkludera patienten i sin vårdetik. Det innebär att sjuksköterskorna förhåller sig till sin patient utifrån de krav och ansvarstagande som upprätthålls som generella eller allmängiltiga i möten med patienter.

Mot bakgrund av detta samband mellan tillit och etik är det motiverat att föra ytterligare ett resonemang utifrån den definition av profession som presenterades inledningsvis i vilken förtroende impliceras som ett nyckelbegrepp. Förtroende utgör det kitt som binder samman den professionelle med klienten, eller med det övriga samhället (Brante 2005:11). Märk väl, professioner åtnjuter förtroende som baseras på allmänhetens och klientens uppfattning av deras verksamhet (ibid.). Detta sociala stöd kan uttryckas som att professionen uppfattas som legitim, äger legitimitet endast i proportion till det förtroende den åtnjuter. Det är på denna punkt professionsetik aktualiseras. Etiska koder kan sägas backa upp förtroenderelationen (Brante 2005:10). Utifrån denna tanke kan man argumentera för att sjuksköterskornas förhållningssätt (att de relaterar till vårdetiska värden) framstår som ett uttryck

för att via sin yrkesroll operationalisera (eller sätta i arbete) sjuksköterskeprofessionens och hälso- och sjukvårdssystemets legitimitet.

Vad har då denna studie, mot bakgrund av dess intresse för tillit, att säga om förhållandet mellan profession och etik. Det finns olika fruktbara närmelsesätt till detta förhållande. Christoffersen (2007) förslår att vi i huvudsak kan skilja mellan intressen för *professionsetik* och för *professionsetik*. Professionsetik kan således både diskuteras som ett område inom studiet av professioner och professionalisering och som ett område inom etiken (ibid.:24). Med förankring i det första alternativet argumenteras för att förståelsen av vad professioner är – och därmed få en början till en förståelse för professionsetik – räcker det inte med att betona att de har en kunskapsbas (Christoffersen (2007) med ref. till Grimen). Utöver detta behöver vi betona professioner som sociala sammanslutningar med ett samhällsmandat. Professionsetiken kopplas till detta mandat. Den etiska koden kan förstås som konsekvensen av mandatet, mer eller mindre formaliserade värderingar (i yrkesetiska regler och riktlinjer) som ska tillvarata samhällsintresset (ibid.:22). Professionsetiken blir ett uttryck för att man kan lita på professionen. Etiken är i grunden samhällets kontroll av de professionella vilken överläts till professionerna och tar sig uttryck som intern kontroll inom professionen och uteslutning av dem som skadar gruppens förtroende och därmed undergräver dess legitimitet.¹² Sammantaget; politiken föregår etiken. Etikens fundament är politiskt. Inte allmän moraliskt (ibid.:23).

Med intresse för det andra alternativet, *professionsetiken*, blir förhållandet det omvända. Etiken föregår politiken. Detta perspektiv förankrar professionsetiken (i sista instans) i förhållandet mellan professionsutövaren och klienten (Christoffersen 2007:23 med ref. till Nortvedt 2005). Etikens kärna utgörs av professionsutövarens ansvar att handla för klientens bästa (ibid.:23). Detta perspektiv, med sin utgångspunkt i etik och moralfilosofi, poängterar professionsutövarens ansvar som uppstår i möte, ansikte - mot - ansikte, med "den andre". Etiken pekar på så vis långt utöver professionens kunskapsbas och rör frågor om vem jag är; etiken handlar om vår uppfattning om oss själva som människor. Etiken uppstår inte ur ett politiskt samhällsmandat. Den uppstår ur en mer grundläggande etisk hänsyn och omtanke om "den andre". Vad gäller professionsetikens politiska aspekter bygger de på etik och inte tvärtom (Christoffersen 2007:23).

Är det möjligt att överskrida dessa perspektiv? Skulle det kunna vara att både hävda professioners samhällsmandat, uttryckt som deras samhälleligt sanktionerade kvalitet (formulerad i vår definition), och vidhålla den kvalitet som en mänsklig relation bär med sig ifråga om ett etiskt ansvar och sammanföra dem med hjälp av Johan Asplunds (1983:62) metafor. Vi kan med den se sjuksköterskor – likt andra människobehandlande professioner – som

¹² Denna ståndpunkt utgår både från Talcott Parsons (tanken om ett samhällsmandat) och Webers perspektiv (tanken om intern kontroll och uteslutningsmekanismer).

verksamma på "tvärstrecket mellan individ/samhälle". Individperspektivet innebär oundgängligen reflektion kring människovärde och människans mänsklighet. Detta är något grundläggande som ligger utanför professionens räckvidd (Christoffersen 2007:52). Samhällsperspektivet, vilket lyfter fram begrepp som förtroende, legitimitet och yrkesroll, bär med sig vad Brante klargör; professioner måste förstås i ett socialt sammanhang och relateras till sociala strukturer och samhällsutveckling (Brante 2005:13).

Vidare kan vi erinra om att varje människobehandlande profession är baserad på normativa föreställningar (Christoffersen 2007) och de är verksamma i organisationer vars mål och policys alltid och oundvikligen likaså är värdebaserade (Hasenfeld 1983). I ett pluralistiskt samhälle råder ingen konsensus kring dessa värden. Hävdade värden är beroende av uppfattad legitimitet. Det gör att när det gäller att se professionsetik som en konsekvens av ett samhällsmandat som syftar på att tillvarata samhällsintresset (Christoffersen 2007:22) måste vi betänka att det inte är staten (som den samhällelig uppdragsgivare) som är enda källan till legitimitet utan även professionsutövare och allmänhet (Hasenfeld 1983). Poängen är att skiftande värden kan hävdas. Det finns gott om exempel på konflikt mellan officiell policy och vårdprofessionsetik som bekräftar denna komplexitet. Professionsetik kan utgöra referens utifrån vilken samhällsuppdrag så som det avfattas på nationell policynivå kritiseras i sin rådande utformning, likaväl som patienter självständigt kan bedöma professionsutövares etiska värden.¹³ Professionsetiken framstår därmed som belägen på tvärstrecket längs vilket en ständig förhandling - eller varför inte också patienters övervakning - sker gällande tillit och legitimitet. I ett enskilt fall görs bedömningen kring att hysa eller inte hysa tillit till en enskild sjuksköterska. Eftersom bedömningen beaktar både mänsklig sårbarhet likaväl som maktrelationer och strukturella förhållanden, är båda sidor av tvärstrecket involverade. Den gäller både "individuans" och "samhällssidans" hantering. En avgörande fråga är i vad mån professionsutövaren hanterar att möta patienten som individ, inte bedöma denne efter gruppstillhörighet och samtidigt förstå patientens strukturella villkor samt använda sina maktresurser till patientens bästa.

Att se och hantera risken att social status får ett genomslag i bemötande och service brukar ses som uttryck för professionell kompetens (Blennberger 2005). Vad som här framhålls är möjligheten att *exkludera* en människa ur en värdegemenskap (vårdetiken) på basis av människans förhållande till "samhällssidans" (social status). Den empiriska studien föreslår att, eftersom den sensibilitet för patientens subjektiva situation som är en grundförutsättning för

¹³ Ett aktuellt exempel gäller rätten till vård för irreguljära migranter ("papperslösa") där officiell policy nekar denna rätt utan att uppfatta det som ett avsteg från vårdetiska värden, medan flera vårdprofessioner hävdar denna rätt med stöd i vårdetiken (se Ascher 2008). Se även <http://www.vardforpapperslosa.se>.

ett medtagande i värdegemenskapen innefattar patientens sociala situation, behöver det även framhållas att det motsatta, att *inkludera* i värdegemenskapen, förutsätter att "samhällssidan" ges det genomslag i mötet en inkludering kräver. Att hantera "samhällssidan" genom att bortse ifrån den för att undgå risken att exkludera förefaller därför inte vara ett uttryck för professionalitet. Professionalitet framstår sammantaget som en förmåga att som professionsutövare hantera vad båda sidor av tvärstrecket för med sig till förhandlingen om tillit och legitimitet.

Referenser

- Ascher et al. (2008). *Diskriminering i vården av papperslösa leder till lidande och död*. Läkartidningen nr. 8 2008 volym 105.
- Asplund, J. (1983) *Tid, rum, individ och kollektiv*. Stockholm: Liber.
- 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. (2008). *Variationens spektrum – en studie av tillit, sensibilitet och vårdetik i hemsjukvård*. Malmö högskola, Hälsa och samhälle, FoU-rapport 2008:6.
- Blennberger, E. (2005). *Etik i socialpolitik och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Brante, T. (2005). *Om begreppet och företeelsen profession*. Borås högskola.
- Carlsson, G. (2008). Critical incident. I Granskär, M. och B. Höglund-Nielsen (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Coleman, J. (1990) *Foundation of social theory*. Cambridge, Mass. Harvard University Press.
- 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.
- Christoffersen, S.A. (2007). *Professionsetik*. Lund: Gleerups.
- 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.
- Giddens, A. (1996). *Modernitetens följder*. Lund: Studentlitteratur.
- 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*.
- Hasenfeld, Y. (1983). *Human Service Organizations*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall.

-
- 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.
- 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.
- Lögstrup, K.E. ([1956] 1994). *Det etiska kravet*. Göteborg: Daidalos.
- Nortvedt, P. och Grimen, H. (2006). *Sensibilitet och reflektion. Filosofi och vetenskap för vårdprofessioner*. Göteborg: Daidalos.
- Rooke, L. (1990). *Omvårdnad och omvårdnadsteoretiska strukturer: ett didaktiskt försök att på praktisk grund utveckla omvårdnad*. Doktorsavhandling. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Skyvell Nilsson et al. (2006). Läkares erfarenhetsbaserade kunskap. Delrapport 1. Erfarenhetens professionella uttryck. Göteborgs universitet, Institutionen för vårdvetenskap, Sahlgrenska akademien.
- 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.
- Tomm, K. (1989). Systemisk intervjumetodik. En utveckling av det terapeutiska samtalet. Stockholm: Mareld.
- Weber, M. (1983). *Ekonomi och samhälle: Förståendesociologins grunder 1 : Sociologiska begrepp och definitioner : Ekonomi, samhällsordning och grupper*. Lund: Argos.