

En fenomenologisk inngang til profesjonsetikken: Tillit i praksis – forutsetning eller fortjeneste?ⁱ

Introduksjon

Hovedtemaet i denne artikkelen er “En fenomenologisk inngang til profesjonsetikken”. Det er et stort emne og har mulighet for mange vinklinger og tema. Fokus vil imidlertid bli rettet mot tilliten i pasient-behandler-relasjonen. Innledningsvis vil profesjonsetikk eller profesjonsmoral og hva dette innebærer, diskuteres, før jeg peker på fenomenologi som innfallsvinkel til profesjonsmoralen via et grunnleggende fenomen som tillit.

Tillit er et begrep som er mye drøftet i etikk-literatur, spesielt de senere årene. For hva er tillit? Hva gjør tillit med oss og mellom oss som mennesker? Kan det defineres eller forklares? Er tillit en grunnleggende forutsetning mellom mennesker som bare ”er” der slik som spebarnet fullstendig overgir seg til den andre i tillit. Eller er tillit en fortjeneste som helsearbeideren har gjort seg fortjent til i egenskap av profesjonstilhørighet, eller fordi hun/han har opptrådt tillitsvekkende i møte med pasienten? Spiller det noen rolle om hvordan tillit oppstår bare det er til stede i slik grad at det gjør relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottakere i helsevesenet fruktbart og muliggjør at tjenestemottaker får den hjelp som hun/han har søkt om fra helsevesenet?

Hensikten med artikkelen er å diskutere ut fra etisk teoridebatt tillit som fenomenologisk inngang til profesjonsetikken.

Ordet fenomenologi betyr ‘læren om fenomenene’, mens fenomen betyr ‘det som viser seg’ (Zahavi, 2003). For fenomenologi som filosofisk retning regnes filosofen Edmund Husserl

(1859-1938) som grunnlegger. Hans grunnleggende tese var 'tilbake til saken selv' (Husserl, 1970: 6). Men hva er 'saken selv' og hva er begrepet om 'saken'? Vi er altså ute etter å beskrive hvordan fenomenet viser seg som det fremstår for oss. Det er det erfarende og opplevende subjekt som gir tilgang til en forståelse av et fenomen. I en forskningssammenheng blir det derfor viktig å gå induktivt til verks, der man starter med observasjoner og beskrivelser av det fenomen man er ute etter å studere. Man vil beskrive fenomenet og dets fellestrekk slik det fremstår i virkelighetens verden for den enkelte.

Her skal tillit som trekk ved profesjonsetikken diskuteres ut fra en forståelse av at tillit kan ses på som et grunnfenomen i tilværelsen og samtidig noe som profesjonsutøvere må opparbeide og gjøre seg fortjent til. Til sist i artikkelen vil en argumentere for en forståelse av tillit som fenomen som grunnleggende for profesjonsetikk.

Hva forstås med profesjonsetikk?

Alle tjenesteytere i helsevesenet arbeider ut fra en forståelse av sin rolle som profesjonsutøver, og i det ligger implisitt at man følger en viss etisk og moralsk standard for den tjenesten man yter. Alle yrkesgrupper i helsevesenet har sine egne yrkesetiske retningslinjer som forteller profesjonsutøverne selv, pasienter og pårørende, samt samfunnet rundt hva man kan forvente av etisk og moralsk standard av tjenesteyternes praksis. Filosofen Harald Grimen definerer profesjonsmoral som

“... normer og verdier som definerer vilkår for samarbeid mellom yrkesutøvere som samhandler gjennom en kollegial organisasjonsform, og som eventuelt setter opp standarder for atferd overfor andre i den komplementære rollen som klient” (Grimen, 2008a: s. 145).

Men hva innebærer det at vi samhandler gjennom en kollegial organisasjonsform? Grimen (2008a: 145) forklarer det ut fra visse sentrale kjennetegn som vil bli presentert i det videre.

Kollegiale organisasjonsformer er egalitære i den forstand at partene i organisasjonen er likeverdige; dvs som kolleger stiller man som likeverdige i samarbeidet med hverandre. Det

betyr ikke at man er like eller at det ikke finnes ulikheter mellom de ulike utøverne og profesjonene, men i utgangspunktet er de like – verdige. Men en kollegial organisasjonsform kan innebære at det er ulikheter mellom de ulike utøverne og profesjonene, men det innebærer at ulikheter er meritokratiske, dvs basert på ulikheter i formell kompetanse eller erfaring, ikke på irrelevante ulikheter som kjønn, klasse etc. Videre kan de anses som argumentasjonsfellesskap med indre ordninger som regulerer atferd, for eksempel yrkesetiske retningslinjer. I en kollegial organisasjonsform vil kollektive handlinger bygge på demokratiske vedtak fattet etter forutgående diskusjoner, ikke enerådsvelde. De ulike deltagerne i fellesskapet deltar også med sine vurderinger ut fra kunnskap og erfaringer når beslutninger skal fattes (Grimen 2008a: 145).

Profesjonsmoralens funksjon skal være et vern mot illegitim utøvelse i profesjonens navn. Det innebærer at de som er ansatt som sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere etc har kunnskaper og holdninger som ivaretar respekten for pasienten eller klientens menneskeverd og rettigheter. Profesjoner har tillatelse til handlinger som ellers ville være forbudte, jamfør sykepleieres og legers krenkelse av intimsfæren i det godes navn. Det er ingen som får tilgang til å utføre så intime handlinger mot et fremmed menneske som helsearbeidere i tjeneste og det medfører at for at helsearbeidere skal få adgang til å utøve yrket og gi de tjenester de er opplært til, kreves at pasienten har tillit til at helsearbeideren møter ham eller henne på en faglig profesjonell måte. Dette skal profesjonsmoralen bidra til.

Grimen (2008a: 152) gir noen eksempler på profesjonsmoralens beskyttende funksjon og nevner blant annet at de skal hindre illegitim forfølgelse av egeninteresser og illegitime interessekonflikter og sammenblandinger. Videre skal de forebygge manglende faglig oppdatering av kompetanse og hindre illegitim spredning av sensitiv informasjon; jamfør også lovverk med taushetsplikten som eksempel. Lovverket har også en annen funksjon, nemlig å klargjøre verdier i helsetjenesten og for profesjonene. Her brukes pasientrettighetsloven som

eksempel på hvordan etiske verdier synliggjøres som grunnlag for profesjonsutøvelse. Det er min utheving av tillit som verdi ut fra at det er det fenomenet som søkes drøftet i denne artikkelen. Pasientrettighetslovens formål er:

“Lovens formål er å bidra til å sikre hele befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsevesenet, samt å **bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjenesten** og ivareta respekten for den enkelte pasients menneskeverd og integritet” (HOD, 1999. Min utheving)

Ifølge Grimen er profesjonsmoralen et viktig styringsinstrument for samfunnet overfor profesjonene. Samfunnet har i sin essens ikke tillit til at profesjonene selv kan ivareta den oppgave den har fått fra samfunnet, uten at samfunnet har reguleringsmekanismer som ivaretar samfunnets interesser. Her kommer profesjonsmoralen inn. Ifølge Grimen er profesjonsmoralen basert på politikk og samfunnets interesser med profesjonene.

Profesjonsmoralen bygger på institusjonalisert mistillit der profesjonene må sette opp standarder for sin utøvelse for at samfunnet skal ha grunnlag for å vise tilliten til profesjonene og tildeling av det mandat profesjonene forvalter for samfunnet (Grimen, 2008a; 2009).

Kan noen ganger den fenomenologiske forståelsen av fenomenet være betydningsfullt for at profesjonsutøvere har en viss profesjonsetisk standard i møte med sine pasienter, klienter, elever eller andre profesjonsmottakere?

Jeg vil gjerne belyse en fenomenologisk inngang ut fra fenomenet tillit. Tillit er i litteraturen beskrevet blant annet på to ulike måter, der jeg bruker henholdsvis den danske teologen Knut Ejler Løgstrup og den norske filosofen Harald Grimen, med noen innspill fra en annen norsk filosof, nemlig Arne Johan Vetlesen. Jeg ser tillit som et fenomen nødvendig for helsearbeid og har i denne artikkelen et fokus på tillit i helsetjenesten da det er naturlig med min fagbakgrunn som sykepleier.

Tillit som grunnfenomen hos Løgstrup

Tillit er en livsytring i følge Løgstrup (1956/1991), det vil si det er et grunnfenomen i tilværelsen og en nødvendig forutsetning for samhandling mellom mennesker. En livsytring kan man si er slik livet ytrer seg i det vanlige ordinære livet for den enkelte. Det er det spontant gitte og ikke noe man overveier og velger bevisst å møte andre med. Som grunnfenomen er tillit noe som oppstår spontant i møtet mellom mennesker. Det er ikke noe man vurderer om man vil møte den andre med eller ei, det er den naturlige måten å møte hverandre som mennesker på. Livsytringene er **spontane og suverene**. At de er suverene betyr at tillit som livsytring viser seg i vår daglige omgang med hverandre av seg selv, vi skaper eller kontrollerer ikke tilliten. Den formidles av oss på en umiddelbar måte. Løgstrup nevner videre at tillit som livsytring er **taus og anonym**. Det innebærer at tilliten ikke anvendes som prinsipp som skal brukes i bestemte tilfeller. Tilliten får sitt innhold ut fra vår situasjonsoppfattelse, vårt konkrete møte med situasjonen. Det er når vi står overfor hverandre vi viser tillit. Dersom vi anser den andre som truende eller vår tillit tidligere har blitt misbrukt kan tendensen til å være tillitsfull endres til å vise mistillit heller enn tillit. Til slutt sier Løgstrup at tillit som livsytring er **definitiv og radikal**. Det vil si at tilliten er enten til stede i situasjonen eller ikke, ikke bare litt tillit, enten har vi tillit eller ikke og det er oss ikke likegyldig om jeg vises tillit eller ei. Det gjør en forskjell om jeg blir møtt med åpenhet og tillit eller mistenksomhet og mistillit. Vi står også alltid i valget om vi vil ta vare på den andres livsmuligheter (Løgstrup 1956/1991).

Dersom livsytringene ikke mottas med ærlighet og respekt, kan de utvikles til såkalte kretsende tankefølelser (Løgstrup 1956/1991). Det er de negative følelser som hat, misunnelse, skyld og skam der personen fokuserer på seg selv og tankene kretser rundt egen livsoppholdelse. Disse er ikke spontane, men gjennomtenkte handlingsformer der mistroen og mistilliten er det fremtredende, heller enn tilliten. Grunnlaget for mistillit kan være misbruk

av den tilliten tjenestemottaker i utgangspunktet har vist tjenesteyter. Slik sett vil tillit være en forutsetning for at relasjonen kom i stand, men der denne ikke blir møtt på en adekvat måte kan det føre til at tillit ikke fortjenes som en fortsettelse for å opprettholde relasjonen mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. Løgstrup (1956/1991) henviser til den etiske fordring som betyr at den enkelte har en fordring, et krav på seg, til å imøtekomme den andre personens utlevert-het i situasjonen.

Nå er det naturligvis også tilfeller der mistilliten er utgangspunktet for enkelte mennesker fordi de allerede tidligere enten i livet selv, eller i møte med helsevesenet tidligere, er blitt møtt på en slik måte at tilliten ble krenket og har medført mistillit. Men det er ikke det vanlige slik at jeg forutsetter at i den normale relasjon mellom helsearbeider og pasient starter ut med fenomenet tillit der pasienten blottstiller sin svakhet i det håp om at helsearbeideren vil ta imot ham eller henne med respekt og i det videre gjøre seg fortjent til den tillit de er vist. Det er imidlertid grunnlag for å drøfte nærmere tilliten i relasjonen og være noe kritisk til den fenomenologiske forståelsen av tillit som noe nærmest ubetinget livsytring som bare “er” i situasjonen. Dette fordi det er en forskjell mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. De er kanskje likeverdige, men de stiller absolutt ikke likt i et møte der den ene fremstår med sykdom og lidelse og den andre med kunnskaper og er på “hjemmebane” i helsevesenets “korridorer”. Relasjonen er ikke lik i den forstand at det finnes flere former for asymmetri eller ulikevekt mellom pasient og helsearbeider.

Kritikk til Løgstrups syn på tillit

Blant annet Grimen (2008b: 200-203) diskuterer nærmere relasjonen og den asymmetri som finnes mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. Han påpeker at relasjonen mellom profesjonsutøver og tjenestemottaker er preget av ulikheter mellom partene. Disse ulikhetene

forklarer han som: 1) epistemisk asymmetri; 2) profesjonenes portvaktfunksjon; 3) en viss grad av tvang i relasjonen; 4) ulike forutsetninger i relasjonen.

Epistemisk asymmetri innebærer ulikheter i kunnskap mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Den profesjonelle vil ha en fagkunnskap som tjenestemottaker trenger for å håndtere en endret helsetilstand. Man kan diskutere om denne epistemiske asymmetrien er i ferd med å endres etter som pasienter vil ha tilgang på medisinsk kunnskap via internett og bøker. Slik sett kan de anses å være mer likeverdige med helsepersonell ut fra en kunnskapstilegnelse om sin sykdom. En skal likevel ikke trekke denne tilsynelatende symmetrien for langt. Det er en del som har krefter og muligheter til å tilegne seg tilnærmet likeverdig kunnskap med helsepersonell, men det er antageligvis ikke regelen. Når man er syk er man i mange tilfeller svekket og har nedsatt krefter og evne til å lete frem til relevant kunnskap på internett og via andre kilder. Helsepersonell er i utgangspunktet skolert med fagkunnskap som det ikke alltid er like lett å tilegne seg etter man er blitt syk. Likeledes vil tjenestemottaker trenge noen goder fra samfunnet som den profesjonelle sitter og "vokter" tilgangen til, derav portvaktfunksjon. Helse- og sosialpersonell gir tilgang til tjenester og muligheter som samfunnet gir ved sykdom som for eksempel sykemelding, sykepenger, attføringspenger, resept på medisiner, tilgang til hjelpemidler etc. Pasienter må godtgjøre overfor helsepersonellet at de er i en tilstand som bør utløse disse rettighetene og helsepersonellet definerer hvem som faller innenfor og gis rettigheten og hvem som ikke skal få denne. Når Grimen (2008b) snakker om tvang i relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker er det ikke fysisk tvang i den forstand man vanligvis legger i begrepet. Det er en forståelse av at den syke som trenger profesjonell hjelp ikke har valgt dette selv i utgangspunktet. Ingen velger sykdom, den blir "kastet" på en og skaper en ny situasjon der man må gjøre og forholde seg til profesjonelle som kan bidra til å endre situasjonen, forhåpentligvis til det bedre. Dessuten er forutsetningene i situasjonen ulike i den forstand at

tjenestemottaker er syk eller har en skade eller funksjonsnedsettelse som påvirker personen både fysisk, mentalt og ofte sosialt. I motsetning til dette står den profesjonelle i en, hva man kan kalle en form for “normaltilstand”, og er i et selvvalgt og kjent miljø og den som besitter “maktmidlene” i situasjonen. Tjenestemottaker er avhengig av at de tjenesteytere de utsettes for er moralske og bevisste den makt de besitter og at den pleie, omsorg og behandling som ytes innehar en moralsk standard der tjenestemottakers tillit mottas med respekt. Dersom det ikke skjer kan situasjonen oppleves nedverdiggende og skape mistillit. Jamfør et sitat av

Vetlesen om omsorgens tvetydighet:

“Omsorgens tvetydighet består i at det beste kan bli det godes fiende, at noen ofres for andres skyld, at å hjelpe er å utøve og dermed potensielt misbruke makt, at det moralske (eventuelt umoralske) ved det som gjøres, er så avhengig av ståsted, av øynene som ser. Omsorg kan så fort tippe over og bli overgrep” (Ruyter og Vetlesen 2001: 19).

En asymmetrisk relasjon er avhengig av at det blir vist tillit og at tilliten som vises mottas og respekteres og at den makt det innebærer å “holde noe av den annens liv i sin hånd”, som Løgstrup (1956/1991: 25) uttrykker det, blir utvist på en forsvarlig måte i møtet mellom personene i relasjonen. Men det kan også sies med Grimens (2009: 19) ord om at “Å stole på noen er å handle med få forholdsregler”. Det innebærer en alternativ forståelse av tilliten der tillit blir noe man velger å vise den andre med eller ei.

En alternativ forståelse av tillit

Filosofen Harald Grimen beskriver tillit på en skjematisk måte og har beskrevet en ”formel” for hva en tillitsrelasjon innebærer. Han skriver en beskrivelse av tillit er og hva tillitsgivere gjør:

1. A overlater noe – X til Bs varetekt i en viss tid
2. A overfører – alltid de facto og av og til de jure – skjønnsbasert beslutningsmakt over X til B
3. X er viktig for A
4. A forventer at:

- (a) B ikke kommer til å gjøre noe som skader As interesser;
 - (b) B er kompetent til å ivareta X i tråd med As interesser, og
 - (c) B rår over passende midler for å ivareta X
5. A tar ikke forholdsregler for å beskytte seg mot Bs mulige misbruk av X
(Grimen 2008b: 197; Grimen 2009: 20)

Dette kan forklares ved å sette inn noe som skal overføres uten disse forholdsreglene Grimen snakker om. Vi kan i denne sammenheng tenke oss at X er helsetilstanden og sykdom med symptomer som kan formidles:

1. Pasienten overlater sitt liv og sin helse til helsepersonellens varetekt i en viss tid
2. Pasienten overfører alltid i virkeligheten og av og til juridisk, en skjønnsbasert beslutningsmakt over egen helse til helsepersonellet
3. Helsen er viktig for pasienten
4. Pasienten forventer at:
 - (a) helsepersonellet ikke kommer til å gjøre noe som skader pasientens interesser;
 - (b) helsepersonellet er kompetent til å ivareta pasienthelsen i tråd med pasientens interesser, og
 - (c) helsepersonellet rår over passende midler for å ivareta pasientens helse
5. Pasienten tar ikke forholdsregler for å beskytte seg mot helsepersonellens mulige misbruk av pasientens helseplager (for eksempel at helsepersonell ikke misbruker tilliten til å sikre egen økonomisk gevinst etc)

Denne forståelsen av tillit kan fortolkes at man ser på tillit som et bevisst valg der man veier for og mot om tjenesteyter B er verdig å ta over dette såkalte X av verdi for A. I følge modellen til Grimen vil A ikke trenge å ta noen forholdsregler fordi tjenestemottaker A stoler på at tjenesteyter B vil ta hånd om helsen X på beste måte.

I denne modellen blir tillit ikke et grunnleggende fenomen i tilværelsen, men noe man overveier om man vil møte den andre med og om man vil overlate dette **noe X** til den andre eller ei. Det forutsetter nærmest at det er en valgmulighet å vise tillit der den andre må ha fortjent denne tilliten for å bli overlatt symptomene og sykdommen X for behandling.

Når pasienten så overlater sin helse og sykdom til helsearbeideren viser han eller hun tillit, og gir i den overlatelsen en makt til helsearbeideren. Grimen (2001) sier at tillit og makt henger sammen, jamfør modellen til Grimen der beslutningsmakt over noe av betydning for tillitsgiver gis til tillitsmottager. Slik synliggjøres sammenhengen mellom tillit og makt.

Tillitsmottager får makt over noe som er av betydning for pasienten, som for eksempel makt til å gjøre noe med pasienten fysisk eller psykisk i forhold til symptomer eller endringer i helsetilstand. Grimen sier i artikkelen i legetidsskriftet fra 2001 at makt kan skape tillit fordi tjenesteyter i kraft av sin profesjon har kunnskaper og ferdigheter. De har en autoritet i egenskap av profesjonell helse- eller sosialarbeider med en utdanning som gjør at samfunnet har tildelt vedkommende en posisjon der de gis myndighet til å utøve makt. Makt kan være nøytralt, men kan forstås som en mulighet til å påvirke en annen til å gjøre noe han eller hun ellers ikke ville gjort (Rønning, 2007: 35). Det er hvordan makten brukes overfor den annen som avgjør om makten erfares som positiv eller negativ av tjenestemottaker. Det er imidlertid alltid en maktasymmetri mellom tjenesteyter og tjenestemottaker i denne forståelsen av tillit fordi tjenesteyter vil sitte på ressurser som gir mer makt enn hva tjenestemottaker vil ha i en situasjon i helsetjenesten. Dette kan ses i sammenheng med epistemisk asymmetri som ble diskutert tidligere der profesjonsutøvere har et annet kunnskapsgrunnlag og derved en definisjonsmakt som skal brukes til pasientens beste, men hvor pasienten må utlevere seg i tillit til helsearbeideren og en forsvarlig maktbruk hos denne.

Grimen (2001) drøfter videre at denne tilliten kan være ”ovenfra” eller “nedenfra”. Der tillit er ovenfra mener Grimen (2001) at den som utviser tillit gjør dette fordi vedkommende har sanksjonsmuligheter som de kan bruke overfor den ansvarlige ved et eventuelt tillitsbrudd. Dersom helsepersonell misbruker tilliten har pasienter etter pasientrettighetsloven klageadgang både til pasientombud, til fylkeslegen/helsetilsynet og via rettssystemet. Det skal imidlertid styrke til å bruke slike sanksjonsmuligheter slik at mange pasienter er avhengige av pårørende for å bruke disse dersom de opplever at tilliten misbrukes. Dersom tilliten kommer ”nedenfra” vil den som utviser tilliten ha liten eller svake sanksjonsmuligheter mot tillitsmottager dersom denne misbruker tilliten. I dette spenningsfeltet står ofte tjenestemottaker. Hun eller han er avhengig av helse- og sosialpersonellets hjelp og må således vise tillit overfor helsepersonellet. Mange pasienter har derimot få muligheter til å velge om hun eller han vil vise tillit fordi de er i en situasjon der de er avhengige av hjelpen helsepersonellet tilbyr. Samtidig har mange manglende evner og ressurser til eventuelt å sanksjonere om de opplever tilliten misbrukt. Pasienter kan oppleve at de ønsker en annen hjelp eller hjelp fra andre enn de som kommer fra helsevesenet, for eksempel i hjemmetjenesten er det nevnt eksempler på at pasientene ønsker annen hjelp eller mer hjelp fra hjemmetjenesten enn de får (Lillestø, 1998). Pasientene opplever at de ikke har andre sanksjonsmuligheter enn å trekke seg fra hjelpen, men hvor dette til syvende og sist går utover pasienten selv og ikke helsepersonellet. Alternativet for pasientene er at de må akseptere hjelpen og vise tillit til at de som kommer ivaretar de hensyn som pasienten trenger i situasjonen.

Helsepersonell er også avhengig av tillit fra ulike hold, som for eksempel som nevnt ovenfor må de ha tillit fra pasientene. Det må de ha for å kunne gi et faglig forsvarlig tilbud som står i tråd med de behov tjenestemottaker, pasienten, har i situasjonen. Men profesjonene er også

avhengig av tillit fra samfunnet for å kunne utøve det mandat de er utdannet til og som samfunnet erkjenner profesjonene myndighet over. Et tredje og siste tillitsforhold som må finne sted i helsevesenet, er at helsepersonellet selv har tillit til det systemet de arbeider innenfor. Det er nødvendig for at tjenesten skal fungere optimalt. Helsearbeideren må ha tillit til at betingelsene for faglig forsvarlig virksomhet er tilstede slik at de kan utføre de oppgaver som tilligger profesjonsutøveren å ivareta innenfor “systemet”. Hva skjer hvis systemet ikke lever opp til forventninger, det vil si at arbeidet legges ikke til rette slik at tjenesteyterne kan utføre faglig forsvarlig pleie og behandling for eksempel på grunn av for stramme økonomiske rammer, rigide kontrollsystemer, faglig skjønn ikke får rom eller lignende? Tillit er et komplekst fenomen og faren er at tilliten undergraves slik at handlingsrommet begrenses. Dersom tilliten bryter sammen står helse- og sosialpersonell overfor store utfordringer med tanke på å kunne gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

Tilliten går altså flere veier, fra pasient til profesjonsutøver, fra samfunnet til helsetjenestens utøvere og fra helseprofesjonene og til samfunnet og dets systemer. Men tilliten antar også derved ulike former: den spontane tillit og den fortjente tillit. Eller som jeg sier i tittelen til artikkelen: tillit både som forutsetning og som fortjeneste.

Tillitens to former

Vi kan således si at tillit ut fra tenkningen til Løgstrup (1956/1991) og Grimen (2008a, b & 2009) kan sies å anta to former:

1) spontan tillit man umiddelbart møter den andre med, den tilliten man må møtes med for å ha et handlingsrom og

2) en tillit som vokser frem som man må gjøre seg fortjent til der tjenestemottakeren erfarer tjenesteyter som kompetent og ansvarlig og som hun/han kan overlate seg selv og sin egen helse til for å være behjelpelig med mulige helseplager til (Slettebø, 2011).

Ulike måter å se på tillit på er diskutert av blant andre filosofen Vetlesen i en artikkel der han tar et utgangspunkt for tilliten i teologen Løgstrups forståelse av tillit som en livsytring til forskjell fra filosofen Grimens utlegning av tillit som det å overlate **noe** i stedet for **noen** til en annen (Vetlesen 2010).

Hvordan skal vi da forstå Løgstrups forståelse av tillit? Er tillit et fenomen eller skal tillit forstås som en pliktorientert tilnærming mellom mennesker der man bevisst velger å møte noen med tillit eller ei? Konkret kan spørsmålet stilles som Vetlesen gjør i en artikkel i Nytt Norsk Tidsskrift i 2010 (Vetlesen 2010): Er tillit å bli overlatt en ting eller tillit å overlate personen selv: å blottstille seg selv som person og erfarende subjekt og faren for å bli møtt med avvisning?

Da er diskusjonen tilbake til utgangspunktet: er tillit en forutsetning det vil si et fenomen som finnes mellom mennesker som en livsytring der vi som helsearbeidere må ta i mot den andre personen, pasienten, og hans eller hennes utlevert-het og blottstillelse i situasjonen? Jeg mener ja, absolutt. Som mennesker er vi sårbare og avhengige og spesielt i en situasjon med sykdom og lidelse. I denne sårbare posisjonen må pasienten utlevere seg og til en viss grad overgi seg selv til helsearbeideren i tillit, for å bli møtt og tatt vare på. Men i de første møtene legges også grunnlaget for at tillitsforholdet skal opprettholdes.

Tilliten er en forutsetning for at pasienten tar kontakt med helsearbeideren og oppsøker helsetjenesten. Men tilliten må møtes på forsvarlig vis slik at helsearbeideren viser at de fortjener den tillit de er vist. Pasienten må erfare at tilliten imøtekommes og at helsearbeideren både møter pasienten som person som utleverer seg og at den “tingen”, nemlig helse og sykdom, som overlates til helsearbeiderens kunnskap og hender blir ivaretatt på en måte som gjør at tilliten er fortjent.

Ved å ta utgangspunkt i tillit som fenomen, får man et eksempel på en fenomenologisk inngang til profesjonsetikken der tilliten anses som grunnleggende fenomen for samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og som et element der profesjonsmoralen synliggjøres. Å se på tillit som et fenomen handler om å se på tilliten som fundamentet for å kunne blottstille seg som menneske i møtet med det andre mennesket, profesjonsutøveren, i den tro at man blir tatt vare på og menneskeverdet blir respektert.

Dersom man tar utgangspunkt i tillit som noe som skal fortjenes for å oppnå noe, er det en fare at tilliten kan forvitte. Jeg sier ikke at Grimens forståelse av tillit medfører forvitring, men jeg ser en fare i at det kan oppstå med en mer pliktorientert forståelse av tillit som noe man kan bruke for å oppnå makt og autoritet over en annen. Det blir et brudd på tillit som livsytring der den andres utlevert-het brukes som middel til å oppnå tilgang til å gjøre en jobb. Det er ikke det umiddelbare der den annen ses som person og der utgangspunktet er en tre-leddet relasjon mellom subjekt-subjekt som samhandler om et felles objekt. Det er fare for at tilliten blir brukt til å etablere den to-leddete relasjonen mellom helsearbeidersubjekt og pasientobjekt for å låne tenkning fra filosofen Skjervheim (1996/2001). Etablering av tillit uten den fenomenologiske tenkning i bunn står i fare for å bruke tillit som hjelpemiddel heller

enn som et fenomen som viser seg i vår umiddelbare forståelse av hverandre. Da er profesjonsetikken i fare, mener jeg.

Konklusjon

Det konkluderes med at den fenomenologiske forståelsen av spontan tillit i Løgstrups (1956/1991) mening er en nødvendig forståelse for profesjonsetikken for i det hele tatt å opparbeide en relasjon mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og som gir handlingsrom for videre profesjonsutøvelse. Fenomenet tillit blir da utgangspunktet for at en relasjon mellom pasient og profesjonsutøver kan oppstå der profesjonsetikken og den profesjonelle helsearbeiders profesjonsmoral sikrer at tilliten tas i mot på en forsvarlig måte slik at den annen møtes som et erfarende og opplevende subjekt.

Konklusjonen er derfor at en fenomenologisk inngang til profesjonsetikken oppstår først når tjenesteyter respekterer den etiske fordring om å møte den spontane tilliten den andre utleverer seg med og har dette som standarden for atferden overfor andre i den komplementære rollen som klient.

Referanser

Grimen, H. (2001). Tillit og makt – tre sammenhengar. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 121(30), 3617-3619.

Grimen, H. (2008a). Kap. 8: Profesjon og profesjonsmoral. I: Molander, A. & Terum, L.I. (2008). *Profesjonsstudier* (pp. 144-160). Oslo: Universitetsforlaget.

Grimen, H. (2008b). Kap. 11: Profesjon og tillit. I: Molander, A. & Terum, L.I. (2008). *Profesjonsstudier* (pp. 197-215). Oslo: Universitetsforlaget.

Grimen, H. (2009). *Hva er tillit?* Oslo: Universitetsforlaget.

HOD (1999). Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. Helse- og omsorgsdepartementet. www.lovdata.no (Hentet 01.06.2011).

Husserl, E. (1970). *Logical Investigations*. Vol 2. London: Routledge.

- Lillestø, B. (1998). *Når omsorgen oppleves krenkende*. Bodø, NF-rapport nr. 22/98.
- Løgstrup (1956/1991). *Den etiske fordring*. København: Gyldendal.
- Ruyter & Vetlesen (2001). *Omsorgens tvetydighet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rønning, R. (2007). Kapittel 3 Brukermedvirkning og empowerment – gammel vin på nye flasker? I: Askheim, O.P. & Starrin, B. (red)(2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skjervheim, H. (1996/2001). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug.
- Slettebø, Å. (2011). Kapittel 7 Etske fordringer i møtet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. I: Solvang, P.K. & Slettebø, Å. (red).(2011). *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk (kommer).
- Vetlesen, A.J. (2010). Tillitens forrang. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 27(3), 325-329.
- Zahavi, D. (2003). *Fænomenologi*. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.

ⁱ Artikkelen er basert på et foredrag holdt på workshop i profesjonsetikk, UiA, 31. mai 2011