

**Háskóli Íslands**

**Hugvísindasvið**

**Hagnýt siðfræði**

# **Meðferðarsambandið**

*Virðing í heilbrigðisþjónustu*

**Ritgerð til MA-prófs í hagnýtri siðfræði**

**Sigurveig Sigurjónsdóttir Mýrdal**

**Kt.: 020380-4899**

**Leiðbeinandi: Vilhjálmur Árnason**

**Febrúar 2015**



## Ágrip

Meðferðarsamband (e. therapeutic alliance) lýsir tengslum og samstarfi meðferðaraðila og skjólstæðings þar sem þeir koma saman til að vinna að markmiðum þess síðarnefnda. Meðferðarsamband hefur mest forspárgildi allra breyta í samtalsmeðferð um árangur. Áhrif þess eru einnig sterk í meðferð við líkamlegum kvillum. Fjallað er um mikilvæg tengsl virðingar og meðferðarsambands.

Ritgerðin skiptist í tvo meginhluta. Í fyrri hlutanum er hugtakið meðferðarsamband skilgreint og þróun þess sett í sögulegt samhengi. Fjallað er um áhrifamátt meðferðarsambands, þætti sem hafa áhrif á það og aðferðir til að byggja undir það. Lögð er fram tilgáta að virðing sé kjarni góðra meðferðatengsla.

Seinni hluti ritgerðarinnar fjallar um virðingarhugtakið. Fjallað er um þann margbreytileika sem ríkir varðandi túlkun þess. Sett er fram gagnrýni á þrönga skilgreiningu virðingarhugtaksins, það er þegar virðing felur í sér einhlíta virðingu fyrir sjálfræði einstaklingsins.

Lögð er áhersla á að skoða hvaða siðfræðilegi vegvísir og hvaða aðferðir eru vel til þess fallin að styðja heilbrigðisstarfsfólk til góðra verka og samskipta í þágu skjólstæðinga sinna í heilbrigðisþjónustu. Lögð er til víðfeðm túlkun skilyrðislausrar virðingar í heilbrigðisþjónustu. Slík túlkun virðingar styður við viðhorf sem leiðir af sér vönduð vinnubrögð, eftirsóknarvert viðmót, traust meðferðarsamband, ánægju og árangur. Leidd eru rök að því að virðing sé siðfræðilegur kjarni þess sem sjúklingum þykir eftirsóknarvert í samskiptum við fagfólk og þeir dæmi gæði þjónustu af.

## **Abstract**

The therapeutic alliance refers to the relationship between a healthcare professional and a patient. It describes their cooperation where they collaborate in the anticipation of effecting beneficial change in the client. The therapeutic alliance is most predictive of all variables in success in therapy. Positive effects are also experienced in the treatment of physical ailments. The important relations of respect and the therapeutic relationship are also considered.

The thesis is divided into two parts. In the first section, the term therapeutic relationship is defined and its development perceived in historical context. The effectiveness of the therapeutic alliance is discussed, but also factors affecting it and methods that underpin it. The hypothesis is put forward that respect is the essence of good therapeutic relationships.

The second part of this paper focuses further on the concept of respect. The complexities that exist regarding its interpretation are considered. A narrow definition of the concept of respect is criticized, i.e. when it solely refers to respect for individual autonomy.

Emphasis is placed on examining what ethical roadmap and methods are well suited to support health care professionals in their work, for the common good, and the relationships for the benefit of their clients' health. A broad definition is presented of unconditional respect in healthcare services. Such a definition of respect should result in quality practice, attractive attitude, trusting collaboration, satisfaction and good results of therapeutic relationship. Finally the thesis argues that respect is an ethical core of what the patient considers desirable relationship with health care professionals and an indicator of quality service.

# Efnisyfirlit

1. Inngangur.....	4
1.1 Kveikjan að verkefninu.....	4
1.2 Tilgangur verkefnis – rannsóknarspurningar.....	5
1.3 Efnistökn.....	6
2. Meðferðarsambandið.....	10
2.1 Skilgreining.....	10
2.2 Saga hugtaksins .....	11
2.3 Breytingar í heilbrigðisþjónustu .....	12
2.4 Áhrifamáttur meðferðarsambandsins.....	15
2.5 Þættir sem hafa áhrif á meðferðarsambandið .....	16
2.6 Hvað stuðlar að góðu meðferðarsambandi?.....	19
2.6.1 „Not knowing“ .....	19
2.6.2 Þegar meðferðaraðili deilir af sjálfum sér.....	21
2.6.3 Endurgjöf frá skjólstæðingi.....	23
2.7 Meðferðarsambandið og virðing.....	24
3. Virðing fyrir persónunni.....	26
3.1 Virðing í daglegu lífi.....	27
3.2 Siðfræði virðingar .....	29
3.2.1 Kant um virðingu .....	29
3.2.2 Höfuðsiðalögmálin fjögur .....	31
3.2.3 Koehn um fagmennsku .....	33
3.3. Virðing í heilbrigðisþjónustu.....	37
3.3.1 Virðing í sögunni, lögnum og reglum.....	37
3.3.2 Hvað kunna skjólstæðingar að meta í heilbrigðisþjónustu?.....	40
3.3.3 Hvernig er virðing ástunduð í heilbrigðisþjónustu?.....	47
3.3.3.1 Virðing – sú hlið sem skjólstæðingur sér.....	52
3.3.3.2 Virðing – sú hlið sem skjólstæðingur sér ekki.....	55
3.4 Lokaorð um virðingu .....	58
Niðurstöður.....	61
Heimildaskrá .....	63

# 1. Inngangur

## 1.1 Kveikjan að verkefninu

Ég var tiltölulega ung og ómótuð þegar ég hóf störf á Unglingageðdeild Landspítala sem nýútskrifaður hjúkrunarfræðingur. Ég fann strax að starfið átti vel við mig. Ég hafði mikla ánægju af því að tengjast unglungunum og fjölskyldum þeirra og reyna að verða þeim að liði, á tímum sem voru jafnvel erfiðustu stundir lífs þeirra.

Ég sem hafði aldrei mætt neinum sérstökum mótbyr í lífinu lærði gríðarlega mikið. Einn lærdómurinn, sem hefur mótað lífsskoðun mína æ síðan, varðar réttlæti. Aðstæðurnar sem sum ungmennin höfðu alist upp við, veikindin sem önnur voru að kljást við og áföllin sem höfðu dunið á mörgum þeirra, voru þeim miklar hindranir. Þessi mótbyr í lífi þeirra var ekki til kominn vegna þess að þau verðskulduðu það. Ungmennin höfðu ekkert til þess unnið að búa við þessa erfiðleika og hamlandi þætti. Lífið hafði bara boðið þeim upp á þetta. Ég lærði það í starfi mínu á unglingageðdeild að sérhver er ekki endilega sinnar gæfu smiður. Lífið útdeilir einfaldlega of misjöfnum gæðum til fólks til að hægt sé að fullyrða það. Þetta opnaði augu mín fyrir því að viðhorf tengd verðskuldun eiga ekki við í heilbrigðisþjónustu því óháð því hvað heilbrigðisstarfsmanni þykir um til dæmis persónu sjúklings, samskiptahætti hans, breytni eða stöðu eiga allir rétt á góðri þjónustu. Góð þjónusta felur meðal annars í sér virðingu í viðmóti og vönduð vinnubrögð.

Það vakti alltaf áhuga minn hvað unglungunum þótti um þjónustuna á deildinni. Samræður við þá um hvaða þætti þjónustunnar þeir voru ánægðir með og hvað þeim þótti betur mega fara voru oft mjög forvitnilegar. Þeir voru almennt reiðubúnir að velta upp kostum og ókostum allra þátta í þjónustunni. Svör þeirra voru gjarnan hreinskilin og þar af leiðandi afar gagnleg fyrir mig sem fagmanneskju. Almennt þótti mér unglungarnir vera ánægðir með að vera spurðir álits. Það birtist hins vegar ákveðið mynstur í svörum þeirra. Það sem mér virtist skipta unglungana mestu máli í þjónustunni var viðmót starfsfólks. Þeir einblíndu helst á hvort þeir upplifðu virðingu eða vanvirðingu í samskiptum við starfsfólkið. Þetta leiddi af sér löngun mína til að skoða nánar hvaða samskiptahætti skjólstæðingar tjá helst ánægju með, það er hvað þeim þykir auðsýnd virðing. Eins vakti það löngun mína til að kanna hvað stjórnar þeim jákvæðu samskiptaháttum fagfólks í heilbrigðisþjónustu, sem sjúklingar lýsa almennt ánægju með, og hvernig hægt er að efla þá starfshætti.

Annað lærði ég í starfinu: Þegar ég fylgdist með samstarfsfólki mínu úr margvíslegum fagstéttum sá ég ákveðið stef. Sumt fagfólk virtist vera ákveðnum

hæfileikum eða færni gætt sem gerði að verkum að það myndaði nánast undantekningalaust hratt og örugglega traust og góð tengsl við skjólstæðinga deildarinnar og fjölskyldur þeirra. Þetta traust og hin góðu tengsl lögðu mikið til meðferðar og þjónustu þar sem þau juku gæði samstarfs milli deildar og þjónustuþega, ánægju og meðferðarheldni. Ég hafði lært í náminu að traust meðferðarsamband og ánægja þjónustuþega hefði jákvæð áhrif á árangur meðferðar. Mér fannst starfsreynsla mín staðfesta það. Bakgrunnur og menntun þeirra sem störfuðu með mér og höfðu þennan dýrmæta eiginleika til tengslamyndunar virtust ekki vera aðalatriði þótt þekking og reynsla styrktu hann vissulega. Eiginleikinn virtist fremur tengjast hugsunarhætti þeirra og viðmóti. Mig langaði til að komast að því hvaða þættir í fari þessa framúrskarandi fagfólks gerði það svona fært í starfi.

## **1.2 Tilgangur verkefnis – rannsóknarspurningar**

Augu mín beinast að meðferðarsambandinu. Það er farvegur sem ég tel vert fyrir meðferðaraðila að beina kröftum sínum í. Meðferðarsamband milli meðferðaraðila og skjólstæðings hefur mest forspárgildi allra breyta um árangur meðferðar við andlegum kvillum. Meðferðarsambandið er jafnframt handhægt tæki sem hægt er að beita á hvaða sviðum þjónustu sem er, hvar og hvenær sem er. Í góðu meðferðarsambandi býr kraftur sem er meiri en summa krafta þeirra sem að sambandinu koma. Gott meðferðarsamband byggir undir ánægju sjúklinga og árangur. Það er til mikils að vinna að læra að nota þetta verkfæri skjólstæðingum sínum til gagns. Markmið þessarar ritgerðar er að skoða siðfræðilegan kjarna meðferðarsambands. Mér leikur forvitni á að vita hvað það er sem stýrir gæðum meðferðarsambands.

Byggð á reynslu minni úr starfi og þeirri þekkingu, sem nám í hagnýtri siðfræði hefur skilað mér, er það tilgáta mín að virðing fyrir persónunni sé það siðalögmál sem er grunnur góðs meðferðarsambands. Tilgáta mín er sú að virðing meðferðaraðila fyrir manneskjunni sé forsenda góðra tengsla hans við skjólstæðinga í meðferð, að án virðingar sé gott meðferðarsamband borin von. Ég lít svo á að virðing sé viðhorf sem birtist í viðmóti og starfsháttum fagfólks í heilbrigðisþjónustu. Jafnframt er ég sannfærð um að virðing heilbrigðisstarfsfólks skili sér að öllu jöfnu til skjólstæðinga í vinnubrögðum og viðmóti sem þeim þykir eftirsóknarverð. Af því leiði ég að virðing eflir meðferðartengsl og auki ánægju skjólstæðinga sem eykur líkur á árangri í meðferð. Ég ætla að skoða þessi tengsl og hvaða þætti í þjónustu sjúklingar kunna að meta.

Þrengt hefur verið að merkingu virðingar í siðfræði og heilbrigðisvísindum. Virðing fyrir manneskjunni er gjarnan túlkuð sem einber virðing fyrir sjálffræði manneskjunnar (Dickert og Kass, 2009; Joffe, Manocchia, Weeks og Cleary, 2003). Að mínu viti er það ekki til gagns. Sú virðing, sem ég tel nauðsynlegt viðhorf fagfólks sem starfar í heilbrigðisþjónustu, er ekki afmörkuð við sjálffræði. Hún þarf að láta sig varða alla þætti mannlegrar tilveru og samskipta fólks á milli. Virðing, sem getur leitt störf heilbrigðisstarfsfólks, þarf að vera víðfeðm.

Virðing fyrir manneskjunni, eins og siðfræðin skilgreinir hana, er óháð verðskuldun. Slíkrar virðingar eiga allar manneskjur tilkall til. Hvernig hugtakinu er beitt er á hinn bóginn misjafnt. Í daglegu tali er virðing gjarnan rædd sem gæði sem persóna þarf að verða sér úti um, til dæmis í tengslum við hlutverk eða breytni. Þótt ég hafni þessari tengingu þá tel ég víðfeðmt virðingarhugtak best til þess fallið að gegna hlutverki vegvísis í heilbrigðisþjónustu til að auka ánægju og gæði. Ef virðing er tengd verðskuldun er ég hrædd um að virðing í heilbrigðisþjónustu myndi ekki skila sér í gæðum til allra skjólstæðinga sem þeir eiga þó tilkall til. Ég ætla að skoða siðalögmálið um virðingu fyrir manneskjunni og beitingu þess í heilbrigðisþjónustu, siðfræði, heilbrigðisvísindum og frásögnum skjólstæðinga heilbrigðiskerfa.

Rannsóknarspurningar mínar eru: Hver er siðfræðilegur kjarni meðferðarsambands, hvað stjórnar þeim krafti sem býr í fyrirbærinu? Hvernig getur siðfræðin orðið okkur að liði í útfærslu samskiptahátta sem miða að því að auka gæði og ánægju í heilbrigðisþjónustu? Hvaða siðalögmál getum við haft að leiðarljósi og nýtt okkur og hvernig er best að útfæra það til að gera heilbrigðisþjónustu sem best úr garði í siðfræðilegum skilningi?

### **1.3 Efnistöð**

Meðferðarsamband er samband skjólstæðings og meðferðaraðila þar sem þeir koma saman í meðferð til að stuðla að jákvæðum breytingum hjá hinum síðarnefnda.

Meðferðarsamband hefur stöðugt forspárgildi um árangur meðferðar á öllum sviðum heilbrigðisþjónustu. Meðferðarsambandið og tengsl þess við virðingu er aðalumfjöllunarefni ritgerðarinnar.

Ég nota orðin meðferðarsamband og meðferðartengsl til skiptis um hugtakið. Ég nota orðin skjólstæðingur, sjúklingur og þjónustuþegi, ásamt fleirum, í umræðunni um þá sem þarfnast heilbrigðisþjónustu og þiggja meðferð. Ég ræði ýmist um meðferðaraðila, fagmanneskjur og heilbrigðisstarfsfólk, ásamt öðru, um þá sem veita heilbrigðisþjónustu



og stýra meðferð.

Ritgerðin skiptist í tvo meginhluta. Sá fyrri segir frá meðferðarsambandinu. Þar er hugtakið skilgreint. Farið er yfir lykilþætti þess og í hvaða skrefum það myndast. Ég segi frá breytingum sem orðið hafa á viðhorfum fagfólks og fræðimanna til meðferðarsambandsins í sögulegu samhengi og tengsla meðferðaraðila við skjólstæðinga almennt. Á árum áður var hlutleysi meðferðaraðila hampað en í dag er vitað að persónuleg áhrif meðferðaraðila á meðferðartengsl og meðferð eru óhjákvæmileg. Þetta tengist miklum breytingum sem hafa átt sér stað í hugmyndafræði og heilbrigðisþjónustu í hinum vestræna heimi á undanförunum áratugum. Hlutverk sjúklinga í dag er ólíkt því sem áður var þegar helsta hlutverk þeirra var að hlýða læknum. Í dag er reynt að efla vald sjúklinga og innlima gildi þeirra í heilbrigðisþjónustu.

Ég fjalla einnig um þær margvíslegu breytur sem geta haft áhrif á meðferðartengsl. Þar leika skjólstæðingurinn, meðferðaraðilinn og samspil þeirra í aðstæðunum aðalhlutverk. Hæfileikar meðferðaraðilans sjálfs til tengslamyndunar vegur hins vegar þyngst. Í lok þessa hluta verða þrjár aðferðir kynntar sem taldar eru stuðla að góðu meðferðarsambandi. Því er velt upp hvaða sameiginlegi þáttur meðferðarsambands styrkir ákjósanleg vinnubrögð og viðmót fagfólks í heilbrigðisþjónustu og byggir þannig undir traust, góða tengslamyndun, ánægju og árangur. Sú tilgáta er sett fram að það sé virðing.

Seinni meginhluti ritgerðarinnar fjallar um virðingu. Ég fjalla stuttlega um hvernig virðing birtist í daglegu lífi. Ég ræði virðingu m.a. út frá siðalögmáli Kants um virðingu fyrir persónunni og höfuðsiðalögmálunum fjórum um virðingu, skaðleysi, velgjörð og réttlæti. Ég tengi umfjöllunina við virðingu í heilbrigðisþjónustu m.a. með umfjöllun um virðingu í fagmennsku. Tengt fagmennsku fer fram umræða um ábyrgð fagfólks í heilbrigðisþjónustu. Ég segi frá því hvernig virðing birtist í siðareglum fagstétta og lögum, reglum og leiðbeiningum tengdum heilbrigðisþjónustu. Ég skoða hvernig virðingarhugtakið virðist túlkuð á stundum óljósan og mismunandi hátt og spennunni sem það veldur. Ég jafnframt frá þremur leiðum sem virðast vera ríkjandi þegar fjallað er um virðingu.

Ég kappkosta að draga upp skýra mynd af því hvað notendur heilbrigðisþjónustu telja góða þjónusta, svo sem hverjir þykja eftirsóknarverðir eiginleikar og samskiptahættir starfsfólks, hvaða vinnubrögð eru talin til eftirbreytni og hvernig þeir upplifa auðsýnda virðingu. Ég rýni í hvernig þeir meta þessa þætti, og þar með gæði þjónustu, en upplifun á gæðum þjónustu helst í hendur við árangur af henni. Ég tæpi á mikilvægum þáttum sem þarf að hafa í huga í heilbrigðisþjónustu, svo sem varnarleysi þjónustuþega og mikilvægi

þagnarskyldunnar.

Út frá umfjöllun um upplifanir skjólstæðing á viðmóti og vinnubrögðum fagfólks í heilbrigðisþjónustu set ég fram gagnrýni á þrönga skilgreiningu virðingar fyrir manneskjinni, þ.e. þegar hún er afmörkuð við virðingu fyrir sjálfræði einstaklingsins. Ég renni stoðum undir tilgátu mína, að skjólstæðingar meti upplifaða virðingu í sinn garð út frá fleiri þáttum en einhlítri virðingu fyrir sjálfræði þeirra. Með öðrum orðum, að nota beri víðfeðmara virðingarhugtaks en virðingu fyrir sjálfræði í heilbrigðisþjónustu, m.a. af því að skjólstæðingarnir þarfnast þess. Ég fjalla um ýmsa þætti sem fela í sér víðfeðma virðingu fyrir einstaklingnum, með áherslu á hvernig best er hægt að gera þjónustu úr garði með virðingu að leiðarljósi. Ég leiði líkur að því að virðing sé heppilegasti vegvísirinn og undirstaða góðra samskipta og verka. Ég styðst þar við siðalögmál Kants um virðingu fyrir persónunni, án þess að fylgja honum stíft eftir. Ég leiði rök að því að virðing sé siðferðilegur kjarni þess viðhorfs sem leiðir vönduð vinnubrögð og eftirsóknarvert viðmót, sem helst í hendur við traust meðferðasamband og sjúklingaánægju, sem er nátengd meðferðarárangri.

Ég geri tilraun til að greina siðfræðilegan kjarna meðferðarsambands. Markmiðið er jafnframt að skoða hvaða siðlögmál ræður för í þankagangi heilbrigðisstarfsfólks sem býr yfir eftirsóknarverðum samskiptaháttum, sem stuðla að sjúklingaánægju og traustum meðferðarsamböndum, og vandar almennt til verka.

Fullyrðingu Kants um að hver einstaklingur hafi eigingildi og sé markmið í sjálfu sér tel ég hins vegar vera útgangspunkt í umræðu um góða og réttláta heilbrigðisþjónustu. Skilyrðislaust gildi hvernar manneskju styður þá röksemd að verðskuldun á ekki við þegar um virðingu fyrir persónunni er að ræða. Allir sem þiggja þjónustu eiga rétt á að viðhorfið sem býr að baki framkomu fagfólks í þess garð og verkum fagfólks í þágu þess sé virðing. Þessi virðing á að snúast um gildi einstaklingsins, óháð því hver bakgrunnur, hlutverk eða breytni þess er. Virðing í heilbrigðisþjónustu þarf því að vera í þeirri merkingu sem siðfræðin skilgreinir, ótengd verðskuldun. Krafa Kants um jafna virðingu allra manna og að nota þá ekki sem tæki eiga einnig vel við til leiðbeiningar fyrir fagfólk í heilbrigðisþjónustu. Fullkomnu skylduna um að virða sjálfsákvörðunarrétt annarra og virða þannig rétt þeirra til að nota eigin dómgreind er almennt viðurkennd. Ófullkomnu skylduna sem Kant telur menn bera, það er að greiða fyrir markmiðum annarra, þykir mér í raun spanna það hlutverk sem heilbrigðisstarfsfólk hefur sem hugsjón og að atvinnu.

Koehn ræðir skyldur fagstétta, sem mér þykir eiga vel við í heilbrigðisþjónustu. Ég lít svo á að heilbrigðisstarfsfólk hafi samfélagslegri skyldu að gegna og þurfi að jástast

ákveðinni hugsjón sem gerir traust í þeirra garð mögulegt. Umræða Koehn um að beita eigin dómgreind en vera ekki handbendi annarra á vel við. Orð beggja höfundanna tel ég get nýst sem þeir leiðarvísar sem fagstéttir í heilbrigðisþjónustu þarfnast.

Virðingarhugtakið sem ég legg til að sé notað til leiðsagnar í heilbrigðisþjónustu er víðfeðmt. Það felur í sér virðingu fyrir sjálfræði en einnig má líta á það sem viðhorf sem hefur áhrif á öll verkefni sem mæta fagfólki í heilbrigðisþjónustu s.s. viðmót, verkefni og vinnubrögð. Virðingarhugtakið sem ég legg til að stuðst sé við í heilbrigðisþjónustu er jafnframt skilyrðislaust, þ.e. óháð verðskuldun. Þannig fæðir skilyrðislaus víðfeðm virðing af sér starfshætti sem reynt er að vanda til handa öllum þeim sem þarfnast heilbrigðisþjónustu. Hún leggur grunn að góðum meðferðarsamböndum, gæðum, ánægju og árangri í heilbrigðisþjónustu.

## 2. Meðferðarsambandið

Meðferðarsamband (e. therapeutic alliance) er hugtak sem mikið hefur verið rannsakað og fjallað um í heilbrigðisfræðum, einna mest á sviðum tengdu geðheilbrigði. Í þessum kafla verður hugtakið skilgreint og saga þess rakin, meðal annars í ljósi breytinganna sem hafa orðið á viðhorfum til þess samfara þeirri miklu þróun sem hefur átt sér stað í allri heilbrigðisþjónustu á undanfarinni öld. Fjallað verður um áhrifamátt meðferðarsambandsins hvað varðar árangur meðferðar á öllum sviðum heilbrigðisþjónustu. Sagt verður frá þáttum, sem hafa áhrif á meðferðarsambandið, og þrjár aðferðir kynntar til sögunnar sem rannsóknir sýna að stuðla að myndun góðra meðferðarsambanda. Að lokum verður hugmyndum velt upp um hvað það er sem leiðir samskiptahætti þeirra meðferðaraðila sem sjúklingar tjá almennt ánægju með og byggir undir gott meðferðarsamband en það er að mínu mati dýrmætasta og hagkvæmasta verkfæri sem heilbrigðisstarfsfólk hefur yfir að ráða.

### 2.1 Skilgreining

Meðferðarsamband er bandalag meðferðaraðila og skjólstæðings þar sem þeir sameinast um að leggjast á eitt til að ná ákveðnu markmiði í þágu þess síðarnefnda. Hugtakið meðferðarsamband lýsir tengslum og samstarfi meðferðaraðila og skjólstæðings/skjólstæðinga í heilbrigðisþjónustu. Ekki hefur verið sammælt um eina skilgreiningu hugtaksins í fræðunum en mikið er byggt á skrifum Bordins (1979) um það. Almennt er talið að grunnur skilvirks meðferðarsambands séu jákvæð tengsl sem fela meðal annars í sér umhyggju, virðingu og traust og að sambandið sjálft sé heilandi í eðli sínu. Lykilþáttur er sameiginlegur skilningur meðferðaraðila og skjólstæðings á því hvert markmiðið er. Þeir vinna svo að því eftir leiðum sem þeir koma sér saman um.

Árangurinn, sem vænst er, felst gjarnan í einhverjum breytingum hjá skjólstæðingi, oft bættri andlegri eða líkamlegri heilsu og líðan. Talað er um að sterkt meðferðarsamband sé til staðar þegar skjólstæðingur upplifir skilning og öryggi í samskiptum sínum við meðferðaraðila og ný skilyrði fyrir hann til að vinna að markmiðum sínum skapast (Ackerman og Hilsenroth, 2003; Baldwin, Wampold og Imel, 2007; Bordin, 1979; Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds og Wampold, 2012; Pepleu, 1952; Spiers og Wood, 2010).

Meðferðarsamband getur verið til staðar á öllum þjónustustigum í heilbrigðiskerfinu, þótt mest sé fjallað um það í tengslum við samtalsmeðferð við andlegum kvillum. Meðferðarsamband getur til dæmis verið samband lækni og sjúklings á sjúkrahúsi, geðhjúkrunarfræðings á stofu og einstaklings í meðferð hjá honum eða prests

og ekkju sem leitar til hans eftir stuðningi. Bordin (1979) taldi jafnframt að slíkt samband gæti verið til milli kennara og nemanda, samfélagshópa og leiðtoga þeirra, foreldra og barna, svo fátt eitt sé nefnt.

Samkvæmt kenningum Peplau (1952) þróast meðferðarsamband í nokkrum skrefum sem geta skarast. Fyrsta skrefið er að skjólstæðingur leitar sér hjálpar. Sá fasi felur í sér að meðferðaraðili aðstoðar skjólstæðing við að bera kennsl á vanda sinn. Þannig átta þeir sig saman á því hverjar þarfir þess síðarnefnda eru. Á þessu stigi myndast gagnkvæmt traust ef allt gengur að óskum. Næsta skref felur í sér að þarfir skjólstæðingsins eru skilgreindar og sameiginlegt markmið í meðferðarsambandinu er sett fram. Í skrefinu, sem á eftir kemur, fær skjólstæðingurinn í árangursríku meðferðarsambandi möguleika til að nýta þau úrræði, sem eru í boði, sér í hag. Síðasta skref meðferðarsambands á sér stað þegar tilsettum markmiðum er náð og sambandinu lýkur.

Bordin (1979) segir meðferðarsambandið fela í sér þrjá þætti sem séu lykilatriði til að árangur í meðferð næðist. Þessum þáttum svipar mikið til þess ferils sem Peplau (1952) lýsti. Samkvæmt Bordin er eitt lykilatriðið að meðferðaraðili og skjólstæðingur skoði saman hvernig sá síðarnefndi getur gert breytingar hjá sér til að auka eigin ánægju. Þá er vandi skjólstæðings skilgreindur og komist að samkomulagi um hvert markmið meðferðar er og hugmyndum að leiðum til lausna velt upp. Annan lykilþátt segir hann vera samkomulag um hvernig meðferðaraðili og skjólstæðingur bera sig saman að til að ná markmiðinu. Á því stigi er eins konar samningur um samstarfið gerður sem spannar verkefnin sem tekist er á við. Með öðrum orðum: nokkurs konar vinnuáætlun er sett fram varðandi það sem þarf að gera til að ná settum markmiðum. Þriðja lykilþáttinn segir Bordin vera tilfinningatengsli milli skjólstæðings og meðferðaraðila en að markmiðin, sem sett eru, og verkþættirnir, sem verða fyrir valinu, séu nátengd tengslamyndun samstarfsaðilanna.

## 2.2 Saga hugtaksins

Hugtakið meðferðarsamband á rætur sínar að rekja til sálgreiningar. Fyrstur til að fjalla um það var Sigmund Freud (Elvins og Green, 2008). Hann boðaði að meðferðaraðilar ættu að vera algjörlega hlutlausir, í raun aðeins speglar fyrir tilfinningar skjólstæðinga sinna. Við sálgreiningu voru meðferðaraðilar fjarlægir skjólstæðingum sínum, snertu þá aldrei og horfðu ekki í augu þeirra á meðan á samtali stóð. Meðferðin, sem meðferðaraðilar veittu, átti að vera algerlega laus við áhrif þeirra eigin persónu. Ef þeim heppnaðist ekki það

ætlunarverk sitt talaði Freud um meðferð sem misheppnaða – jafnvel skaðlega.

Að nokkrum mönnum undangengnum var það Carl Rogers sem festi hugtakið meðferðarsamband í sessi og er upphafsmaður þeirrar merkingar sem það stendur fyrir í dag. Hann lagði allt aðrar áherslur en Freud. Hugmyndafræði Rogers byggðist á sjúklingamiðaðri meðferð sem hann þróaði snemma á 5. áratug síðustu aldar. Þótt ekki ríki fullkomin eining um hvað sjúklingamiðuð meðferð felur í sér er heilandi samband meðferðaraðila og skjólstæðings í kjarna hennar. Grunninn að skrifum um meðferðarsamband í hjúkrunarfræði lagði Hildegard Peplau um miðja 20. öldina þrátt fyrir að hún hafi ekki notað orðið meðferðarsamband. Saul Rosenzweig fjallaði um ákveðna sameiginlega þætti sem honum sýndist allar árangursríkar meðferðarnálganir búa yfir og skila sér í ábata þeirra. Það var svo Edward Bordin sem fjallaði fyrstur um að meðferðarsambandið væri þessi sameiginlegi þáttur (Bordin, 1979; Elvins og Green, 2008; Gibson, 2012; Hagerty og Patusky, 2003; Morgan og Yoder, 2012; O’Brien, 2001; Rosenzweig, 1936; Shattell, Starr og Thomas, 2007).

Hugtakið meðferðarsamband hefur þannig tekið stakkaskiptum frá því að Freud fjallaði fyrst um það. Fullyrðingar um að hlutleysi meðferðaraðila sé æskilegt, jafnvel að það sé mögulegt, eru stórlega dregnar í efa, ef ekki alfarið hafnað. Það er nú almennt viðurkennt að persónuleg reynsla fagfólks hefur áhrif á öll störf þess. Þátttakendur í meðferðarsambandi leggja báðir til málanna, litaðir af hugsunum sínum, löngunum, tilfinningum og væntingum. Sjóndeildarhringur fólks er mótaður – og af honum litast upplifun þess og skilningur. Hlutlaus þekking er því í raun ekki til. Þannig eru allar túlkanir meðferðaraðila, ákvarðanir, sem hann tekur, og nálganir, sem hann velur, aldrei byggðar á hlutlausri sérfræðiþekkingu hans einni heldur mun viðameiri heildarsýn (Árnason, 2000; Gastmans, 1998; Gibson, 2012).

### **2.3 Breytingar í heilbrigðisþjónustu**

Breytt viðhorf fagfólks í heilbrigðisþjónustu til persónulegra áhrifa meðferðaraðila og mikilvægis tengslamyndunar í meðferð fléttast saman við þær gríðarlegu stefnubreytingar sem hafa átt sér stað í allri heilbrigðisþjónustu í vestrænum heimi á undanfarinni öld. Líkt og sú krafa var áður gerð til meðferðaraðila að láta ekki í ljós neinar vísbendingar um einkasjálft sitt í meðferðinni var oftast komið fram við sjúklinga eins og manneskjur án skoðana og gilda og nokkurra forsendna til að vita hvað þeim væri sjálfum fyrir bestu. Einblínt var á sjúkleika þeirra. Reynsla sjúklinga, réttur þeirra til að vera upplýstur og taka þátt í ákvörðunum var oftast virt að vettugi. Hlýðni við lækni var um það bil það eina sem

krafist var af þeim. Heilbrigðiskerfi voru enn fremur reist í kringum störf og vinnuaðstæður þeirra sem þjónustuna veittu.

Upp úr 1980 tóku almennir starfshættir í heilbrigðisþjónustu að breytast hratt. Sjálfræði sjúklinga fékk aukið vægi og réttindi þeirra þróuðust. Í dag er frekar reynt að byggja heilbrigðiskerfi upp með tilliti til þarfa þjónustuþeganna. Af þeim sökum hefur stór hluti þjónustu færst frá stofnunum yfir í nærumhverfi þjónustuþega. Sjúklingar eiga ekki lengur að þurfa að sækja þjónustu á forsendum fagfólks. Þekkingu og tækni hefur fleygt fram og aðgengi almennings að heilbrigðistengdum upplýsingum er mun meira en áður. Það er ekki lengur á fárra færi að afla sér þekkingar í heilbrigðisvísindum. Stéttaskipting og þekkingarmunur milli heilbrigðisstarfsfólks og almennings hefur minnkað. Alvaldi lækna og forræðishyggju hefur verið hafnað. Samskipti skjólstæðinga við fagaðila eru mun nær því að vera á jafnréttisgrundvelli. Hegðun sjúklinga hefur breyst til muna, sér í lagi þeirra yngri. Þeir hafa almennt horfið frá hinu áður viðurkennda óvirka sjúklingahlutverki. Sjúklingar í dag gera auknar kröfur um að fá upplýsingar frá heilbrigðisstarfsfólki auk þess sem þeir sinna upplýsingaöflun sjálfir. Þeir taka jafnframt virkari þátt í ákvörðunum, skipulagningu meðferðar og eigin bataferli. Griðarleg breyting hefur þannig orðið á afstöðu heilbrigðisstarfsfólks og viðhorfum gagnvart skjólstæðingum. Nú er frekar litið á þá sem notendur þjónustu en einbera þiggjendur. Öll meðferðarnálgun hefur þannig, líkt og meðferðarsambandshugtakið, tekið stakkaskiptum í takt við breytta tíma. Heilbrigðisþjónusta hefur færst frá því að vera sjúkdómamiðuð yfir í að vera sjúklingamiðuð (Elvins og Green, 2008; Haes, 2006; Morgan og Yoder, 2012; Strous, Ulman og Kotler, 2006).

Samband meðferðaraðila og skjólstæðings er kjarni sjúklingamiðaðrar þjónustu (e. patient centered care). Hún er almennt talin vera grundvöllur góðra samskipta í heilbrigðisþjónustu og hafa jákvæð áhrif á árangur meðferðar (Haes, 2006; Morgan og Yoder, 2012). Sjúklingamiðuð þjónusta er heildræn nálgun sem mætir sálfélagslegum jafnt sem líkamlegum þörfum sjúklinga. Hugmyndafræðin felur í sér einstaklingsmiðaða þjónustu. Að sníða þjónustu að einstaklingnum felur meðal annars í sér að fagfólk reynir að skilja aðstæður sjúklings, getu hans og vilja til að taka ákvarðanir, t.d. um eigin meðferð og umönnun. Þjónustan er skipulögð út frá þörfum og óskum einstaklingsins, sem hann tjáir, en ekki eftir hentugleika starfseminnar. Tilgangur sjúklingamiðaðrar þjónustu er meðal annars að valdefla skjólstæðinginn. Það er gert með því að viðurkenna og virða gildi hans. Þau eiga að leiða ákvarðanatöku. Það er til dæmis útfært með því að reyna, sem fyrr sagði, að skilja aðstæður skjólstæðingsins, getu hans og vilja til að taka ákvarðanir og

þjóða honum valkosti byggða á því. Þannig er hann eflur til að taka þátt í ákvörðunum og þannig er byggt undir sjálfsöryggi hans og sjálfræði sem eykur líkur á sjálfsönnun hans (Morgan og Yode, 2012).

Hugmyndafræðin um sjúklingamiðaða þjónustu státar af virðingu. Hún felst í viðurkenningu á einstaklingsins. Hún felst jafnframt í rétti hans til að vera álitinn fær um að taka ákvarðanir um eigin meðferð og umönnun, sem og í því að heilbrigðisstarfsfólk bjóði upplýsingar og faglega þekkingu, sem það býr yfir, og styrki þannig sjálfsákvörðunarrétt hans (Morgan og Yoder, 2012). Upplýsingaskylda fagfólks gerir sjúklingi kleift að vera ábyrgur þátttakandi (Vilhjálmur Árnason, 2003, bls. 116) og þannig hjálpast sjúklingur og heilbrigðisstarfsfólk að við að ná sameiginlegu markmiði. Svona færir sjúklingamiðuð þjónusta ábyrgð og vald til þess sem þiggur þjónustuna að því marki sem hann óskar. Þannig er virðing fyrir sjúklingnum, dreifing valds, upplýsingaflæði og sameiginleg ákvarðanatöku þungamiðjan í sjúklingamiðaðri þjónustu (Morgan og Yoder, 2012).

Þegar rætt er um virðingu fyrir sjálfræði einstaklingsins er ekki átt við að fagfólk virði gagnrýnislaust óskir sjúklings. Siðferðileg ábyrgð þess getur ekki vikið fyrir óskum hans. Virðing fyrir sjálfræði einstaklingsins er bundin aðstæðunum sem hann er í. Þannig getur ábyrgð fagfólks sett valkostum sjúklings mörk. Frelsi hans til að velja og hafna takmarkast jafnan af þeim valkostum sem fagfólk í heilbrigðisþjónustu getur varið með faglegum rökum (Vilhjálmur Árnason, 2003, bls. 116). Þannig geta valkostir alvarlega veiks sjúklings, sem sviptur hefur verið sjálfræði, eða barnungs sjúklings verið fáir. Aðalatriðið tel ég hins vegar vera að sjúklingum sé boðið upp á það val sem hægt er með faglegum rökum að bjóða upp á.

Hugmyndafræði batamiðaðrar þjónustu er nýrri af nálinni en náskyld hugmyndafræði sjúklingamiðaðrar þjónustu. Báðar nálganirnar setja virðingu fyrir manneskjunn og sjálfsákvörðunarrétti hennar í forgrunn. Aðlögun og þróun batalíkansins átti sér stað innan geðheilbrigðiskerfa og óx samhliða notendahreyfingunum upp úr 9. áratug síðustu aldar. Batamiðuð þjónusta byggir á notendasamráði, valdeflingu sjúklinga og varðveislu sjálfsákvörðunarréttar. Útgangspunkturinn er þjónustubeginn sjálfur en ekki sjúkdómafræði, veikindi hans eða heilsa. Batalíkanið vinnur að því að auka lífsgæði fremur en að vænta algjörar lækningar sjúkdóma. Hugmyndafræði batamiðaðrar þjónustu beinir einnig sjónum að sambandi meðferðaraðila og skjólstæðings. Markmið hennar er að efla samstarfið á milli þeirra með því að byggja á trausti, einlægni og heiðarleika. Fagaðilar læra af skjólstæðingnum og vinna með honum. Skjólstæðingurinn er álitinn



sérfræðingur í eigin lífi og tekur ábyrgð á því. Hann er hluti af þjónustuteyminu sem vinnur að markmiðum hans með því að styðja við styrkleika hans og veita honum bjargar með faglegri þekkingu. Skjólstæðingurinn er studdur til að finna þær leiðir sem henta honum í bataferlinu og hafa stjórn á eigin lífi. Í dag viðhafa geðheilbrigðiskerfi, sem vilja státa af gæðum í þjónustu sinni, batamiðaða hugmyndafræði („Batamiðuð þjónusta – aukin lífsgæði“, 2013; Landspítali, e.d.).

## 2.4 Áhrifamáttur meðferðarsambandsins

Samhliða þessum miklu stefnubreytingum í viðhorfum til hlutverks meðferðaraðila og þjónustubega og þróunar í uppbyggingu heilbrigðiskerfa hefur kastljós fagstétta, sem starfa í heilbrigðisþjónustu, í auknum mæli beinst að meðferðarsambandinu (Gibson, 2012). Rannsóknir og reynsla fagfólks sýna að flestar samtalsmeðferðir virðast virka sé þeim beitt rétt. Með öðrum orðum: það er hægt að veita einstaklingi aðstoð og ná árangri með nánast öllum gagnreyndum meðferðarformum sem til eru. Þau virðast öll geta verið til gagns – og, það sem meira er, svipaðs gagns. Þess vegna hafa augu fagfólks beinst að meðferðarsambandinu.

Rosenzweig (1936) var einna fyrstur til að spyrja af hverju mismunandi samtalsmeðferðir, jafnvel byggðar á gríðarlega ólíkri hugmyndafræði, virtust skila keimlíkum árangri. Talsmenn ólíkrar hugmyndafræði álitu yfirleitt að árangur meðferðarnálgananna, sem þeir aðhylltust, mætti rekja til sérkenna meðferðanna. Þeir töldu að þættirnir, sem aðgreindu þær frá annarri hugmyndafræði í samtalsmeðferð, gerðu gæfumuninn. Rosenzweig taldi hins vegar að gæði og árangur meðferðar væru oft ranglega eignuð aðferðinni eða nálguninni sem beitt væri í meðferðinni. Hann áleit andstæða krafta ekki vera að verki, frekar að það væru sameiginlegir þættir meðferða sem sköpuðu góðan, en einsleitan, árangur þeirra. Hann langaði að vita hvaða öfl ólíkar nálganir ættu sameiginleg sem væru græðandi og stuðluðu að góðri útkomu.

Á þeim 30 árum, sem rannsóknir hafa verið gerðar á þessum sameiginlegu þáttum í öllum mögulegum meðferðarafræðingum sem ætlað er að stuðla að geðheilbrigði, hefur meðferðarsambandið haft stöðugt forspárgildi um hvernig sjúklingum reiðir af. Gæði meðferðarsambands skjólstæðings og meðferðaraðila eru beintengd meðferðarárangri og batahorfum skjólstæðinga. Það er nú talið vera mikilvægasta forsendan fyrir árangursríkri meðferð. Orsakasambandið milli meðferðartengsla og árangurs virðist haldast þrátt fyrir mismunandi meðferðarleiðir og ólíkar aðstæður. Það þýðir að sambandið milli meðferðaraðila og skjólstæðings hefur meira um árangur meðferðarinnar að segja en allt

annað, þótt mismunandi nálganir henti vissulega mismunandi fólki sem glímur við ólíka kvilla. Ef meðferðum er beitt rétt virka þær á svipaðan hátt. Þetta á bæði við meðferð barna og fullorðinna. Þetta á jafnframt við í allri heilbrigðisþjónustu. Með öðrum orðum: jákvæð áhrif meðferðarsambands eru ekki bundin við meðferð við andlegum kvillum. Það er meðferðarsambandið sem keyrir í gegn breytingar til góðs og er kjarni allrar heilbrigðisþjónustu (Ackerman og Hilsenroth, 2003; Baldwin o.fl., 2007; Bordin, 1979; Del Re o.fl., 2012; Elvins og Green, 2008; Goldfried, 2007; Miller, Duncan, Brown, Sorrell og Chalk, 2006; Rakel, Barrett, Zhang, Hoeft, Chewning, Marchand og Scheder, 2011.). Fullyrða má að sterkt meðferðarsamband milli fagmanneskju í heilbrigðisþjónustu og skjólstæðings sé þeim síðarnefnda til góðs, sama hvers konar meðferð hann þiggur. Því er vert að skoða hvaða þættir hafa áhrif á myndun meðferðarsambands og með hvaða hætti er best að stuðla að myndun góðra meðferðartengsla.

## **2.5 Þættir sem hafa áhrif á meðferðarsambandið**

Samkvæmt Wright og Leahey (2005) eru góð tengsl skjólstæðings og meðferðaraðila forsendur árangursríks meðferðarsambands. Það segir sig kannski sjálf. En nákvæmlega hvað stuðlar að góðum meðferðartengslum? Urmull rannsókna hefur verið gerður á því. Leitast hefur verið við að komast að því hvað skipti skjólstæðinga mestu máli í samskiptum við meðferðaraðila og hvað skapi þannig hinar ákjósanlegustu aðstæður fyrir þá til að vinna að eigin bata og vellíðan.

Fjölmargir þættir hafa áhrif á kynni, samskipti og samband milli einstaklinga. Allir þekkja það að hafa geðjast einstaklega vel eða illa að einhverjum, sem þeir þekktu jafnvel lítið eða ekkert, án þess endilega að geta tilgreint nákvæmlega hvað olli. Orsakirnar geta verið smáatriði sem eru jafnvel tilviljunum háða, en eru engu að síður miklir áhrifavaldar. Fyrstu kynni skipta sköpum og leggja grunn að viðhorfum gagnvart öðrum sem erfitt getur verið að breyta. Miklir en tilviljanakenndir áhrifavaldar geta verið atriði eins og hvernig annar hvor aðilinn var upplagður í fyrsta skipti sem þeir hittust. Klæðaburður einstaklings er skoðanamyndandi, orðalag hans og líkamstjáning öll. Aðstæðurnar, þar sem fyrstu kynni fóru fram, geta ráðið miklu um upplifunina. Viðhorf manneskju eru svo jafnframt lituð fordómum sem setja mark sitt á mat hennar á öðrum. Þeir geta verið djúpstæðir og fólk getur verið algjörlega ómeðvitað um þá. Uppeldi og fyrri tengsl fólks við sína nánustu hafa áhrif á hvernig fólk tengist hvert öðru. Fólk á einfaldlega misvel saman, því geta valdið óteljandi breytur. Þegar kemur að myndun sambands í meðferð koma fram alls kyns þættir sem hafa áhrif, mikil sem lítil. Mikilvægustu breyturnar eru hins vegar þrjár:

skjólstæðingurinn, meðferðaraðilinn og samspil þeirra í aðstæðunum (Baldwin, o.fl., 2007; Peplau, 1952).

Eins og fyrr sagði eru það ekki einungis aðferðir heilbrigðisstarfsfólks og viðurkennd viðhorf og áherslur í heilbrigðisþjónustu sem hafa tekið stakkaskiptum á undanförunum áratugum. Tækni hefur fleygt fram og mikil breyting hefur átt sér stað í allri heilbrigðisþjónustu með tilliti til tímalengdar og staðsetningar meðferðar. Þjónusta við skjólstæðinga í nærumhverfi þeirra fremur en á stofnunum verður æ algengari. Samhliða þessu hefur tími, sem gefinn er til meðferðar, verið skertur til muna á undanförunum áratugum. Þetta kemur ekki einvörðungu til vegna tækninýjunga heldur að miklu leyti vegna kröfu um lægri kostnað. Meðferðarsambandið spáir best fyrir um árangur stuttrar samtalsmeðferðar, ekki síður en árangur langtímameðferðar. Þar sem tími til meðferðar er gjarnan af skornum skammti skiptir gríðarlegu máli hvernig honum er varið. Að leggja áherslu á myndun góðra meðferðartengsla strax í upphafi meðferðar er því mjög mikilvægt (Spiers og Wood, 2010).

Styrkur og gæði meðferðarsambandsins ráðast meðal annars af því hversu vel kröfur meðferðarinnar hæfa eiginleikum meðferðaraðila og skjólstæðings en eðlismunur getur verið á meðferðasamböndum eftir því hvers konar hugmyndafræði er beitt. Atferlismótandi meðferð gerir til dæmis allt aðrar kröfur til aðila meðferðarsambandsins en meðferð þar sem aðaláherslan er á nán tengsl og skjólstæðingur deilir innstu tilfinningum sínum og meðferðaraðili segir jafnvel frá sjálfum sér (Bordin, 1979). Líklegt hlýtur þó að teljast að meðferðaraðili velji sér meðferðarnálgun sem hentar persónugerð hans og eiginleikum þannig að aðferð meðferðarinnar hæfi honum og geri honum kleift að mynda góð tengsl við skjólstæðinga sína í þeim ramma sem þeim er búinn.

Aðstæðurnar, þar sem meðferð fer fram, geta verið mjög ólíkar. Hvernig meðferð kemur til, þ.e. tilefni þess að meðferðaraðili og skjólstæðingur koma saman, leggur grunninn. Vel er hægt að gera sér í hugarlund ólíka upphafsreiti þar sem meðferðaraðili byrjar vinnu sína með skjólstæðingi. Samstarf við einstakling, sem af fúsum og frjálsum vilja leitar til meðferðaraðila og hefur góða getu til úrvinnslu, skapar strax góð sóknarfæri. Einnig verður að hafa í huga að þegar fólk leitar sér sjálft meðferðar hafa fyrstu, og jafnvel mikilvægustu og erfiðustu, skrefin þegar verið stigin. Þegar fólk hefur áttað sig á því að einhverra breytinga er þörf og er reiðubúið að ráðast í þær er vegferðin í átt að bættri líðan og heilsu þegar hafin. Væntingar meðferðaraðilans sjálfs til árangurs í meðferð eru einnig gríðarlega þýðingarmiklar fyrir meðferðarsambandið og þar með hverju meðferð skilar (Ackerman og Hilsenroth, 2003; Rosenzweig, 1936). Það á að sjálfsögðu einnig við um

skjólstæðingana sjálfa. Sannfæring þeirra um að sá sem hefur tekið að sér að aðstoða þá viti hvað hann er að gera skiptir miklu. Þannig eru yfirleitt ákveðin „placebo“-áhrif að verki í meðferð. Fólki batnar í meðferð að hluta til vegna þess að það væntir þess að batna (Pipher, 2003, bls. 167). Það blasir hins vegar við að það torveldar alla tengslamyndun þegar skjólstæðingur sækir sér ekki sjálfur meðferð, er jafnvel neyddur í hana, eins og gæti átt við í tilfellum ósjálfráða einstaklinga eða fólks sem gengst undir meðferð samkvæmt dómsúrskurði. Aðrir láta tilleiðast að leita sér hjálpar fyrir tilstilli annarra þrátt fyrir litla löngun eða trú á meðferð. Hefðirnar í samfélaginu skapa enn fremur þýðingarmikla umgjörð. Í sumum menningarsamfélögum er þörf fyrir aðstoð við andlegum kvillum ekki félagslega viðurkennd. Ótal aðstæður geta reynt mikið á meðferðaraðilann og hæfni hans að byggja upp skilvirkt meðferðarsamband (Anderson og Gollishian, 1988; Spiers og Wood, 2010).

Eins og fyrr hefur verið sagt hefur mikið verið rýnt í meðferðarsambandið á undanförunum áratugum, breytur innan þess og tengsl þess við meðferðarárangur. Breyturnar, sem skoðaðar hafa verið, hafa hins vegar fyrst og fremst verið veikindaeinkenni og eiginleikar skjólstæðinganna og hvað er gert í meðferðinni (Ackerman og Hilsenroth, 2003). Í rannsókn Spiers og Woods (2010) mátu meðferðaraðilar gæði meðferðarsambanda sinna við ólíka einstaklinga og þátt skjólstæðinga í myndun sambands. Til trafala við myndum meðferðarsambands töldu meðferðaraðilarnir, sem rætt var við, ef þeir upplifðu skort á samvinnu og trausti í sinn garð, óheiðarleika hjá skjólstæðingi og ábyrgðarleysi varðandi eigin þátttöku, svo sem mætingu og heimavinnu. Saga um erfiða hegðun og ofbeldi, sér í lagi gegn börnum, dró einnig úr líkum á skilvirku sambandi. Þótt vísbendingar séu um að félagsleg staða, persónuleiki, tengslamyndunar- og samskiptahæfileikar skjólstæðinga hafi áhrif á uppbyggingu meðferðarsambands virðist breytileiki þeirra, svo sem aldur, kyn eða sjúkdómsgreining, hins vegar ekki hafa mikið forspárgildi hvað varðar gæði og styrk meðferðarsambands almennt (Elvins og Green, 2008; Miller, Hubble og Duncan, 2008).

Þrátt fyrir allar þessar að því er virðist endalaus breytur sem geta haft áhrif á myndun meðferðarsambands sýna rannsóknir hins vegar að það sem meðferðaraðili leggur til málanna hefur mest vægi hvað gæði meðferðarsambands varðar. Eiginleikar, persónuleiki, hæfileikar og viðmót meðferðaraðilans hafa mun meira vægi en það sem sjúklingurinn kemur með að borðinu. Þannig er það meðferðaraðilinn sem ræður mestu um hvernig tekst til við myndun meðferðarsambands. Það sem máli skiptir í meðferð er þannig hver stýrir henni og virðist þá hvorki reynsla hans, þjálfun né hugmyndafræði vera

lykilatriði (Ackerman og Hilsenroth, 2003; Baldwin, o.fl., 2007; Del Re o.fl., 2012; Elvins og Green, 2008; Miller o.fl., 2008; Spiers og Wood, 2010).

Aðstæðurnar þar sem meðferð fer fram, skjólstæðingarnir sem sækja meðferð, væntingar sem þeir hafa til meðferðar og samspil meðferðaraðila og skjólstæðings – allt þetta er breytingum háð. Bæði djúpstæðir þættir og einberar tilviljanir geta valdið því hvernig til tekst við myndun meðferðarsambands. Getu meðferðaraðila til að skapa jarðveg fyrir jákvæðar breytingar innan þess breytilega ramma, sem honum er settur, hefur hins vegar best forspárgildi um hvort gott meðferðarsamband myndast. Það bendir til að meðferðaraðilar eigi frekar að huga að eigin framlagi til meðferðarsambands en nokkru öðru, svo sem hamlandi eiginleikum skjólstæðinga sinna eða vandamálum tengdum aðstæðum (Baldwin, o.fl., 2007). Mikilvægast virðist vera fyrir meðferðaraðila að skoða með hvaða móti þeir geta eflt sig til að hafa jákvæð áhrif á myndun meðferðarsambands við skjólstæðinga sína – og þar með á árangur meðferðar. Framlag þeirra er hins vegar gríðarlega margþætt.

Síðar í ritgerðinni mun ég fjalla um hvaða persónulegu eiginleikar meðferðaraðila og þættir í viðmóti þeirra eru taldir líklegir til að stuðla að myndun góðra meðferðartengsla. Sú umræða mun fara fram í tengslum við umfjöllun um virðingu í heilbrigðisþjónustu, hvað skjólstæðingar telja góða þjónustu og hvernig þeir meta það. Ákveðin vinnubrögð og tækni, sem meðferðaraðilar geta viðhaft, hafa hins vegar sannað sig sem hvatar fyrir góð meðferðartengsl. Um þau er vert að fjalla.

## **2.6 Hvað stuðlar að góðu meðferðarsambandi?**

### **2.6.1 „Not knowing“**

Að vissu leyti eru meðferðarsamræður ekkert öðruvísi ferli en venjulegar samræður þar sem fólk leitast við að skilja hvert annað. En það sem meðferðaraðili aðhefst er ekki úr lausu lofti gripið. Það sem hann segir er ekki tilviljunum háð (Anderson og Goolishian, 1988). Hvernig meðferðaraðili beitir sér í meðferð skiptir mestu máli í því hvernig til tekst við uppbyggingu skilvirks meðferðarsambands og úrlausn vandamála. Það er forvitnilegt að skoða hvers konar tækni þeir meðferðaraðilar beita sem skjólstæðingar segja að gagnist sér vel. Í fræðunum birtast ákveðnar aðferðir sem þeir sem taldir eru góðir meðferðaraðilar og stuðla að traustum meðferðarsamböndum eiga sammerkt. Eina nálgun, sem ég hef mætur á, tel ég sameina sérstaklega vel virðingu fyrir skjólstæðingum og vitneskju um ólíka sjóndeildarhringi einstaklinga, auk þess sem reynt er að draga úr valdamisræmi milli meðferðaraðila og skjólstæðings.

Árið 1988 kynntu Anderson og Goolishian til sögunnar hugtakið „not knowing“. Vinna þeirra á rætur sínar að rekja til tilrauna þeirra til að vinna á skilvirkari máta með skjólstæðingum sem hefðbundnar nálganir í samtalsmeðferð hentuðu ekki. Grunnurinn að meðferðarforminu, sem þau unnu að, byggir umfram allt á samvinnu meðferðaraðila og skjólstæðings þar sem þeim síðarnefnda er skipað í sérfræðisess. Grunnviðhorfið er að meðferðaraðilinn komi að sambandinu sem nemandi til að læra um líf viðmælanda síns. Hann er sérfræðingur í ákveðnu fagi en alls ekki í lífi annars. Skjólstæðingurinn er sérfræðingurinn í sínu lífi, raunveruleika sínum og vanda. Það er samvinnuverkefni þeirra að hjálpa meðferðaraðilanum að skilja svo hann geti orðið að liði. Þótt þessi nálgun einblíni á sérfræðipækkingu skjólstæðingsins í sínum málefnum og vanþekkingu meðferðaraðilans á þeim gerir hún ekki lítið úr fagþekkingu meðferðaraðilans. Þessi meðferðarnálgun byggir ekki á því að meðferðaraðili viti ekkert eða kasti fyrir róða þekkingu sinni eða nýti hana ekki í nafni þess að vita ekki. Þvert á móti leggur hann fremur álit sitt og aðstoð af mörkum og er ábyrgur fyrir því að skapa verklag og andrúmsloft þar sem heilandi samræður geta átt sér stað.

Þessi meðferðarnálgun felur í sér að meðferðaraðilinn deilir hugsunum sínum með skjólstæðingi sínum. Túlkun hans fer ekki fram í hljóði heldur er bæði yrt og óyrt. Hann segir upphátt það sem hann telur sig skilja og gefur það sömuleiðis til kynna með líkamstjáningu. Túlkun hans er þannig samskiptaferli. Það sem er sagt fær merkingu þegar það berst á milli einstaklinganna. Þannig getur skjólstæðingurinn komið í veg fyrir mistúlkun og misskilning og hjálpað meðferðaraðilanum að skilja. Einstaklingarnir leggjast svo saman yfir það sem þeir sammælast um að þarf að vinna með og leita lausna.

Meðferðaraðilinn reynir eftir fremsta megni að vera opinn, áhugasamur, sveigjanlegur og auðmjúkur. Hann hefur það jafnframt í huga að öll sú þekking, sem hann öðlast á málum skjólstæðings síns, er einungis túlkun hans á því sem skjólstæðingurinn segir honum. Hann reynir eftir fremsta megni að sjá viðfangsefnin eins og skjólstæðingur hans sér þau en er meðvitaður um að hann getur einungis séð hlutina frá eigin sjónarhorni sem byggist á þekkingu hans, reynslu og manngerð (Anderson, 2005; Anderson og Goolishian, 1988). Sjóndeildarhringur okkar er mótaður. Við sjáum ekkert með algjörlega hlutlausum gleraugum. Því er hlutlaus þekking ekki til og við getum aldrei skilið aðra fullkomlega (Árnason, 2000). Það er mikilvægt fyrir meðferðaraðila að vera meðvitaðir um þetta.

### 2.6.2 Þegar meðferðaraðili deilir af sjálfum sér

Krafan um nálgun í samtalsmeðferð af hálfu meðferðaraðila, sem einkenndist af hlutleysi og litlum inngrípum, var sterk á árum áður eins og fyrr hefur verið rætt. Talið var að skjólstæðingnum væri fyrir bestu að uppgötva leiðir til að bæta hag sinn „upp á eigin spýtur“ í meðferð. Í dag er vitað að algjört hlutleysi er borin von þar sem áhrifa allra sem koma að meðferð gætir óhjákvæmilega hversu mikið sem reynt er að sporna gegn því. Upplýsingar um meðferðaraðila streyma frá honum hvort sem honum líkar það betur eða verr. Við það eitt að stíga inn á skrifstofu meðferðaraðila fær skjólstæðingur gríðarlegt magn upplýsinga um hann. Enn frekari upplýsingar hrannast svo upp þegar hann skoðar til dæmis útlit og klæðaburð meðferðaraðila, orðaval, svipbrigði og látbragð. Hvernig meðferðaraðili skilur og túlkar það sem skjólstæðingur hefur fram að færa, segir jafnframt afar mikið um hann sjálfan. Manneskjan er einfaldlega viðstöðulaust að gefa eitthvað upp um sjálfa sig óafvitandi (Gibson, 2012; Myers og Hayes, 2006; Zur, 2008).

Gagnsemi einlægra og opinna samskipta af hálfu meðferðaraðila er almennt viðurkennd í dag. Ein nálgun, sem áður hlaut ekki náð fyrir augum fræðimanna en þykir almennt til gagns í dag, er fólgin í því þegar meðferðaraðili deilir af sjálfum sér með frásögn (e. therapist self disclosure). Sjálfsfrásögn felst í því þegar meðferðaraðili veitir skjólstæðingi vísitandi upplýsingar um sjálfan sig. Þetta geta verið upplýsingar sem standa alfarið utan við meðferðina sjálfa, svo sem varðandi búsetu hans, fjölskylduhagi eða áhugamál. Þetta geta verið upplýsingar um persónulega þætti, til dæmis tilfinningar, gildi og lífs- eða starfsreynslu. Upplýsingarnar geta einnig varðað vangaveltur um það sem á sér stað í meðferðinni og tilfinningar gagnvart skjólstæðingi – í raun hvað sem er (Gibson, 2012; Henretty og Levitt, 2010; Mallow, 1998; Myers og Hayes, 2006).

Ástæður þess að meðferðaraðili velur að deila af sjálfum sér eða segja frá því sem brýst um innra með honum geta jafnframt verið margvíslegar. Oft eru upplýsingarnar formlegri í upphafi meðferðar og innilegri er líður á. Tilgangur sjálfsfrásagnarinnar getur til dæmis verið að sýna gott fordæmi og hvetja þannig skjólstæðing til að segja frá sjálfum sér. Þessa nálgun er hægt að nýta til að benda á sameiginlega fleti, jafna vald, auka nánd, byggja upp trúnað og traust, leiðrétta misskilning eða aðstoða skjólstæðing við að skilja eigin tilfinningar. Í lok meðferðar nota margir sjálfsfrásögn til að svipta hulunni af því sem fram fór í meðferð, tjá væntumþykju og kveðja. Tilgangurinn á hins vegar alltaf að vera að meðferðaraðilinn meti það svo að frásögn hans geti aukið gæði meðferðar, styrkt meðferðarsambandið og stutt skjólstæðing hans í vegferð sinni að bættri líðan og heilsu (Gibson, 2012; Henretty og Levitt, 2010; Myers og Hayes, 2006).

Meðferðaraðilar verða að vera vissir um að breytni þeirra sé í þágu skjólstæðings en ekki keyrð áfram af eigin þörfum (Myers og Hayes, 2006). Innihald frásagnar er augljóslega lyklatríði. Tímasetning skiptir gríðarlegu máli. Það sem getur verið viðeigandi á einum tímapunkti getur verið allsendis óviðeigandi á öðrum tíma með sama einstaklingi. Það sem einum skjólstæðingi er sagt og gefur góða raun getur svo haft þveröfug áhrif á næsta mann. Ein áskorunin, sem sjálfsfrásögn felur í sér, er hversu erfitt er að finna nákvæmlega út hvað skjólstæðingurinn vill eða vill ekki vita og hver áhrif og gagnsemi þess sem sagt er verða. Þótt traust sé til staðar að mati meðferðaraðila og hann telji til gagns og við hæfi að segja frá sjálfum sér getur hann ekki reitt sig á að mat skjólstæðings sé það sama. Upplifun og túlkun ólíkra einstaklinga eru einfaldlega misjafnar, jafnvel þótt þeir deili sömu aðstæðum og atburðarás. Meðferðaraðili þarf að reyna eftir fremsta megni að gera sér í hugarlund hvernig skjólstæðingur mun túlka og nýta sér þær upplýsingar sem hann fær. Mikilvægt er að vera meðvitaður um að oft falla ummæli ekki í þann jarðveg sem talið var. Það þarf að meta hvert tilfelli fyrir sig gaumgæfilega (Gibson, 2012; Henretty og Levitt, 2010; Myers og Hayes, 2006; Rober, 2005).

Niðurstöður rannsókna virðast almennt benda til jákvæðra áhrifa sjálfsfrásagna. Skjólstæðingar eru líklegri til að lýsa meðferðaraðila sínum sem hlýjum og tjá að þeim líki betur við þá ef þeir segja eitthvað frá sjálfum sér. Svo virðist hins vegar vera að mat á sjálfsfrásögnum sé háð gæðum meðferðarsambands því þeir sem meta meðferðarsambandið lélegt eru síður ánægðir með frásögn meðferðaraðila af sjálfum sér (Gibson, 2012; Henretty og Levitt, 2010; Myers og Hayes, 2006).

Yfirgnæfandi meiri hluti meðferðaraðila segir skjólstæðingum sínum einhvern tíma frá sjálfum sér. Flestir segjast þó nota það sparlega sem almennt er viðurkennt að sé rétt beiting þess. Hugmyndafræði og reynsla meðferðaraðila og andlegt ástand skjólstæðinga hefur veruleg áhrif á hvort meðferðaraðili segir frá sjálfum sér (Gibson, 2012). Persónuleiki meðferðaraðila hefur svo áhrif á hversu vel honum líkar við skjólstæðing sinn, hversu mikla umhyggju hann ber fyrir honum og hversu tilbúinn hann er til að segja frá sjálfum sér og fyrri reynslu (Bordin, 1974). Alveg eins og skjólstæðingur þarfnast öruggs umhverfis til að opna sig þá sýna rannsóknir að traust milli einstaklinga er forsenda þess að meðferðaraðili deili upplýsingum um sig (Gibson, 2012). Ef reiknað er með að sjálfsfrásögn meðferðaraðila auki gæði þá má reikna með að skjólstæðingar njóti mismikilla gæða í meðferð eftir því hversu mikið traust meðferðaraðili telur sambandið innibera.



### 2.6.3 Endurgjöf frá skjólstæðingi

Ákveðnar nálganir meðferðaraðila eru taldar vænlegar til myndunar góðs meðferðarsambands. Seinni tíma rannsóknir hafa enn fremur leitt í ljós að mörg einföld atriði stuðla að því að sumir meðferðaraðilar ná betri tengslum við skjólstæðinga sína en aðrir. Er þá átt við starfshætti sem gera þeim kleift að bregðast betur við þörfum skjólstæðinga sinna þannig að tengslamyndun þeirra og þjónusta, sama á hvaða hugmyndafræði hún byggir, beri góðan árangur.

Þegar hefur verið fjallað um að hugmyndafræði meðferðaraðila skiptir ekki mestu máli fyrir gæði meðferðarsambands, ánægju skjólstæðinga og árangur. Miller o.fl. (2008) hefur verið hugleikið af hverju skjólstæðingum sumra meðferðaraðila vegnar marktækt betur en skjólstæðingum annarra. Rannsóknir þeirra hafa meðal annars beinst að því sem þeir kalla framúrskarandi meðferðaraðila og hvernig þeir beita ákveðnum aðferðum til þess að ná framúrskarandi árangri með skjólstæðingum sínum. Meginniðurstaða þeirra er sú að þeir meðferðaraðilar, sem bera af, fara kerfisbundið og með gagnrýnum augum yfir störf sín með tilliti til þess hvað skilar árangri og hvað má betur fara í meðferð.

Miller o.fl. (2008) útiloka að tilviljanir eða meðfæddir hæfileikar meðferðaraðila ráði för. Þeir túlkuðu niðurstöður sínar þannig að framúrskarandi meðferðaraðilar vinni einfaldlega harðari höndum að því að bæta hæfni sína en aðrir og að leiðin sem þeir fara til þess, sé endurgjöf frá þjónustuþegunum sjálfum. Þannig bera þeir meðferðaraðilar, sem skara fram úr, stanslaust saman nýjar upplýsingar við það sem þeir vita fyrir og bæta þannig þekkingu sína markvisst. Miller o.fl. (2008) leggja því til ásamt fleirum (Del Re o.fl., 2012) að endurgjöf frá þjónustuþegum og rýni meðferðaraðila á eigin starfsháttum út frá því sé besta leiðin til að bæta sig í starfi.

Ekki er sama hvernig mat þjónustuþega fer fram. Það dugir ekki að spyrja einungis skjólstæðinga hvað þeim finnst því sú aðferð er afskaplega ónákvæm. Fagfólk telur sig oft hafa kannað viðhorf skjólstæðinga sinna þannig þrátt fyrir að það sé ekki upplifun skjólstæðinganna að þeir hafi verið spurðir álit. Þaðan af síður er það fullnægjandi að meðferðaraðili leggi á það huglægt mat hvernig hann telur gæði þjónustu eða tengsl við skjólstæðing vera. Þótt hann geti haft tilfinningu fyrir því er það einungis ágiskun. Rannsóknir sýna endurtekið að einkunnir, sem skjólstæðingar gefa meðferðarsambandinu, hafa mun meira forspárgildi um bata en tegund meðferðar eða mat meðferðaraðilans sjálfs á meðferðarsambandinu. Notendur þjónustu meta þarfir sínar og gæði þjónustu ef til vill allt öðruvísi en meðferðaraðilinn – og líklega allt öðruvísi en aðrir skjólstæðingar hans. Þjónustuþegar fela jafnframt stundum óánægju sína fyrir kurteisissakir (Calsyn,

Klinkenberg, Morse og Lemming, 2006; Duncan, Miller og Hubble, 2007; Junghan, Leese, Priebe og Slade, 2007).

Nákvæmt mat þjónustubeganna sjálfra á meðferðinni er nauðsynlegt ef vilji er til að nýta sér mat þeirra til að bæta þjónustu. Það þarf að styðjast kerfisbundið við stöðluð og áreiðanleg tæki, svo sem sérhannaða skriflega spurningalista (Duncan o.fl., 2007). Það er til mikils að vinna. Rannsóknir sýna að það eitt að spyrja skjólstæðing álitis um þjónustu styrkir meðferðarsamband milli meðferðaraðila og skjólstæðings. Með öðrum orðum: að fá skjólstæðing til að meta árangur og gæði meðferðar eykur árangur hennar. Meira að segja, þegar illa gengur, lýsa skjólstæðingar ánægju með það að fá að segja frá hvað þeim líkar ekki og hvað þeim líkar. Að biðja skjólstæðinga um að taka þátt á þennan máta valdeflir þá og eykur vægi þeirra í meðferðinni (Duncan o.fl., 2007; Miller, Duncan, Brown, Sorrell og Chalk, 2006; Miller, Hubble og Duncan, 2008).

## **2.7 Meðferðarsambandið og virðing**

Eins og fram hefur komið skiptir viðhorf sjúklinga og upplifun þeirra af þjónustu verulegu máli fyrir árangur meðferðarinnar. Ánægja er drifkraftur því hún eflir samvinnu, þrautseigju og meðferðarheldni. Reynsla mín í starfi styður það. Ánægju með veitta þjónustu stafar jafnframt að mestu leyti af góðum tengslum skjólstæðings við heilbrigðisstarfsfólkið sem sinnir meðferð hans, þ.e. af meðferðarsambandinu eða meðferðarsamböndunum sem hann er þátttakandi í. Það er einnig mín reynsla. Meðferðarsambandið er jafnframt sá þáttur sem hefur mest forspárgildi um árangur meðferðar. Þetta er ástæðan fyrir því að í verkefni, sem miðar að því að skoða hvað skiptir skjólstæðinga í heilbrigðisþjónustu máli, hvað leiðir vel unnin störf fagfólks og hvernig má best gera þjónustuna úr garði, þykir mér grundvallaratriði að skilgreina og fjalla um meðferðarsambandshugtakið og þróun þess. Það er dýrmætasta verkfærið sem fagfólk í heilbrigðisþjónustu hefur yfir að ráða. Það gerir ljóst mikilvægi þess að ræða um hluta þeirra ótalmörgu þátta sem hafa áhrif á myndun meðferðarsambands og nefna til sögunnar vinnubrögð sem eru talin líkleg til að stuðla að uppbyggingu þess.

Mér leikur hins vegar forvitni á að kanna hvaða sameiginlegi þáttur það er í viðmóti meðferðaraðila, samskiptum hans og vinnubrögðum sem skjólstæðingar í heilbrigðisþjónustu kunna best að meta; með öðrum orðum hver sé kjarni þess sem þeim líkar og stuðlar þar með að ánægju, traustu meðferðarsambandi og árangri. Eftir að hafa grandskoðað meðferðarsambandshugtakið frá mörgum sjónarhornum er tilgáta mín sú að virðing fyrir manneskjunni sé kjarni þess sem skjólstæðingar þróa; það viðhorf leiði af sér

fallega og faglega framkomu og vönduð vinnubrögð hjá fagfólki í heilbrigðisþjónustu. Þess vegna ætla ég að rannsaka virðingarhugtakið. Í því skyni skoða ég hvernig virðing er túlkuð, hvernig henni er beitt og hvernig hún birtist í daglegu lífi, siðfræðikenningum, heilbrigðisvísindum og lögum, svo og leiðbeiningum og reglugerðum sem tengjast heilbrigðisþjónustu. Að lokum skoða ég lýsingar þjónustuþega í heilbrigðisþjónustu og leiði rök að því að virðing sé sá siðferðilegi kjarni sem býr að baki góðu meðferðarsambandi og ánægjulegum upplifunum skjólstæðinganna.

### 3. Virðing fyrir persónunni

Það er ríkjandi hugsjón í heiminum að manneskjan eigi tilkall til virðingar, að hún hafi skilyrðislaust gildi. Hugsjónin leiðir af sér skylduna að auðsýna sjálfum sér og öðrum ætíð virðingu. Skilyrðislaus virðing fyrir persónunni er leiðandi þáttur í mörgum siðfræðikenningum Virðing og tilraunir mannsins til að tryggja henni sess teygir anga sína í skólastofur, landslög, heilbrigðisstefnur, alþjóðlegar siðareglur og siðareglur fagstétta.

Hvað virðing nákvæmlega merkir og felur í sér og hvernig ber að auðsýna hana er öllu óskýrara og flóknara í frásögn. Merking hugtaksins er að vissu leyti á reiki. Þegar ritað og rætt er um virðingu er misjafnt hversu víðfeðma túlkun virðingar er átt við, til dæmis hvort átt er við fleira en virðingu fyrir sjálfræði einstaklingsins. Eins er misjafnt hvort hún er tengd verðskuldun eða er skilyrðislaus. Kröfurnar, sem eru gerðar, eru mjög ólíkar eftir því hvernig hugtakinu er beitt. Þessi margbreytileiki veldur ákveðinni spennu.

Í meginatriðum virðast vera ríkjandi þrjár ólíkar leiðir til að fjalla um virðingu. Virðingarhugtakið, sem almennt er stuðst við í daglegu tali, er víðfeðmt, það varðar fleira en virðingu fyrir sjálfsákvörðunarrétti manneskjunnar. Virðing í daglegu tali er hins vegar gjarnan tengd verðskuldun. Þannig getur fólk þurft að ávinna sér virðingu og getur jafnvel tapað henni. Virðing, eins og oft er fjallað um hana í siðfræði, er þröng, nánast afmörkuð við virðingu fyrir sjálfræði einstaklingsins. Hún er hins vegar einvörðungu tengd sjálfstæðu virði manneskjunnar, algjörlega óháð verðskuldun. Eins og virðing er innlimuð í lög, reglugerðir, stefnur og leiðbeiningar er oft tiltölulega óljóst hvað átt er við með virðingu. Hún er almennt tengd við gildi persónunnar og ótengd verðskuldun en afar óskýrt er hvernig hugtakinu er beitt umfram það. Í ofanefndum skjölum er virðing fyrir sjálfræði einstaklingsins jafnvel ein nefnd en skyldurnar, sem leiddar eru af siðalögmálinu, eru mun víðari en svo að um virðingu aðeins fyrir sjálfræði geti verið að ræða. Ég mun fjalla um þennan merkingarmun í kaflanum. Ég mun jafnframt leitast við að fanga hugtakið og merkingu þess út frá umfjöllun sem það hefur hlotið í siðfræði og fræðum tengdum heilbrigðisþjónustu.

Immanuel Kant nýtur sviðsljóssins í siðfræðinni. Ég tek mið af hugmyndafræði hans án þess að fylgja henni í einu og öllu. Höfuðsiðalögmálin fjögur, sem öðlast hafa sess í heilbrigðis- og lífsiðfræði: velgjörð, réttlæti, skaðleysi og virðing fyrir sjálfræði, fá einnig nokkra umfjöllun. Ég set jafnframt fram gagnrýni á þrönga skilgreiningu virðingar, það er þegar virðing felur einvörðungu í sér virðingu fyrir sjálfræði einstaklingsins.

Ég tengi skrif Daryls Koehn um fagmennsku við virðingu í heilbrigðisþjónustu. Í

umfjöllun um virðingu í heilbrigðisþjónustu er þjónusta á sjúkrahúsum í brennidepli þótt rætt sé um kerfið í heild sinni. Umræðan ber keim af grunni mínum í geðheilbrigðisþjónustu. Ég mun kappkosta að draga upp mynd af því í hverju heilbrigðisstarfsfólk og notendur heilbrigðisþjónustu telja virðingu vera fólga, svo og hvernig það mat fer fram. Ég tæpi á þeim þáttum sem þarf að taka tillit til í heilbrigðisþjónustu svo sem varnarleysi þjónustuþega og þagnarskyldunnar og hvernig það sé best gert.

Tilgangurinn er að greina hver er siðfræðilegur kjarni meðferðarsambands. Markmiðið er jafnframt að skoða hvaða siðalögmál ræður för í þankagangi heilbrigðisstarfsfólks sem ræður yfir eftirsóknarverðum samskiptaháttum, sem stuðla að sjúklingaánægju og traustum meðferðarsamböndum og vandar almennt til verka.

Að lokum mun ég fjalla um þá þætti sem mér þykja þarfnast sérstakrar athygli þegar sjónum er beint að virðingu í heilbrigðisþjónustu. Það eru bæði þættir sem sjúklingum eru bersýnilegir sem og þættir sem eru þeim verr sýnilegir en draga engu að síður dóm af því hvort virðing er höfð að leiðarljósi í þjónustu. Tilgangurinn er að skoða hvernig siðfræðin getur stutt við góða heilbrigðisþjónustu. Ég legg til leiðir sem ég tel líklegar til að styðja við virðingu í heilbrigðisþjónustu en ég tel virðingu vera verðugasta vegvísinn og undirstöðu góðra samskipta og verka.

### **3.1 Virðing í daglegu lífi**

Virðing fyrir manneskjum er eitt af grunngildum samfélagsins og leikur yfirleitt lykilhlutverk í lífi okkar. Uppeldi barna miðar að því að kenna þeim að þekkja reglur og hefðir menningarinnar sem fjölskyldan tilheyrir. Þetta eru leiðbeiningar fyrir lífið, umgengisreglur sem eru meðal annars sniðnar í kringum virðingu fyrir manneskjum. Þær snúa að samfélaginu í heild og okkur sjálfum. Á fyrstu æviárunum lærum við grundvallarreglurnar. Sem dæmi má nefna gildi þess að skiptast á og bíða í röð, þar sem kennd er virðing fyrir löngunum annarra. Kurteisi fær gjarnan mikla athygli, þar sem virðing fyrir líðan annarra er í forgrunni. Stundvísi er atriði, sem lögð er áhersla á, þar sem sjónum er beint að virðingu fyrir tíma annarra. Þessar samskiptareglur forða einstaklingnum frá árekstrum við aðra og eru honum þannig líka sjálfum til hagsbóta. Skoðanir og viðhorf uppalenda varðandi verðskuldun fléttast jafnframt inn í uppeldið en allt miðar þetta að því að barni þyki það sjálfsagt að bera virðingu fyrir öðrum manneskjum.

Við vonumst ekki síður til að í uppvextinum berist þau skilaboð til barna að bera

virðingu fyrir sjálfum sér. Kennslustundir í skólum felast til dæmis í leiðsögn um andlega og líkamlega umhirðu, svo sem mildi í eigin garð, hollt mataræði og reglulega hreyfingu. Þannig er börnum kennt að bera virðingu fyrir eigin persónu með því að láta sér þykja vænt um hana og hugsa vel um hana. Mikilvæg skilaboð eru fólgin í fræðslu um umráðarétt hvers og eins yfir eigin líkama, rétt fólks til að sæta ekki illri meðferð eða framkomu og réttinn til að ákvarða lífi sínu farveg. Kjarni þeirrar kennslu er að manneskjur hafi gildi og verðskuldi virðingu. Sú virðing, sem við berum fyrir okkur sjálfum og öðrum, litar öll samskipti okkar og gengur þannig sem rauður þráður í gegnum lífið.

Hugtakinu virðingu fyrir manneskjunni er ekki alltaf beitt á sama hátt né er það skilið eins. Annars vegar er það sú merking virðingar sem fólk á almennt við í daglegu tali. Í hversdagslegum samtölum er almennt átt við þá virðingu sem fólki er ætlað að vinna sér inn eða eignað í tengslum við skyldur þess, hlutverk og hegðun. Við spjöllum um virðingu okkar fyrir öðrum og lýsum með því yfir velþóknun eða vanþóknun á viðkomandi og atferli hans. Við segjumst gjarnan bera mikla virðingu fyrir þeim sem okkur þykir hafa ræktað hlutverk sitt vel, hvert sem það er, eða afrekað eitthvað. Við tjáum litla virðingu fyrir þeim sem við teljum hafa brotið af sér eða hlaupist undan skyldum, hverjar sem þær eru. Virðing í daglegu tali er tengd verðskuldun. Hún er afar ólík siðferðilegu kröfunni um skilyrðislausu virðingu fyrir manneskjum.

Hvaða hegðun er talin virðingarverð eða ástæða til að uppskera virðingarleysi er misjöfn eftir því hver metur. Samfélagið, sem við lifum í, og menningin, sem mótar okkur, hefur mikil áhrif á hvað okkur þykir gott og eftirsóknarvert eða til skammar. Afstaða einstaklings til verðskuldunar virðingar byggist á hans eigin gildum, verðmætamati og hugmyndum um ábyrgðarsvið og skyldur. Ákveðin þemu ríkja í þeim efnum en þar er blæbrigðamunur á. Einhver sem lítur svo á að framúrskarandi færni í viðskiptum með fjármuni sé á færi fárra en að sama skapi eftirsóknarverð getur borið gríðarlega virðingu fyrir farsælum viðskiptakóngi. Annar sem er upptekinn af öðrum minna veraldlegum gæðum getur fundið fyrir virðingarleysi í garð viðskiptamannsins fyrir að beina ekki sjónum að öðrum viðfangsefnum sem hann sjálfur telur verðugri, eða sinna ekki verkefnum sem hann telur mikilvægari en viðskipti. Þannig ræðum við oft um virðingu eins og hún sé ekki afstaða, sem allir eiga tilkall til, heldur umbun sem fólk öðlist í krafti hlutverks eða þurfi að vinna fyrir. Þannig er virðing tengd verðskuldun.

Hins vegar er virðingin sem manneskjan er talin eiga heimtingu á af þeirri einu ástæðu að hún er manneskja. Það er sú virðing sem siðfræðin skilgreinir almennt,

siðalögmálið um virðingu fyrir manneskjunn (Vilhjálmur Árnason, 2003, bls. 23). Kjarni þeirrar virðingar er viðurkenning á skilyrðislausu virði mannsins og jöfnum rétti allra til að búa við ákveðin gæði og vera laus undan ákveðinni áþján. Þessi skilyrðislausa virðing er nátengd réttlætishugtakinu og mannréttindum. Hún krefur okkur um að virða ekki að vettugi líðan persónu, langanir hennar, markmið og gildi og annað sem skiptir hana máli, svo fremi sem það sé skynsamlegt og sanngjarnt. Þetta er sú virðing sem okkur ber skylda til að bera fyrir öðrum manneskjum, algerlega óháð öðrum breytum. Þetta er sú virðing sem ég tel að sé sterk í uppeldi barna í menningu okkar þótt einstaklingsbundin hugmyndafræði uppalenda sé samtvinnuð og breytileg milli þeirra og daglegt tal geti valdið ruglingi. Þetta er sú skilyrðislausa virðing sem heilbrigðisstarfsfólki ber að sýna öllum skjólstæðingum sínum – án fyrirvara um þau þrek- eða illvirki sem þeir kunna að hafa unnið. Hins vegar getur verið auðveldara að rita en iðka.

## 3.2 Siðfræði virðingar

### 3.2.1 Kant um virðingu

Að manneskjan eigi rétt á virðingu og ákveðnum réttindum óháð öðrum breytum er rótgróið í siðfræði. Það viðhorf má að miklu leyti þakka Immanuel Kant en það er eitt megininntak siðfræði hans sem hann ritaði um í bók sinni *Grundvöllur að frumspeki siðlegrar breytni* og kom út árið 1785. Hann var fyrsti vestræni heimspekingurinn til að staðsetja virðingu í brennidepil siðfræðilegrar greiningar. Hann staðhæfði að allar manneskjur hefðu skilyrðislaust innra gildi í þeirri merkingu að gildi þeirra væri ekki tilkomið vegna neins annars. Hann fullyrti jafnframt að í eigingildinu væri fólgin göfgi sem væri hátt hafin yfir allt verð eða markaðsgildi hluta. Hann sagði að persónan væri þannig hlutlægt markmið sem hefði sína eigin tilvist að markmiði (Kant, 2003, bls. 152 og 162).

Af þessu grunnildi leiddi Kant ríkulegar skyldur gagnvart öllu mannfólki. Hans orð voru: „Breyttu þannig að þú komir aldrei fram við manneðlið, hvort sem það er í persónu þín sjálfs eða persónu allra annarra, einungis sem tæki heldur ávallt um leið sem markmið“ (Kant, 2003, bls. 153). Þetta er lögmál Kants um virðingu fyrir persónunni. Bjargföst trú hans var að almennt hefði fólk getu og rétt til að beita eigin dómgreind. Röng breytni getur að hans mati bæði falist í því að einstaklingur misnotar annan eða leyfir öðrum að misnota sig. Skyldan, sem siðalögmálið um virðingu fyrir persónunni leiðir af sér, er tvíþætt. Fullkomna skyldan er að nota aðra ekki á neikvæðan hátt, nánar tiltekið að virða sjálfsákvörðunarrétt þeirra með því að halda sig frá því að ráðskast með þá.

Ófullkomna skyldan er að greiða fyrir sanngjörnum markmiðum annarra, það er að nálgast þá á styðjandi máta. Þetta eru tvær ólíkar kröfur í mannlegum samskiptum sem hann boðar, kröfu um nálægð og kröfu um fjarlægð. Lögmálið um gagnkvæman kærleik sagði Kant hvetja menn til að nálgast hver annan. Lögmálið um gagnkvæma virðingu kvað hann hins vegar hvetja þá til að halda sér í fjarlægð hver frá öðrum. Þannig lagði Kant grunn að siðferðisskyldunni að koma fram við fólk sem sjálfráða einstaklinga (Vilhjálmur Árnason, 2008, bls. 100).

Tilmæli Kants voru einnig á þá leið að aldrei skyldi maður breyta í siðferðisefnum öðruvísi en á þann hátt að hann sjálfur gæti viljað að allir aðrir breyttu einnig á samskonar máta. Með öðrum orðum, að af lífsreglu manns mætti leiða almennt lögmál (Kant, 2003, bls. 111). Öll voru tilmælin í þeim tilgangi að stuðla að þeirri gagnkvæmu virðingu sem Kant taldi mannskepnuna eiga heimtingu á. Honum virðist ekki hafa þótt mannfólkinu veita af leiðbeiningum fyrir lífið. Sem manneskjur höfum við nefnilega þá náttúrulegu eðlishvöt að fullnægja hneigðum okkar og stuðla að eigin vellíðan. Markmið hneigða okkar brjóta gjarnan í bága við skyldur okkar. Af þeim sökum kann svo að fara að við viljum alls ekki að okkar eigið hegðunarmynstur, með öðrum orðum lífsregla, verði að almennu lögmáli. Við erum líkleg til að gera undantekningu fyrir okkur sjálf af sérhagsmunaástæðum (Kant, 2003, bls. 145). En við erum einnig skynsemisverur. Og Kant fullyrta að skynsemin væri okkar vald því hún kallaði fram góðan vilja til að gera það sem væri rétt, af skyldurækni. Þannig vitum við hvað okkur ber að gera, hverjar skyldur okkar eru. Togstreitan, sem ríkir milli þess sem við eigum að gera og þess sem okkur langar að gera, einkennir siðferðið að mati Kants.

Skyldan býður okkur að gera það sem er rétt, af skyldurækni og virðingu við siðalögmálið. Samkvæmt Kant ræðst siðferðisgildi athafnar af því einu hvort hún er unnin af skyldu eða hneigð. Afleiðingar gjörða okkar, hvort sem þær eru fyrirséðar eða ófyrirséðar, breyta engu þar um. Siðferðilegt réttmæti hegðunar skal því einungis dæmt af þeim vilja sem er að baki hennar. Við getum fyrir vikið ekki metið athöfn af því einu að hið rétta hafi verið framkvæmt. Þannig getur verk verið gott og í samræmi við skylduboð án þess að nokkuð sé vitað um siðferðilegt inntak þess. Hegðun getur nefnilega verið í samræmi við skyldu án þess að vera unnin af skyldu. Það eru ekki gjörðirnar, sem maður sér, sem skipta þar máli heldur innri lögmál. Ásetningur sker úr um það (Kant, 2003, bls. 118). Þess vegna er nauðsynlegt að skoða hvað býr að baki.

Frægt er dæmi Kants af kaupmönnum þremur sem allir breyttu rétt í starfi sínu (Vilhjálmur Árnason, 2008, bls. 87–88). Það gerðu þeir hins vegar af ólíkum ástæðum. Sá



fyrsti breytti rétt vegna þess að hann vissi að það borgaði sig, að það væri gott fyrir viðskiptin. Það hafði ekkert siðferðisgildi að mati Kants. Annar gerði það vegna þess að hann gat ekki hugsað sér að svíkja neinn. Sá hefði verið til fyrirmyndar að mati margra. Að dómi Kants hafði breytni hans hins vegar heldur ekkert siðferðisgildi þótt hún væri lofsverð, þar sem hún réðist af hneigð en ekki skyldu. Þriðja kaupmanninn langaði hins vegar gjarnan að hafa fé af viðskiptavinum sínum. Hann lét það þó vera vegna þess eins að það er rangt. Þann kaupmann einan sagði Kant breyta siðferðilega. Breytni þriðja kaupmannsins sagði hann hafa siðferðisgildi sem væri ofar öllu. Samkvæmt Kant er það því viljinn til að gera það sem er rétt, af því að það er rétt, sem er einn að baki siðferðilega lofsverðri breytni.

### 3.2.2 Höfuðsiðalögmálin fjögur

Beauchamp og Childress gáfu í fyrsta sinn út bók sína *Principles of Biomedical Ethics* árið 1979. Bókin skilgreindi fjögur siðalögmál: Skaðleysi, velgjörð, virðingu og réttlæti. Skrif þeirra um þessi fjögur höfuðsiðalögmál, sem eru almennt talin máttarstólpar í lífsiðfræði, mótuðu þær grunnhugmyndir sem ríkja í dag. Þrátt fyrir að eiga uppruna sinn í siðfræðilegri leiðsögn á framferði rannsakenda gagnvart þátttakendum í rannsóknum á fólki hefur notkun höfuðsiðalögmálanna færst yfir á alla heilbrigðisþjónustu.

Siðalögmálið um skaðleysi boðar að umfram allt annað skuli rannsakendur og heilbrigðisstarfsfólk forðast að valda þátttakendum rannsókna og skjólstæðingum heilbrigðisþjónustu skaða. Þannig mega rannsóknir eða þjónusta ekki fela í sér ónauðsynlega eða óásættanlega áhættu fyrir fólk. Það þýðir að ekki má bjóða fólki að taka þátt í starfsemi þar sem áhættumörk eru ekki viðunandi. Siðalögmálið um velgjörð spannar einnig skyldu fólks að skaða ekki aðra. Það fjallar ekki síður um skylduna að leggja sitt af mörkum til að hjálpa öðrum að ná markmiðum sínum og stuðla að velferð þeirra. Þannig felur lögmálið í senn í sér að lágmarka skaða og hámarka ábata viðfangsefna eða þjónustuþega. Þetta gerir ljósa þörfina fyrir vandað mat á áhættu og ávinningi (Vilhjálmur Árnason, 2003, bls. 175).

Siðalögmálið um réttlæti lætur sig varða hvernig byrðum og gæðum er skipt milli fólks. Það snýst til dæmis um aðgengi samfélagshópa og einstaklinga að heilbrigðisþjónustu og dreifingu áhættu og ávinnings rannsókna. Við rannsóknir á fólki hefur lögmálið mikið gildi fyrir vernd varnarlausra hópa. Sagan kennir okkur að ekki veitir af aðhaldi og eftirliti við rannsóknir þar sem varnarlausir hópar hafa gjarnan verið látnir taka áhættu í rannsóknum sem unnar eru til gagns fyrir valdameiri hópa.

Skólabókardæmi eru rannsóknir sem Vesturlandabúar hafa framkvæmt á fólki í þróunarlöndum.

Siðalögmálið um virðingu fyrir manneskjunnri er það lögmál sem hlotið hefur mesta umfjöllun í fræðunum. Þetta höfuðsiðalögmál gerir tvenns konar kröfur. Önnur krafan er neikvæð. Hin er jákvæð. Neikvæða krafan útlistar rétt manneskju til að vera laus undan stjórnandi hömlum og afskiptum annarra. Þess er t.d. krafist að gengist sé við réttindum einstaklingsins til að hafa skoðanir og ákvarða eigin markmið með því að velja og framkvæma út frá eigin hagsmunum, gildum og trú. Jákvæða krafan sem siðalögmáliðvarðar réttmæta heimtingu einstaklinga um að sjálfsákvörðunarréttur þeirra sé ekki aðeins virtur heldur einnig styrktur. Það felur í sér skyldu fólks að efla getu annarra til að taka sjálfráðar ákvarðanir. Samkvæmt siðalögmálinu um virðingu fyrir persónu má hún ráða sér sjálf svo lengi sem hún skaðar ekki aðra. Jafnframt á að styrkja hana til sjálfræðis. Beauchamp og Childress (2001) leggja ríka áherslu á að virðing fyrir sjálfræði sé ekki bara hugsjón sem getur átt við í rannsóknum og heilbrigðisþjónustu. Þeir fullyrða að virðing fyrir sjálfræði sé óhjákvæmileg, fagleg skylda. Í heilbrigðisfræðum og lífsiðfræði hefur það átt sér stað að virðing fyrir manneskjunnri hefur verið þrengd. Hún hefur umbreytt í einbera virðingu fyrir sjálfræði (Beach, Roter, Wang, Duggan og Cooper, 2006; Dickert og Kass, 2009; Joffe o.fl., 2003). Sú skilgreining hefur fest sig í sessi, í fræðunum og huga fólks.

Siðalögmálið um virðingu fyrir sjálfræði er einfalt og skýrt. Skilgreiningin, sem snýr að heilbrigðisþjónustu, er á þessa leið: Heilbrigðisstarfsfólki ber, svo fremi sem það getur, að auka hlutdeild skjólstæðinga í ákvörðunum er varða þeirra eigið líf. Þetta skal gert bæði með því að hefta skjólstæðinga ekki og með því að skapa nauðsynleg skilyrði fyrir þá til sjálfráðrar breytni. Skylda heilbrigðisstarfsfólks er að skapa forsendur fyrir skilning og ákvarðanatöku einstaklinga. Það má til að mynda gera með upplýsingagjöf og með því að afla upplýsts samþykkis. Siðalögmálið um virðingu fyrir manneskjum fyrirskipar t.d. að fólk taki einungis þátt í rannsóknum og þiggi heilbrigðisþjónustu af fúsum og frjálsum vilja. Siðfræðileg umfjöllun á okkar tímum um samband skjólstæðings og meðferðaraðila í heilbrigðisþjónustu hefur beint sjónum að þessu siðalögmáli. Áherslan hefur verið á sameiginlega ákvarðanatöku meðferðaraðila og skjólstæðings og virðingu fyrir sjálfræði þess síðarnefnda (Beauchamp og Childress, 2001, bls. 63–64; Joffe o.fl., 2003).

### 3.2.3 Koehn um fagmennsku

Heilbrigðismenntaðar fagstéttir veita mikilvæga þjónustu. Heilbrigðisstarfsfólk býr yfir sérþekkingu sem almenningur hefur ekki yfir að ráða. Skjólstæðingar leita til fagfólks til að verja verðmæti sín, svo sem heilsu sína, sem þeir geta ekki gert einir síns liðs.

Valdamisræmi milli fagmanns í heilbrigðisþjónustu og skjólstæðings er viðurkennd staðreynd. Einstaklingar, sem eru í þörf fyrir þjónustu, geta verið varnarlausir, í óvenjulegum og ókunnugum aðstæðum, með vanlíðan eða í ójafnvægi, í tímaþröng og algjörlega háðir því að fá aðstoð. Fólk er að öllu jöfnu ekki reiðubúið að treysta hverjum sem er fyrir verðmætum sínum. Þegar fólk þarfnast heilbrigðisþjónustu og mikið liggur við getur það á hinn bóginn verið í þeirri stöðu að neyðast til að treysta á þann sem þjónustuna veitir til að vinna að úrlausn sinna mála eins og best verður á kosið. Fagfólki ber siðferðileg skylda til að standa undir þeim væntingum og rækja hlutverk sitt vel (Koehn, 1994, bls. 54–68).

Starfsstéttir í heilbrigðisþjónustu, svo sem læknar, hjúkrunarfræðingar og sálfræðingar, heyra til fagstétta. Daryl Koehn (1994, bls. 54–68) er á þeirri skoðun að meðlimir starfsstéttar þurfi að uppfylla ákveðin skilyrði eigi stéttin að geta talist fagstétt. Hún segir að fagmennska byggji á sérþekkingu og ákveðnum starfsháttum og þankagangi sem sé nauðsynlegur til að tryggja skjólstæðingum viðeigandi og réttláta þjónustu. Koehn segir að fagmaður þurfi ætíð að sinna störfum sínum með það að markmiði að standa undir traustinu sem til hans er borið. Hún telur því traust vera kjarna fagmennsku.

Koehn (1994, bls. 54–68) segir sérþekkingu vera eitt atriðanna sem eru nauðsynleg fyrir fagmennsku. Hún sé hins vegar engan veginn nægjanlegt skilyrði fagmennsku því þekking eða færni framkalli ekki sjálfkrafa fagleg vinnubrögð. Koehn telur það hvernig og í hvaða tilgangi sérfræðingur nýtir hæfni sína skera úr um hvort hann er fagmaður eður ei. Einstaklingur getur nefnilega vel notað sérfræðiþekkingu sína til illra jafnt sem góðra verka. Þannig ályktar hún að tilgangur starfsmanns skipti mestu um fagmennsku hans. Að hennar viti er skýrt að fagfólk þarf að játast ákveðinni hugsjón. Það þarf að skuldbinda sig hagsmunum skjólstæðinga sinna og góðum verkum í þeirra þágu. Hún fullyrðir að hagsmunir almennings varði fagstéttir, að þær hafi því samfélagslegri skyldu að gegna. Enn fremur segir hún fagstéttir þurfa að lýsa yfir þessari skuldbindingu og velvild sem á að leiða störf þeirra og tryggja þannig traust almennings í þeirra garð.

Hæfni fagmanns og traust í samskiptum hans við skjólstæðing er mikilvægt. Dómgreind fagmanns er ekki síður mikilvægur þáttur. Skjólstæðingar geta ekki alltaf að fullu vitað hvaða þjónustu þeir þarfnast. Þeir þurfa gjarnan aðstoð við að skilgreina það.

Þeir leita til fagmanns sem metur þarfir þeirra út frá aðstæðum þeirra og sögunni sem þeir segja. Fagmaðurinn rannsakar, með skjólstæðingnum, hvers hann þarfnast, hvað hann vill og hvað honum er fyrir bestu og saman komast þeir að niðurstöðu. Það getur jafnvel verið önnur niðurstaða en skjólstæðingurinn ætlaði fyrir fram. Fyrir kemur að fólk vilji jafnvel úrræði sem eru sjálfum sér eða öðrum skaðlegt (Koehn, 1994, bls. 54-68).

Koehn (1994, bls. 54–68) leggur ríka áherslu á að fagmaður haldi skýrri sýn á markmið skjólstæðinga sinna án þess að vera handbendi þeirra, í þeim skilningi að hann geri hvað sem skjólstæðingi hugkvæmist. Koehn bendir á að hlutverk fagfólks sé viðameira en að fylgja einhlítum fyrirmælum. Það verður að hafa getu og leyfi til að beita eigin dómgreind. Frekar skal það nýta sérfræðipækkingu sína af virðingu fyrir markmiðum skjólstæðinga sinna til að halda áfram á réttri braut. Það getur falið í sér erfiða markasetningu og jafnvel tímabundna óánægju sjúklunga. Langanir skjólstæðinga geta nefnilega verið í trássi við markmið þeirra.

Það er ekki hlutverk heilbrigðisstarfsfólks að uppfylla langanir skjólstæðinga. Heilbrigðisstarfsfólk á ekki að þjóna óskum sjúklings eins og hann sé viðskiptavinur þeirra. Siðferðileg ábyrgð þess getur ekki vikið fyrir óskum hans. Þótt virðing sé borin fyrir sjálfræði sjúklings er sjálfræði hans takmarkað af faglegrri ábyrgð fagfólksins sem ber ábyrgð á meðferð hans. Frelsi sjúklings til að velja og hafna takmarkast gjarnan af þeim valkostum sem honum eru boðnir innan ramma meðferðar. Hlutverk fagfólks í heilbrigðisþjónustu er þannig hvorki að taka af sjúklingi ráðin, né þjóna óskum hans gagnrýnislaust, fremur að gerast bandamaður hans í leitinni að lausnum (Vilhjálmur Árnason, 2003, bls. 114–116).

Langanir bæði meðferðaraðila og skjólstæðings geta á tímum verið í trássi við markmið þess síðarnefnda. Til dæmis getur verið gagnlegt að taka sem dæmi ungan, ósjálfráða dreng sem glímir við vanlíðan og hegðunarerfiðleika og er lagður inn á barnageðdeild af þeim sökum. Hlutverk fagmanns getur falist í því að aðstoða hann til að öðlast betri samskiptafærni, af því að hann óskar þess eða af því að faglegt mat er að það sé honum brýnt. Sú þjálfun getur falið í sér mikla vaxtarverki fyrir hann, ef svo má að orði komast. Slík þjálfun getur jafnframt reynt mikið á fagfólkið, sem að meðferðinni kemur, og gert að verkum að það langar til að milda kröfur til drengsins. Feli faglegt mat það í sér að honum sé það ekki fyrir bestu er það skylda heilbrigðisstarfsfólksins að fylgja þeirri meðferðaráætlun sem gerð hefur verið. Annars er ekki verið að vinna að markmiði drengsins. Að sjálfsgöðu skal allt til þess gert að vinnan, sem lögð er á herðar drengnum, sé gerð honum eins bærileg og kostur er og leitast eftir að gera vel við hann á öðrum

sviðum. En markmið hans er að öðlast betri hæfni í samskiptum og því ber að stefna að.

Annað dæmi er hægt að taka af ungri konu sem beitir því skaðlega bjargráði að skaða sjálfa sig líkamlega þegar andleg vanlíðan hellist yfir hana. Hún leitar á náðir heilbrigðiskerfisins til að ná tökum á líðan sinni og hegðun. Hennar tilfelli er gagnlegt að skoða út frá „fyrsta og annars stigs löngunum“ (Vilhjálmur Árnason, 2003, bls. 115). Það eru markmið hennar að láta af sjálfskaða sínum. Hana langar til að hætta að langa til að skaða sig þegar henni líður illa. Það er „annars stigs löngun“ hennar. Hún er tilkomin af því að hún veit að sjálfskaðinn, „fyrsta stigs löngun“ hennar, getur meðal annars skilið eftir ör, valdið sýkingum og jafnvel dregið hana til dauða.

Unga konan er sjálfráð þótt hún skaði sig. Hún þarf ekki að velja skynsamlega, „rétt“ kostinn“, sem væri að skaða sig ekki, til þess að vera það. Það nægir að hún sé fær um að meta valkostina. Sjálfskaðinn, með öðrum orðum löngun hennar, stríðir gegn markmiðum hennar. Gagnreynd þekking segir að aðstoð við hana til að ná þeim markmiðum feli meðal annars í sér að styðja hana til að axla ábyrgð á eigin hegðun. Það getur falið í sér þá verkþætti að taka ekki alltaf af henni völdin þegar henni stafar ógn af sjálfri sér. Það felur í sér að taka þarf áhættu.

Fagfólk, sem kemur að meðferðinni, getur vegna eigin óöryggis og vanlíðunar langað að tryggja öryggi hennar, til dæmis með því að svipta hana sjálfræði og leggja inn á geðdeild. Ungu konunni getur á tímum, sem hún treystir sjálfri sér illa, óskað eftir að ábyrgðin sé tekin af henni og verið afar ósátt sé það ekki gert. Ef gagnreynd þekking býður hins vegar að unga konan muni líklega ekki ná markmiðum sínum með ítrekuðum sjálfræðissviptingum og innlögnum ber okkur að svipta hana ekki því tækifæri til að ná þeim. Markmið hennar eru gagnleg bjargráð og bætt heilsa og leiðin að þeim getur verið torveld. Það þarf vart að taka fram að vandað mat á ávinningi og áhættu skal alltaf fara fram áður en andlega veikir sjúklingar eru gerðir ábyrgir fyrir eigin öryggi.

Stundum gerir fagþekking heilbrigðisstarfsfólks að verkum að það breytir á annan hátt en skjólstæðingar þeirra óska í þeim tilgangi að vinna að markmiðum sem skjólstæðingarnir hafa skilgreint. Það getur valdið mikilli óánægju um tíma eins og fyrr sagði en skilar sér vonandi í flestum tilfellum í árangri og þar með ánægju til lengri tíma lítið. Virðing í samskiptaháttum getur hins vegar mildað vanlíðan og óánægju til muna. Meðferðarsambandið getur hvatt sjúkling áfram á erfiðum tímum og gert reynslu hans bærilegri því hann tekst á við verkefnið í trausti þess að meðferðaraðilinn beiti sérfræðiþekkingu sinni til góðs í þágu hans. Það er mín reynsla.

Sérþekking fagstétta gerir að verkum að afar erfitt getur verið fyrir skjólstæðing og

aðra að meta gæði veittrar þjónustu nema að litlu leyti. Það er ekki á hvers manns færi að hafa eftirlit með eða gagnrýna störf fagmanna. Í fagþekkingu er fólgið sjálfræði. Það leiðir af sér kröfu á hendur fagstéttar að meðlimirnir komi sér saman um gæðaviðmið. Fagstétt þarf sjálf að sinna gæðaeftirliti með störfum stéttarmeðlima og veita aðhald. Fagstéttir gegna þessari skyldu því það getur í raun enginn annar. Þannig er mikil ábyrgð lögð á herðar meðlima fagstétta (Koehn, 1994, bls. 54–68).

Tilgangur þessarar ritgerðar er meðal annars að skoða hvaða siðfræðilegi vegvísir og hvaða aðferðir eru vel til þess fallin að styðja heilbrigðisstarfsfólk til góðra verka í þágu skjólstæðinga sinna. Ég hef þegar rökstutt mikilvægi þess að beina sjónum að og byggja undir samband meðferðaraðila og skjólstæðings. Meðferðarsamband er handhægasta verkfæri heilbrigðisstarfsfólks sem það getur nýtt til góðs fyrir notendur á öllum sviðum heilbrigðisþjónustu. Það er einfalt, ódýrt og hefur geysilega mikið um árangur að segja.

Varðandi siðfræðilegar vörður til leiðbeiningar heilbrigðisstarfsfólki, bæði til að stuðla að góðum vilja og til að styðja hann, tel ég höfuðsiðalögmálin fjögur henta vel. Þau eru góður rammi utan um starfsemi sem þessa. Líkt og ég nefndi fyrir í ritgerðinni hallast ég að því að virðing fyrir persónum sé forsenda góðs viðhorfs og góðra vinnubragða í heilbrigðisþjónustu.

Kant og Koehn þykja mér koma mikilvægum atriðum um virðingu í orð. Kant segir að eðlilega langi fólk ekki alltaf að breyta siðferðilega rétt og að í siðferðinu geti falist togstreita. Svo kann að vera að menn viti hvað er rétt en samt langað annað. Það er þörf áminning. Fullyrðing Kants um að hver einstaklingur hafi eigingildi og sé markmið í sjálfu sér tel ég jafnframt vera útgangspunkt í umræðu um góða og réttláta heilbrigðisþjónustu. Þegar ég tala um réttlæti í heilbrigðisþjónustu á ég ekki við aðgengi að henni, fremur að vandað sé til vinnu og viðmóts fyrir alla notendur hennar. Skilyrðislaust gildi hverrar manneskju styður þá röksemd að verðskuldun á ekki við þegar um virðingu fyrir persónunni er að ræða. Allir sem þiggja þjónustu eiga rétt á að viðhorfið, sem býr að baki framkomu fagfólks í þeirra garð og verkum fagfólks í þágu þess, sé virðing fyrir gildi einstaklingsins, sama hver bakgrunnur, hlutverk eða breytni þess er. Virðing í heilbrigðisþjónustu þarf því að vera í þeirri merkingu sem siðfræðin skilgreinir, ótengd verðskuldun. Krafa Kants um jafna virðingu allra manna og um að nota manneskjuna ekki sem tæki eiga einnig vel við til leiðbeiningar fyrir fagfólk í heilbrigðisþjónustu. Fullkomna skyldan um að virða sjálfsákvörðunarrétt annarra og virða þannig rétt þeirra til að nota eigin dómgreind er almennt viðurkennd en ófullkomna

skyldan, sem Kant telur menn bera, það er að greiða fyrir markmiðum annarra, spannar að minni hyggu það hlutverk sem heilbrigðisstarfsfólk hefur sem hugsjón og að atvinnu.

Koehn ræðir skyldur fagstétta. Mér þykja þær kröfur einnig eiga vel við í heilbrigðisþjónustu. Ég lít svo á að heilbrigðisstarfsfólk hafi samfélagslegri skyldu að gegna. Þótt fólk hafi starf sitt vissulega að atvinnu tel ég að margir líti á starfið sem hugsjón í bland við lífsviðurværið. Fagstéttirnar hafa sérfræðipækkingu sem gerir eftirlit með störfum þeirra erfitt, ef ekki ómögulegt, og traustið í þeirra garð er þeim mun mikilvægara. Það gerir augljósa nauðsyn þess að þankagangurinn stjórnist af virðingu og hinum höfuðsiðalögmálunum þremur þannig að traustið, sem almenningur ber til fagfólksins, sé reist á traustum grunni. Umræða Koehn um að beita eigin dómgreind en vera ekki handbendi skjólstæðings þykir mér jafnframt lykilatriði fagmennsku. Orð beggja höfundanna tel ég get nýst sem þeir leiðarvísar sem fagstéttir í heilbrigðisþjónustu þarfnast.

### **3.3. Virðing í heilbrigðisþjónustu**

#### **3.3.1 Virðing í sögunni, lögnum og reglunum**

Fyrir tíma gagnreyndrar þekkingar í heilbrigðisvísindum voru rannsóknir óformlegur hluti heilbrigðisþjónustu. Engar formlegar rannsóknarleiðbeiningar voru til. Læknar prófuðu sig einfaldlega áfram með meðferð á skjólstæðingum sínum. Þátttakendur í þessum tilraunum voru sjaldnast meðvitaðir um þátttöku sína og gáfu þaðan af síður samþykki sitt fyrir henni (Park og Grayson, 2008). Gjörbreyting varð á rannsóknarstarfi eftir síðari heimsstyrjöldina þegar flett var ofan af ómanneskjulegum rannsóknum nasista á gyðingum. Í Nürnberg-réttarhöldunum voru rannsakendur og læknar, sem áttu hlut að máli, ásamt fleirum úr röðum nasista dregnir fyrir dóm. Afsprengi réttarhaldanna var Nürnberg-yfirlýsingin. Hún var sett saman til að takast á við grimmdarverk nasista en greiddi jafnframt götu Helsinki-yfirlýsingarinnar sem Alþjóðasamtök lækna gáfu út árið 1964. Læknastéttinni þótti hún að hluta bera ábyrgð á því að draga úr líkum á að viðlíka hryllingur og pyntingar nasista endurtæki sig, enda hafði fólk, sem framdi illvirkin, varið sig með því að engar siðareglur um þátttöku fólks í rannsóknum hefðu verið til (Dennis, 1999; Jón Snædal, 2014; Park og Greyson, 2008; Vísindasiðanefnd, e.d.). Annað alræmt dæmi um misnotkun á varnarlausum þátttakendum vísindarannsókna fór fram í Suðurríkjum Bandaríkjanna á árunum 1932–1972 og er kennt við bæinn Tuskegee (Dennis, 1999; Joffe o.fl., 2003; Levine, Faden, Hammerschmidt, Eckenwiler og Sugerman, 2004; Park og Greyson, 2008; Sutton, Erlan, Glad og Siminoff, 2003). Flett var

ofan af svikunum á 8. áratug síðustu aldar. Sú uppljóstrun var aðalhvatin að Belmont-skýrslunni sem var gefin út árið 1978. Skýrslan er tímamótaverk á sviði siðfræði og rannsókna í heilbrigðisvísindum. Helsti tilgangur hennar var að stuðla að vernd þátttakenda í vísindarannsóknum. Hún lagði siðferðilegan grunn fyrir núverandi reglugerðir um framgang rannsókna á mönnum. Þar er „varnarlausum“ einstaklingum og hópum fyrst lýst og fjallað um nauðsyn verndar þeirra. Þrátt fyrir upptök sín í rannsóknum á mönnum er Belmont-skýrslan ekki síður mikilvægur leiðarvísir í almennri framkvæmd heilbrigðisþjónustu (Dennis, 1999; Joffe o.fl., 2003; Levine o.fl., 2004; Park og Greyson, 2008; Sutton o.fl., 2003; U.S. Department of health & human services, e.d.).

Sagan geymir mýmörg dæmi misnotkunar í nafni framfara í heilbrigðisvísindum. Þótt ótrúlegt megi virðast eru þessi skelfilegu dæmi ekki svo fjarlæg í tíma. Viðbrögðin við þeim hafa verið að reyna að tryggja þátttakendum rannsókna vernd með leiðbeiningum, siðareglum og lagasetningum. Afraksturinn hefur jafnframt verið vernd til handa þeim sem þarfnast heilbrigðisþjónustu. Við skoðun virðast siðareglur fagstétta með heilbrigðismenntun á Íslandi almennt fela í sér ákvæði um ábyrgð og traust. Virðing fyrir skjólstæðingnum er einnig í forgrunni.

Í siðareglum íslenskra hjúkrunarfræðinga (<http://hjukrun.is/sidareglur/>, e.d.) segir að kjarni hjúkrunar sé umhyggja fyrir skjólstæðingnum, virðing fyrir lífi hans og mannhelgi. Lögð er áhersla á að hjúkrunarfræðingur hjúkri af virðingu fyrir einstaklingnum, reisn hans og hinu einstaka í hverjum manni án þess að fara í manngreinarálit. Þar er aðalhlutverk hjúkrunarfræðings sagt vera að efla heilbrigði, bæta líðan og lina þjáningar skjólstæðings með því að sinna þörfum hans – í samvinnu við hann sjálfan. Sjálfræði einstaklingsins er sérstaklega tilgreint og að hjúkrunarfræðingur skuli vegna þess ætíð hafa samráð við skjólstæðing og virða rétt hans til ákvarðanatöku um eigin meðferð. Tekið er fram að hjúkrunarfræðingi beri að stuðla að því að skjólstæðingur geti tekið upplýsta ákvörðun. Honum er enn fremur skylt að bera hag skjólstæðings ætíð fyrir brjósti, vera málsvari hans og standa vörð um rétt hans, þar með talinn rétt hans til einkalífs með því að gæta trúnaðar og þagmælsku. Gerð er grein fyrir faglegru og lagalegri ábyrgð hjúkrunarfræðings á eigin störfum og skyldu hjúkrunarfræðings til að viðhalda þekkingu sinni og færni og að taka ekki að sér verkefni sem hann ræður ekki við. Allt er þetta byggt á virðingu fyrir hagsmunum skjólstæðings. En virðing fyrir skjólstæðingnum dugir ekki til ein og sér. Hjúkrunarfræðingi ber einnig skylda til – samkvæmt siðareglunum – að virða vinnustað sinn, stétt sína – og sjálfan sig. Mér þykir siðareglurnar ríma vel við þær siðfræðilegu hugmyndir sem Kant og Koehn útlista.



Enginn vafi leikur á að fagmennska, virðing fyrir gildi einstaklingsins og traust er lykilþáttur í viðeigandi og góðri og réttlátri þjónustu. Heilbrigðisstarfsfólk og skjólstæðingar viðurkenna virðingu og traust sem kjarna meðferðarsambandsins sem hefur mikið forspárgildi um árangur meðferða af hvaða toga sem þær eru. Siðareglurnar bera þess merki. Lög um réttindi sjúklinga frá árinu 1997

(<http://www.althingi.is/lagas/134/1997074.html>) gera það einnig. Lögunum er ætlað að „tryggja sjúklingum tiltekin réttindi í samræmi við almenn mannréttindi og mannhelgi og styrkja þannig réttarstöðu þeirra gagnvart heilbrigðisþjónustunni“. Í lögunum er meðal annars tiltekið að heilbrigðisstarfsmaður skuli leitast við að koma á traustu sambandi milli sín og sjúklings. Í 21. grein er skjalfest virðing fyrir sjálfræði með því að tiltaka að sjúklingur beri ábyrgð á heilsu sinni eftir því sem það er á færi hans og ástand hans leyfir; einnig að honum beri eftir atvikum að vera virkur þátttakandi í meðferð sem hann hefur samþykkt. Tekið er fram að sjúklingur megi sjálfur ákvarða hvort hann vill þiggja meðferð og sé hann ófær um það skuli hann engu að síður hafður með í ráðum eins og kostur er. Í lögunum er sérkafla um upplýsingar og samþykki og talið upp að sjúklingur eigi rétt á upplýsingum jafnóðum um heilsufar sitt og batahorfur, fyrirhugaða meðferð, áhættu hennar, gagnsemi og aðra valkosti. Þess er getið að sjúklingur megi hafna því að fá upplýsingar og ef sjúklingur eigi í hlut, sem ekki getur tekið við upplýsingum skuli annar, með hans samþykki, fenginn í staðinn svo sem náinn aðstandandi eða lögráðamaður. Sautjándi greinin fjallar um mannhelgi sjúklings. Þar stendur skýrt:

„Heilbrigðisstarfsmenn og aðrir, sem starfs síns vegna hafa samskipti við sjúkling, skulu koma fram við hann af virðingu.“

Gæðastaðlar og þjónustustefnur, sem fjallað var um í kaflanum á undan samfara umfjöllun um breytingar í heilbrigðisþjónustu, landslög, alþjóðleg skjöl og reglugerðir, siðareglur og yfirlýst réttindi sjúklinga, miða öll að því að tryggja virðingu fyrir einstaklingum sem þarfnast heilbrigðisþjónustu. Mér virðist sem þrönga skilgreiningin á virðingu, það er einhlít virðing fyrir sjálfræði, sem þó gjarnan er talað um í ofanefndum lögum, reglum og leiðbeiningum, sé ekki endilega það sem átt er við. Ég get með öðrum orðum ekki betur séð en að virðing fyrir sjálfræði sé tilgreind en jafnframt gerð krafa um mun víðari skilning. Það styður kenningu mína um að einber virðing fyrir sjálfræði dugi skammt til að spanna það sem virðing fyrir manneskjum raunverulega þýðir í hugum fólks og leiðbeiningar og reglur reyna að tryggja.

Ég ætla að skoða frásagnir og lýsingar einstaklinga, sem þarfnast hafa heilbrigðisþjónustu, af upplifunum sínum í samskiptum við fagfólk í heilbrigðisþjónustu.

Mér leikur forvitni á að vita á hverju þeir byggja mat sitt þegar þeir meta gæði samskipta við heilbrigðisstarfsfólk, meðferðartengsl og heildræn gæði þjónustu. Mig langar einnig til að skoða hvort ég get rennt stoðum undir þá tilgátu mína að skjólstæðingar meti virðingu í sinn garð, eins og þeir upplifa hana, út frá fleiri þáttum en einhlítri virðingu fyrir sjálfræði þeirra. Með öðrum orðum vil ég kanna hvort beitingar víðfeðmara virðingarhugtaks en virðingar fyrir sjálfræði sé þörf í heilbrigðisþjónustu.

### **3.3.2 Hvað kunna skjólstæðingar að meta í heilbrigðisþjónustu?**

Flestir myndu samþykkja að engin starfsemi höndlar jafn „verðmætan varning“ og heilbrigðisþjónusta. Heilsa og jafnvel líf sjúklings er í húfi. Manneskjan er í höndum heilbrigðisstarfsfólksins og stundum alfarið upp á þekkingu þess og velvild komin. Mistök geta verið dýrkeypt. Sjúklingur getur átt allt sitt undir því að meðferðaraðilinn kunnir sitt fag og vandi til vinnu sinnar. Hann á rétt á því. Hvort sú er raunin getur hann hins vegar átt erfitt með að bera skynbragð á eins og Koehn benti réttilega á. Flókin og tæknileg starfsemi eins og heilbrigðisþjónusta getur verið illskiljanleg þjónustuþeganum. Hann hefur ekki fullnægjandi forsendur til að greina fræðilega og tæknilega þekkingu, reynslu og færni heilbrigðisstarfsfólksins sem sinnir honum. Sjúklingurinn á erfitt með að meta heildræn gæði þjónustunnar sem hann þiggur. Ekki er þó víst að hann átti sig á því. Rannsóknir sýna að sjúklingar gera hvað þeir geta til að skilja heilbrigðisþjónustu og meta hvort hún gengur sem skyldi. Í því skyni skoða þeir og dæma þá liði þjónustunnar sem eru þeim sýnilegir og skiljanlegir. Þeir meta hvað þeir geta og draga ályktanir um gæði þjónustu út frá því. Þeir skoða þætti eins og samskiptahæfni og viðmót fagfólks, meðferðarsambandið, umhverfi og aðbúnað (Benapudi Berry, Frey, Parish og Rayburn, 2006).

Þótt samskiptahæfni og viðmót fagfólks í heilbrigðisþjónustu hafi ekki forspárgildi um gæði allra þjónustuþátta eru þessir þættir afar mikilvægir. Hér að framan er fjallað um hvernig virðing er viðhorf sem birtist bæði í viðmóti og starfsháttum. Þannig tel ég líklegt að gæði viðmóts geti stundum spáð fyrir um gæði starfshátta. Hvað sem því líður hefur ánægja sjúklings með þjónustu forspárgildi um árangur meðferðar og er talinn marktækur vísir á gæði þjónustu (González-Valentín, Padín-López og Ramón-Garrido, 2005. Að því sögðu skiptir máli að skoða hvaða þættir þjónustuþegum þykir mikilvægir, þ.e. sem eru líklegir til að leiða af sér ánægju þeirra með þjónustu og aukin gæði meðferðarsambanda. Fróðlegt er að reyna að greina svör þeirra, því að það ætti að gefa vísibendingu um hvaða samskiptahætti væri gagnlegt að efla og bæta þannig gæði þjónustu.

Mikið hefur verið rýnt í samskipti heilbrigðisstarfsmanna og skjólstæðinga þeirra. Rannsóknir, byggðar á frásögnum notenda heilbrigðisþjónustu, á því hvaða eiginleikar meðferðaraðila þykja ákjósanlegir og eru þannig líklegir til að styðja við traust og ánægju og myndun góðra meðferðarsambanda hafa verið framkvæmdar. Þær rannsóknir, sem hafa verið gerðar, snúa aftur á móti gjarnan að einni fagstétt. Hins vegar má reikna með því að frásagnir af einni stétt sé hægt að yfirfæra á aðrar starfsstéttir. Niðurstöðurnar sýna að ákveðnir þættir í viðmóti og vinnubrögðum heilbrigðisstarfsfólks eru oftast taldir eftirsóknarverðir.

Benapudi o.fl. (2006) tóku viðtöl við sjúklinga sem höfðu nýlega þegið þjónustu á sjúkrahúsi. Sjúklingarnir voru spurðir hvað þeir teldu einkenna góða og slæma lækna. Viðmælendum þótti meðal annars eftirsóknarvert að lækni væri öruggur. Mat þátttakenda á öryggi læknis byggði meðal annars á því hvort hann virtist hafa reynslu og vera afslappaður. Það segir sig kannski sjálft að þeir sem þurfa að leita sér heilbrigðisþjónustu segi færni meðferðaraðila vera mikilvægt atriði. Meðferðaraðilar þurfa að vera hæfir til að aðstoða skjólstæðing á erfiðum tíma. Skjólstæðingar vilja geta reitt sig á þá og þeir þurfa að bregðast við af festu og öryggi (Ackerman og Hilsenroth, 2003). Þátttakendum í rannsókn Benapudi o.fl. (2006) þótti að sama skapi til eftirbreytni að lækni væri athugull og nákvæmur. Lækni var talinn nákvæmur ef hann veitti ítarlegar útskýringar, helst skriflegar, fylgdi því eftir sem hann sagðist ætla að gera og segðist hafa leitað álits annarra eða víðað að sér frekari upplýsingum í flóknum tilvikum. Sjúklingunum þótti jafnframt ákjósanlegt að lækni væri aðgengilegur og viljugur til að verja tíma í að sinna sjúklingi. Hvort lækni væri viljugur til þess að verja tíma með sjúklingi dæmdu þátttakendur af því hvort hann var rólegur í fasi og hreyfingum og sinni fleiri verkefnum með sjúklingi en honum bar beinlínis skylda til. Þessi vilji er nátengdur áhuga en hann var einnig tilgreindur sem mikilvægur kostur læknanna. Trú meðferðaraðila á eigin getu og sannfæring hans um að það sem hann hefur fram að færa beri árangur skipta einnig sköpum. Það skilar sér í áhuga og því að hann virkar traustvekjandi á skjólstæðinga sína, sem er sjúklingum afskaplega mikilvægt (Ackerman og Hilsenroth, 2003; Baldwin o.fl., 2007; Elvins og Green, 2008; Rosenzweig, 1936).

Í rannsókn þeirra Benapudi o.fl. (2006) sögðust viðmælendur telja lækni það til tekna væri hann persónulegur. Það mátu sjúklingarnir út frá því hvort hann virtist hafa áhuga á lífi þeirra, segði eitthvað frá sjálfum sér, notaði snertingu og kímni á viðeigandi hátt, léti aðstandendur skipta sig máli og myndi eftir smáatriðum. Að vera beinskeyttur á þann hátt að upplýsingar væru veittar skýrt og afdráttarlaust án flókens fræðimáls eða

klisja var einnig talinn kostur að mati viðmælenda þeirra. Einlægni, heiðarleiki og hreinskilni eru enn fremur ítrekað talin til jákvæðra eiginleika í viðmóti meðferðaraðila (Ackerman og Hilsenroth, 2003; Baldwin o.fl., 2007; Elvins og Green, 2008).

Að meðferðaraðili sé sveigjanlegur, skilningsríkur, hlýr, umhyggjusamur og styðjandi eru stef sem endurtekið koma upp sem mikilvægir þættir í fari meðferðaraðila þegar notendur þjónustu eru spurðir áhlits. Að meðferðaraðili sé reiðubúinn að bregðast við þörfum skjólstæðings er merki um sveigjanleika að mati þjónustuþega. Að vera tilbúinn til þess að láta þarfir skjólstæðings ráða för helst í hendur við að vera styðjandi og umhyggjusamur (Ackerman og Hilsenroth, 2003; Baldwin o.fl., 2007; Elvins og Green, 2008). Hljúju getur meðferðaraðili sýnt á margvíslegan máta og að miklu leyti með óyrstum skilaboðum. Bros, viðeigandi snerting, hlátur, augnsamband, opin líkamsstaða og óskipt athygli bera vott um hlýju. Að vera áhugasamur og styðjandi einnig nátengt hlýju viðmóti (Benapudi o.fl., 2006; Rosenzweig, 1936; Shattell o.fl., 2007). Þeir sem viðhafna hlýja, vinalega og hughreystandi nálgun eru af skjólstæðingum taldir betri meðferðaraðilar en þeir sem eru formlegir og bjóða ekki fram hughreystingu. Hinir fyrrnefndu ná enn fremur betri meðferðarárangri með skjólstæðingum sínum (Rakel o.fl., 2011). Er þá átt við að þeir sem búa yfir þessum kostum nái betri tengingu við skjólstæðinga sína, myndi betri meðferðarsambönd og nái þannig betri árangri. Þegar fjallað er um hvernig meðferðaraðili sýni best stuðning kemur fram að þess er óskað að hann sé leiðbeinandi en ekki skipandi. Hann þarf engu að síður að vera drífandi þannig að hann hrífi skjólstæðing með sér til breytinga (Rosenzweig, 1936; Shattell o.fl., 2007).

Viðmælendur Benapudis o.fl. (2006) sögðu samhygð mikilvæga hjá góðum lækni. Samhygð er skilgreind sem hæfileiki til að setja sig í spor annarra. Hún er þannig nátengd skilningi. Samhygð er tilraun meðferðaraðila til að reyna af öllum mætti að skilja viðmælenda sinn þrátt fyrir að viðurkennt sé að aldrei sé fullkomlega hægt að skilja líðan eða aðstæður annarra. Meðferðaraðili reynir að komast eins nálægt því og hægt er. Samhygð felur í sér að heyra það sem sagt er ásamt því að lesa í líkamsstöðu, látbragð og raddblæ viðmælandans. Til að sýna samhygð þarf einnig hæfni til að koma skilningi sínum til skila í orðum þannig að skjólstæðingurinn hafi tækifæri til að leiðrétta túlkun meðferðaraðila (Ackerman og Hilsenroth, 2003; Benapudi o.fl., 2006; Rakel o.fl., 2011). Lykilatriðið í samhygð er þó ekki að meðferðaraðili hitti naglann á höfuðið í greiningu sinni á líðan eða upplifun einstaklings. Það eru frekar samskiptin og tengingin sem eiga sér stað þegar meðferðaraðili reynir að setja sig í spor hins. Samhygð getur hjálpað mikið til í samskiptum ólíkra einstaklinga því hún styrkir umburðarlyndi og umhyggju fyrir

velferð annarra. Samhygð er mjög ólík samúð þar sem vorkunnsemi kemur ekki við sögu í samhygð (Strous, o.fl., 2006). Samhygð er í kjarna góðra tengsla við skjólstæðing (Ackerman og Hilsenroth, 2003; Rakel o.fl., 2011; Strous, o.fl. 2006). Hún er hins vegar einungis gagnleg þegar hún fer saman með skynsemi og skýrri hugsun (Pipher, 2003, bls. 145).

Umhyggja, sem er náskyld samhygð, var mikilvægur þáttur í huga þeirra sjúklinga sem höfðu þurft að leita sér heilbrigðisþjónustu og lögðu rannsókn Dickerts og Kass (2009) lið. Umhyggja er skilgreind bæði sem tilfinning og vilji til að gera vel fyrir annan einstakling í merkingarbæru sambandi. Umhyggja snýst um þarfir fólks, ekki einungis rétt þess (Beauchamp og Childress, 2001, bls. 369). Í rannsókn Dickerts og Kass (2009) mátu sjúklingarnir umhyggju af merkjum um að starfsfólkinu væri ekki sama, heldur vildi gera vel við skjólstæðinga sína og vinna að því að bæta heilsu þeirra. Munur var hins vegar á svörum og hugmyndum karla og kvenna um hvað þau töldu vera vitnisburð um virðingu í framkomu heilbrigðisstarfsfólks. Konurnar lögðu meiri áherslu á samhygð og umhyggju en karlarnir á sjálfsákvörðunarrétt sinn. Feminísk gagnrýni á ríkjandi siðfræðikenningar hefur einmitt meðal annars snúið að því að nægri athygli sé ekki beint að umhyggju og samhygð sem mikilvægum umhugsunarefnum í siðfræði (Dickert og Kass, 2009).

Í siðareglum hjúkrunarfræðinga má sjá að umhyggja er ásamt virðingu útgangspunktur. Í hjúkrunarfræði hefur einmitt mikið verið rætt um umhyggju (Papastavrou, Efstathiou, Tsangari, Suhonen, Leino-Kilpi, Patiraki ... og Merkouris, 2012). Umhyggja í hjúkrunarfræði hefur verið skilgreind sem siðferðilegt viðhorf sem skýri bæði viðhorf hjúkrunarfræðinga og gjörðir. Kjarni umhyggju og siðferðisgildi hennar er viðurkenning á því að sjúklingurinn er einstaklingur sem þarfnast aðstoðar (Gastmans, 1999). Umhyggjusiðfræði á upptök sín í feminískum skrifum. Þar er sjónum meðal annars beint að því að svo virðist sem konur og karlar hafi tilhneigingu til að líta veröldina, og þar með siðfræði, misjöfnum augum. Konur eru taldar líklegri til að hugsa og taka ákvarðanir út frá umhyggjuþáttum en karlar sennilegri til að mynda sér skoðanir á því hvað er rétt og rangt út frá áherslu á réttindi og skyldur (Beauchamp og Childress, 2001, bls. 370). Umhyggjusiðfræði setur enga eina kenningu í kjarna sinn. Hún leiðir ekki af sér algildar reglur eða tilmæli til fólks um ákveðinn hugsunarhátt og hún leggur heldur ekki áherslu á rétt fólks til gæða. Margar siðfræðikenningar ganga út frá því að hlutleysi sé forsenda siðferðilegrar ákvarðanatöku. Talsmenn umhyggjusiðfræði hafa hins vegar lagt áherslu á að hlutleysi geti verið löstur í ákveðnum aðstæðum (Beauchamp og Childress, 2001, bls. 372). Þar af leiðandi gerir umhyggjusiðfræði hlutlausum útreikningum sem

leiðarvísi um hvað sé vænlegt að gera ekki hátt undir höfði. Frekar leggur hún áherslu á að óáþreifanlegri þættir eins og tilfinningar, sem fyrirfinnast í nánnum samböndum, svo sem samhygð, tryggð og ást, ráði för (Beauchamp og Childress, 2001, bls. 369).

Umhyggjusiðfræðingar taka inn í myndina þær óhjákvæmilegu og eðlilegu tilfinningar, sem flest mannfólk upplifir, og setja mark sitt svo sannarlega á allar aðstæður. Þannig getur ákveðin hegðun borið vott um umhyggju og virðingu við ákveðnar aðstæður en verið óviðeigandi í öðrum (Beauchamp og Childress, 2001, bls. 373). Umhyggjusiðfræði er á margan hátt afar ólík kantískri siðfræði með sín algildu lögmál sem ekki má hvika frá á neinn hátt – sama hvaða aðstæður koma upp. Sameiginlegur þáttur kantískrar siðfræði og umhyggjusiðfræði er hins vegar veigamikill því báðar kenningarnar beina ekki einvörðungu sjónum að því hvað manneskjan, til dæmis heilbrigðisstarfsmaðurinn, gerir heldur hvernig hann gerir það og af hverju. Til dæmis skiptir það ekki einungis máli hvort hjúkrunarfræðingurinn heldur eða rýfur trúnað heldur hvernig hann gerir það, hvað knýr hann áfram í því ferli, þ.e. hvaða hvati er að baki.

Virðing, samhygð og umhyggja koma endurtekið fram þegar fjallað er um hvaða eiginleikar og þættir í viðmóti heilbrigðisstarfsfólks eru taldir eftirsóknarverðir. Allt bendir til að þetta séu lykilþættir sem skjólstæðingi þykir nauðsynlegir fyrir góð tengsl við meðferðaraðila (Goldfried, 2007; Rosenzweig, 1936; Shattell o.fl., 2007). Hvernig ber að auðsýna notendum heilbrigðisþjónustu virðingu hefur ekki verið skilgreint nákvæmlega, ekki frekar en hugtakið sjálf. Reynt hefur verið að rannsaka virðingu sem afmarkað fyrirbæri í heilbrigðisþjónustu en fáar rannsóknir hafa verið gerðar á því hvað notendum þykir virðingarverð nálgun (Dickert og Kass, 2009; Papastavrou o.fl., 2012). Þótt þekkingu sé ábótavant er forvitnilegt að rýna aðeins í brot af þeim niðurstöðum sem til eru um hvernig sjúklingum þykir virðing og vanvirðing heilbrigðisstarfsfólks birtast.

Viðmót meðferðaraðila, sem ber virðingu fyrir skjólstæðingi sínum, er ekki dæmandi. Það ber þess merki að hann líti á skjólstæðing sinn sem jafnréttháa manneskju þrátt fyrir reginmun á sérfræðiþekkingu þeirra og að þeir séu ekki jafningjar í aðstæðunum. Er þá átt við að meðferðaraðili tekur tillit til sjónarhorns skjólstæðings, skoðana hans og langana. Til að bera virðingu fyrir skjólstæðingi sínum þarf meðferðaraðili að hafa áhuga á því sem skjólstæðingurinn hefur að segja, tilfinningum hans og velferð (Goldfried, 2007; Rosenzweig, 1936; Shattell o.fl., 2007).

Dickert og Kass (2009) leituðu til þjónustuþega eftir svörum um virðingu sem þeir höfðu upplifað í heilbrigðisþjónustu. Þeir báðu sjúklingana um að lýsa því hvað í samskiptum við starfsfólk þeir töldu vera vísbendingu um að virðing væri fyrir þeim borin

og hvað þeir túlkuðu sem virðingarleysi. Jákvæða reynslan, sem oftast var lýst, reyndist vera sú upplifun að hlustað væri á þá og að þarfir þeirra, jafnt líkamlegar sem andlegar, skiptu máli og þeim væri veitt eftirtekt. Að finna fyrir samhygð starfsfólks var ítrekað nefnt sem vitnisburður um virðingu. Þátttakendur tilgreindu að þeir hefðu upplifað viðurkenningu á því að sjúklingur væri manneskja sem hefði sjálfstætt gildi. Í því fólst einnig viðurkenning á breytileika hvers og eins en vísbendingar þess voru – að mati þátttakenda – að þjónustan væri á einhvern hátt sniðin að þörfum einstaklinga. Nefnt var að virðing fyrir sjálfræði og sjálfsákvörðunarrétti væru þýðingarmiklir þættir virðingar og bent á mikilvægi þess að gildi sjúklinga væru tekin til greina og þeim leyft að taka ákvarðanir er vörðuðu eigin meðferð. Upplýsingagjöf töldu viðmælendur veigamikinn lið þjónustu sem virðing er fólgin í. Þeir sem Benapudi o.fl. (2006) ræddu við í rannsókn sinni sögðu virðingu læknis fyrir sjúklingi hafa miklu þýðingu. Virðingu sögðu þeir sýnda til dæmis með einföldum athöfnum eins og því að gefa skýringu á eða afsaka bið, hlusta vel og trufla ekki þegar sjúklingur talaði, bjóða upp á leiðsögn en taka einnig til greina álit sjúklings. Að gæta reisnar sjúklings eftir bestu getu við nauðsynlega líkamsskoðun var talið augljóst og veigamikið merki virðingar.

Þrátt fyrir að vera langt í frá tæmandi yfirlit gefa þessar frásagnir innsýn í hvað sjúklingum þykir skipta máli í heilbrigðisþjónustu. Almennt beindust athugasemdir sjúklinganna að framkomu heilbrigðisstarfsfólksins fremur en tæknilegri færni þeirra. Ekki er þó hægt að lesa úr svörunum að fræðileg þekking og færni skipti minna máli en samskiptahæfni. Fremur ætti að túlka niðurstöðurnar þannig að erfitt sé fyrir þjónustuþega að meta fræðilega þekkingu og reynslu eins og fjallað var um hér að framan. Nauðsynlegt er fyrir heilbrigðisstarfsfólk að búa yfir góðri faglegru og tæknilegri kunnáttu. Það er grunnforsenda góðrar þjónustu. Rannsóknir sýna að séu sjúklingar neyddir til að velja milli tæknilegrar hæfni og samskiptafærni fagfólks velja flestir tæknilega hæfni. Þar sem sjúklingar geta hins vegar illa metið slíka þætti og dæma þjónustuna fyrst og fremst af samskiptum við starfsfólk er ekki síður mikilvægt að fagfólk í heilbrigðisþjónustu tileinki sér samskiptafærni (Benapudi o.fl., 2006).

Hér hefur verið talinn upp fjöldi eiginleika og samskiptahátta meðferðaraðila sem þjónustuþegarnir nefna. Mikilvægt er að skoða þá til að fá sem besta heildarmynd af upplifunum þjónustuþega í samskiptum við fagfólk í heilbrigðisþjónustu og hvernig þeir leggja mat á þjónustuna sem þeir fá. Það er nauðsynlegt ef ætlunin er að greina stef í upplifunum þeirra í þeim tilgangi að skoða hvor eitthvert sameiginlegt viðhorf fagfólks í heilbrigðisþjónustu efli góð samskipti og störf. Hafa ber í huga, eins og fyrr hefur verið

fjallað um, að tengsl sjúklinga við meðferðaraðila hafa áhrif á alla upplifun hinna fyrrnefndu. Hvernig þeir svo dæma gæði þjónustu byggir að mestu leyti á ánægju þeirra með meðferðartengslin. Gæði meðferðartengsla og upplifun skjólstæðinga af gæðum þjónustu getur síðan haft gríðarleg áhrif á meðferðarárangur. Þetta helst allt í hendur.

Þau þemu, sem birtast hjá notendum, snúa að viðmóti heilbrigðisstarfsfólks: upplifun af virðingu fyrir manngildi ólíkra einstaklinga, áhuga og umhyggju, varðveislu reisnar og sjálfsákvörðunarrétti. Við umfjöllun þessara jákvæðu þátta verður ljóst hversu nátengdir þeir allir eru. Þannig virðist til dæmis erfitt að sýna samhygð án þess að vera athugull, að vera hlýr án þess að vera umhyggjusamur, vera drífandi án þess að vera áhugasamur og þar fram eftir götunum. Þættirnir, sem eru nefndir, eru margir. Mögulega eru stofnar þeirra ekki eins margir og atriðin sem nefnd eru. Ennfremur er sennilegt að í samtölum við marga viðmælendur komi fram einstaklingsbundinn breytileiki í tjáningu og því séu mörg atriði nefnd. Það sem ég þykist sjá er að undirrót allra þessara þátta er sú sama: virðing. Ég held að þeir jákvæðu þættir, sem þjónustuþegar nefna aðspurðir um hvað þeim þykir eftirsóknarvert í viðmóti og vinnubrögðum meðferðaraðila, eigi allir upptök sín í virðingu fyrir gildi manneskjunnar sem þjónustunnar þarfnast. Við skoðun á virðingu í samskiptum í heilbrigðisþjónustu er jafnframt bersýnilegt að sú virðing, sem vænst er, felur í sér fleira en virðingu fyrir sjálfræði einu. Það kemur skýrt fram í frásögnum þjónustuþeganna.

Virðing er í mínum skilningi víðfeðmt fyrirbæri sem fæðir af sér vilja til að gera vel á öllum sviðum heilbrigðisþjónustu að því gefnu að hún sé skilyrðislaus í þeim skilningi að ekki sé farið í manngreinarálit. Ég er sannfærð um að virðing fyrir persónunni er það sem leiðir góð samskipti og vel unnin störf í réttlátri heilbrigðisþjónustu. Ég er sannfærð um að virðing fyrir persónunni er forsenda góðrar þjónustu. Ég tel það ekki vera til mikils gagns að reyna að aðgreina form virðingar og raða eftir mikilvægi. Fremur þykir mér vænlegt til skilnings og árangurs að halda öllum birtingarmyndum skilyrðislausrar virðingar á lofti og viðurkenna tengingu þeirra.

Þrátt fyrir endurteknar umræður og skrif um virðingu virðist á hinn bóginn allsendis óljóst hvað sú víðfeðma virðing, sem talin er eftirsóknarverð af sjúklingum, felur í sér. Þannig er svo komið að þrátt fyrir gildi víðtækrar virðingar í hugum fólks og þeirrar almennu skoðunar að virðing heyri til sjálfsagðra mannréttinda og sé forsenda umhyggju hefur hún ekki hlotið viðeigandi greiningu. Þetta er staðreynd jafnvel þótt víðtæk virðing fyrir persónunni liggi til grundvallar í siðareglum þjóða og alþjóðlegum skjölum. Ennfremur er alls kyns ruglingur með merkingu virðingarhugtaksins sem stafar af miklum



mun á notkun þess í daglegu tali og í umræðum um virðingu fyrir manneskjunnri í heimspeki og lífsiðfræði (Dickert og Kass, 2009; Joffe o.fl., 2003; Papastavrou o.fl., 2012). Þrátt fyrir það ætla ég að fjalla um hvernig er hægt að byggja undir virðingu. Sú virðing sem ég fjalla um er bæði víðfeðm og skilyrðislaus þannig að hún varðar alla notendur heilbrigðisþjónustu og alla fleti þjónustunnar.

### **3.3.3 Hvernig er virðing ástunduð í heilbrigðisþjónustu?**

Þau geta verið flókin og vandmeðfarin samskiptin sem heilbrigðisstarfsfólk á við skjólstæðinga á erfiðum tímabilum í lífi þeirra líkt og raunin getur verið hjá þiggjendum heilbrigðisþjónustu. Það er í raun nauðsynlegt að ræða aðeins um varnarleysi sjúklinga og það sem meðal annars veldur því áður en farið er að ræða hvernig virðingar er gætt í heilbrigðisþjónustu. Heilbrigðisþjónusta er nefnilega afar ólík annarri þjónustu sem fólk sækir sér af fúsum og frjálsum vilja. Ástæðurnar fyrir þörf á heilbrigðisþjónustu geta verið erfiðar og þörfin fyrir hjálp brýn. Fólk, sem glímur við veikindi, er almennt talið varnarlaus hópur því að fólk er gjarnan veikt fyrir þegar það þarfnast aðstoðar heilbrigðisfagstétta.

Einstaklingur, sem þjáðst hefur af erfiðum veikindum til langs tíma, stendur höllum fæti. Fólk, sem að öllu jöfnu stendur vel en þarfnast tímabundið aðstoðar, er auðsæranlegt á þeim tímapunkti. Það er mögulega alvarlega veikt eða slasað, með verki, kvíði, óttaslegið, dapurt, ringlað, máttfarið, meðvitundarlítið eða í áfalli. Sjúklingar geta verið í andlegu og líkamlegu ástandi sem þeir hræðast. Þeir geta verið alfarið upp á aðstöð annarra komnir, í aðstöðu sem þeir kæra sig ekki um. Þeir missa stjórn á aðstæðum sínum að ákveðnu marki. Margur er vanur því að leggja upp úr klæðaburði og snyrtimennsku. Eftir langvinn veikindi, áföll eða í langvarandi erfiðu hugarástandi getur fólk hreinlega verið að glíma við það að vera ótilhaft og illa út lítandi, jafnvel lyktandi því aðstæður og ástand býður ekki upp á venjubundna umhirðu. Það er kannski ekki stórvægilegt vandamál í samhengi hlutanna en allt ofantalið getur haft mikil áhrif á hvernig fólk upplifir eigin reisn og sjálfsmynd.

Fólk leitar sér almennt ekki geðheilbrigðisþjónustu á bestu eða hamingjuríkustu tímabilunum í lífi sínu. Því er einmitt þveröfugt farið þegar heilbrigðisvandamál steðja að. Skjólstæðingur leitar á náðir heilbrigðiskerfis með vandamál sín. Oft eru það mál sem honum hefur ekki tekist sjálfum að leysa þrátt fyrir ítrekaðar tilraunir. Hann getur verið beygður og þarfnast aðstoðar. Það getur verið mikið undir. Einstaklingar, sem takast á við andleg veikindi, eru enn útsettir fyrir fordómum, mismunun, aðkasti og ofbeldi. Það sem verra er, þeir eru líklegri til að fá lakari heilbrigðisþjónustu en aðrir hópar (Young, Klap,

Sherbourne og Wells, 2001).

Dreifing valds í meðferðarsambandinu er ójöfn – sama hver skjólstæðingurinn og bakgrunnur hans er. Hvort sem skjólstæðingurinn er langveikur geðsjúklingur eða mikils metinn borgari í tímabundnum vanda, hvort sem hann sækir sér þjónustu af fúsum og frjálsum vilja, í skyndi eða eftir hentugleika, í jafnvægi eða ójafnvægi, alvarlega eða lítillega veikur o.s.frv. er einstaklingur sem sjúklingur líklega í allt öðru hlutverki en hann er vanur. Innan veggja heilbrigðiskerfisins eru flestir staddir í umhverfi sem er þeim allsendis ókunnugt. Umhverfið getur verið flókið og illskiljanlegt öðrum en þeim sem starfa þar. Þrátt fyrir miklar breytingar á væntingum og kröfum sjúklinga á undanförunum áratugum og breyttri nálgun í heilbrigðisfræðum er einstaklingurinn ef til vill í stöðu sem gerir honum ekki kleift að setja fram margar kröfur eða átta sig á hvaða kröfur hann á rétt á að séu uppfylltar. Enn fremur getur verið nær ógerlegt fyrir hann að hafa eftirlit með gæðum þjónustu eins og áður hefur komið fram. Þar að auki hafa þeir sem glíma við langvarandi og erfið veikindi gjarnan lært að treysta eigin dómgreind illa. Það elur af sér enn minni áræðni til að verja eigin hagsmuni. Þessi sami hópur á sér í ofanálag síst málsvara sem getur sinnt hagsmunagæslu fyrir hans hönd. Einstaklingurinn sem sjúklingur hefur í flestum tilvikum fáa valkosti aðra en að treysta ókunnugum fyrir meðferð sinni og heilsu.

Augljósu rangindin eru alvarlegt sinnuleysi, misnotkun og annað ofbeldi gagnvart þeim einstaklingum sem þarfnast aðstoðar. Þetta eru aðstæður sem meðferðaraðilar hafa tök á að skapa í krafti varnarleysis skjólstæðinga og valdamisræmis. Sagan er því miður drifin slíkum frásögnum. Líkt og annars staðar í samfélaginu getur starf með varnarlausum hópum laðað að sér einstaklinga sem hneigjast til misnotkunar. Siðferðilegrar umræðu um þennan flokk er hins vegar ekki þörf, til þess eru rangindin of augljós. Í kjölfar breyttrar nálgunar og áherslna í heilbrigðisþjónustu hefur mikill kraftur verið settur í að þjónusta sé veitt á jafningjagrundvelli. Meðferðaraðili og skjólstæðingur eru aftur á móti aldrei raunverulegir jafningjar.

Manneskjan á tilkall til einkalífs. Það er réttur hennar og nauðsynlegt velferð hennar og þroska. Það er hverjum manni mikilvægt að geta sjálfur ákveðið hvaða þáttum úr einkalífi sínu hann deilir með öðrum og hvaða þáttum hann heldur leyndum. Þörfin fyrir einkalíf er ein af grunnþörfum mannsins og grundvöllur sjálfræðis einstaklingsins (Ástríður Stefánsdóttir, 2006; Bok, 1983, bls. 230–239; Green, 1995; Holloway, 2004; Leino-Kipli, Välimäki, Dassen, Gasull, Lemonidou, Scott, 2001; Siegel, 2008; Vilhjálmur Árnason, 2003, bls. 82).

Sjúklingur, sem þarfnast heilbrigðisþjónustu, er ekki síður varnarlaus í ljósi þess að hann getur þurft að berskjalda sig fyrir heilbrigðisstarfsfólki, annaðhvort með því að afhjúpa sig andlega eða líkamlega eða hvort tveggja. Hann getur þurft að fórna einkalífi sínu í skiptum fyrir aðstoð. Mat á andlegu ástandi krefur sjúkling ekki síður um nekt en líkamleg skoðun, ef svo má að orði komast. Sjúklingurinn getur þurft að veita aðgang að viðkvæmum upplýsingum um sig. Hann getur þurft að ljóstra upp meiru um sig en hann kærir sig um. Hann hefur aftur á móti ekki alltaf val um það. Upplýsingarnar, sem hann er krafinn um, geta verið nauðsynlegar fyrir rétta greiningu og meðferð og stuðla þannig að því að hann eigi sem besta möguleika á að fá bót meina sinna. Til að gögnin verði sem áreiðanlegust getur hann þurft að svara nærgöngulum spurningum. Þær geta til dæmis varðað lífsreynslu, heilsutengda hegðun og hugarstarf, svo sem áföll og ákvarðanir, mataræði, fjölda rekkjunauta, vímuefnaneyslu, erfiðar og skammarlegar hugsanir og svo mætti lengi telja. Þetta geta verið upplýsingar sem fólk deilir ekki einu sinni með sínum nánustu og vildi fyrir alla muni halda fyrir sjálft sig ef það hefði kost á því. Sjúklingar geta einnig þurft að gangast undir ítarlega líkamsskoðun. Líkamlegar rannsóknir á sjúklingi geta krafist þess að sjúklingur fækki fötum og sé snertur á viðkvæmum stöðum, innan líkama sem utan, með höndum heilbrigðisstarfsmanna og/eða tækjum og tólum. Þetta getur í senn verið niðurlægjandi og sársaukafullt. Hinar ýmsu spurningar og rannsóknir geta einnig fært upp á yfirborðið upplýsingar sem varða fleiri en einstaklinginn sjálfan sem getur skapað siðferðilegar klemmur (Dickens og Cook, 2000; Leino-Kilpi o.fl., 2001).

Trúnaðinum, sem heilbrigðisstarfsfólk er bundið samkvæmt lögum, er ætlað að draga úr varnarleysi sjúklinga hvað upplýsingar þess og einkalíf varðar. Hippokrates orðaði þagnarskylduna með eftirfarandi hætti: „Á allt það, sem mér kann að bera fyrir augu og að eyrum, þá er ég er að starfi mínu, mun ég líta sem leyndarmál og þegja yfir...“ (Vilhjálmur Árnason, 2003, bls. 81). Skýr ákvæði um þagnarskylduna má finna í siðareglum fagstétta sem sinna heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Í íslenskum hegningarlögum eru ákvæði um trúnaðarskyldu opinberra starfsmanna, svo og í lögum um löggiltar heilbrigðisstéttir. Lög um réttindi sjúklinga frá 1997 segja afdráttarlaust frá þeim trúnaði sem sjúklingum ber að sýna. Trúnaðarbrestur heilbrigðisstarfsmanns getur því varðað áminningu, brottvikningu úr starfi, leyfissviptingu, sekt og/eða fangelsisvist (Dickens og Cook, 2000; Holloway, 2004). Öllum þessum vörðum er ætlað að tryggja rétt fólks til einkalífs og stjórnar á eigin upplýsingum vernd og tryggja að upplýsingar um þjónustuþega heilbrigðiskerfis séu ekki notaðar á skaðlegan hátt. Þagnarskyldan þjónar þeim tilgangi að verja einkalíf sjúklinga, við aðstæður þar sem varnar er svo sannarlega

þörf.

En einkalíf er ekki bara réttur fólks, eitthvað sem fagstéttum í heilbrigðisþjónustu og ráðamönnum ber að verja vegna þess að það eru mannréttindi. Þagnarskyldan er jafnframt nytsöm. Það er erfitt að opinbera sig fyrir öðrum, sér í lagi ókunnugum, og af illri nauðsyn fremur en eigin vali. Auðvelt er að gera sér í hugarlund hversu miklu erfiðara væri að fela sig í hendur heilbrigðisstarfsmanns ef það væri ekki gert í trausti þess að þessi ókunnugi aðili væri bundinn trúnaði og mætti ekki fara með upplýsingarnar, sem hann fengi í hendurnar, að vild. Fólk, sem þarfnast heilbrigðisþjónustu, verður að geta gengið að því sem vísu að það fái hana án þess að fórna friðhelgi sinni (Ástríður Stefánsdóttir, 2006). Þagnarskyldan treystir trúnað milli sjúklings og heilbrigðisstarfsfólks sem auðveldar samstarfinu að bera ávöxt (Vilhjálmur Árnason, 2003, bls. 81). Að öðrum kosti væri mikil hætta á því að fólk treysti sér ekki til að greina frá öllum þeim upplýsingum sem skipta máli – eða leita sér almennt hjálpar (Bok, 1983, bls. 230–239). Með öðrum orðum: þagnarskyldan auðveldar fólki að þiggja nauðsynlega þjónustu. Hún er forsenda árangursríkrar heilbrigðisþjónustu – sem er samfélaginu öllu til heilla (Ástríður Stefánsdóttir, 2006; Bok, 1983, bls. 230–239; Vilhjálmur Árnason, 2003, bls. 81). Þagnarskyldan er í raun forsenda fyrir góðu meðferðarsambandi.

Þagnarskyldan er nátengd virðingu. Virðing fyrir sjálfræði, bæði í vísindarannsóknum og heilbrigðisþjónustu, hefur notið sviðsljóssins, eins og fyrr hefur verið sagt. Það hefur verið á kostnað víðari túlkunar virðingar. Ég hef þegar farið yfir ástæður þess að virðing fyrir sjálfræði sé ekki fullnægjandi virðing. Umræðan um virðingu fyrir sjálfræði hefur hins vegar skilað miklu. Til marks um það má nefna markvissa notkun upplýsts samþykkis í heilbrigðisþjónustu og rannsóknum í dag. Ég tel að namar og nýlega útskrifað fagfólk í heilbrigðisvísindum fái almennt þokkalega leiðsögn í að standa vörð um sjálfræði skjólstæðinga sinna. Ég er nokkuð viss um að forræðishyggja sé sá pyttur sem helst er reynt að byrgja í kennslu og aðlögun í starfi. Fullyrðingar Kants um að ekki sé hægt að gera öðrum gott út frá eigin hugmyndum um hamingjuna (að dómgreindarlausum undanskildum) heldur einungis samkvæmt hugmyndum einstaklingsins sjálfs um hamingjuna standast tímans tönn og fá pláss í umræðunni. Þær þykja mér góð varða. Sé manneskjinni ætluð virðing þurfum við einfaldlega að treysta henni til að vera fær um að meta eigin athafnir og finna lífi sínu þann farveg sem hún sjálf telur mikilvægan. Það er skylda okkar að taka hennar eigið verðmætamat alvarlega (Vilhjálmur Árnason, 2003, bls. 113).

Ég álít að tíma sé vel varið í námi og starfi að byggja virðingu fyrir sjálfræði inn í

faglegan þankagang heilbrigðisstétta. Að fagfólk ætli í góðri trú að greiða fyrir öðrum, það er skjólstæðingi sem er fær um að taka ákvarðanir, á kostnað sjálfsákvörðunarréttar hans tel ég hins vegar vera pytt sem ekki er í raun óeðlilegt fyrir velmeinandi heilbrigðisstarfsfólk að ramba á barmi eða falla í stöku sinnum. Ef til vill útskýrir það athyglina sem sú gryfja fær. Forræðishyggja, sem á upptök sín í velgjörð, þykir mér verðug til umræðu enda finnst mér hægt að ganga út frá því að velviljað fagfólk vilji sneiða hjá þeim mistökum og því geti skilað miklu að ræða um hvernig hægt er fyrirbyggja þau.

Breytt sýn og nálgun í heilbrigðisþjónustu nútímans styður við virðingu fyrir sjálfræði einstaklingsins – að minnsta kosti í þjónustu sem þjóðir vilja státa af. Við virðumst hafa lært af sögunni og umræðunni og sameinast um að verja sjálfræði einstaklingsins. Skjólstæðingar heilbrigðisþjónustu eru í æ ríkari mæli þátttakendur í þjónustu fremur en einberir þiggjendur eins og fyrr hefur verið greint frá. Það er mikil breyting frá því sem áður var þegar lækna voru taldir alvitrir og sjúklingahlutverkið fól fyrst og fremst í sér hlýðni við þá. Í dag er álit sjúklinga talið skipta máli og þekking þeirra talin verðmæt. Þeir eru enn fremur taldir eiga rétt á því að tekið sé mark á skoðunum þeirra og gildi þeirra innlimuð í meðferðina og umönnunina sem þeir kjósa að þiggja eða þiggja ekki. Þátttaka felur bæði í sér rétt sjúklinga og ábyrgð þeirra.

Valkostir eru álitnir eðlilegur liður í fyrsta flokks þjónustu þótt svo sannarlega sé staðreyndin oft sú að ekki er í reynd boðið upp á mikið val, hvort sem það er tíma-, fjármagns-, úrræða- eða þekkingarskortur eða jafnvel eitthvað annað sem veldur. Að gefa svigrúm fyrir breytileika í þjónustu til dæmis á sjúkrahúsum getur varðað stóra hluti jafnt sem smáa en verið afar þýðingarmikið. Valið getur snúist um leyfi til að hafna lífsnauðsynlegri meðferð eða velja sér meðferðaraðila. Það getur einnig snúið að smávægilegu valdi yfir dagskipulagi á stofnun, svo sem fótaferðartíma, matseðli eða heimsóknartímum. Þetta er ný hugsun og er að breiðast út á fleiri stöðum, svo sem á öldrunarheimilum, í þjónustu við fatlaða og í skólakerfinu. Að bjóða upp á valkosti felur í sér virðingu fyrir einstaklingnum, þekkingu hans og breytileika manna á milli. Að mínu mati felur þetta í sér virðingu fyrir sjálfræði og gildi hvers og eins.

Með því að láta álit skjólstæðings sig varða nýtir kerfið það sem einstaklingurinn hefur fram að færa. Um leið er stutt við styrkleika hans og getu. Það hvetur aftur til sjálfstæðis og sjálfsöryggis, mikilvægra þátta þegar einstaklingurinn er varnarlaus, eins og oft er í heilbrigðisþjónustu. Að efla sjálfstæði eykur áræðni sjúklings sem greiðir aftur fyrir þátttöku hans í ákvarðanatöku sem aftur ýtir undir sjálfræði. Þetta helst allt í hendur.

Þátttaka í eigin umönnun eykur vægi sjúklinga og valdeflir þá og eykur einnig líkur á enn frekari sjálfsumönnun og fylgni við ráðleggingar og skynsamlegar ákvarðanir um eigin heilsu (Morgan og Yoder, 2012). Virðing fyrir sjálfræði í heilbrigðisþjónustu er ekki bara eitthvað sem sjúklingar eiga rétt á – virðing er líka hagkvæm.

Eins og áður hefur komið fram getur verið menningarmunur á hvað þykir auðsýnd virðing og auðsýnt virðingarleysi. Það er bundið við hefðir og venjur í samfélagi. Það sem er menningarbundið varðar gjarnan útfærslu á þjónustu, atriðin sem eru á yfirborðinu. Þetta eru mikilvæg atriði en jafnframt þau sem tiltölulega auðvelt er að breyta. Virðing í viðhorfum gagnvart öðrum manneskjum er að mínu mati djúpstæðari. Djúpstæð virðing varðar stóru og veigamiklu atriðin, heildarmyndina. Lengri tíma tekur að gera breytingar á henni. Það getur bæði verið jákvætt og neikvætt. Séu falleg viðhorf ríkjandi, til dæmis á stofnun, þarf mikið til að kollsteypa þeim. Að sama skapi getur verið torvelt að gera breytingar til góðs þar sem skaðleg viðhorf hafa skotið rótum.

Rannsóknir sýna að það er ákveðinn skortur á samleitni milli upplifana heilbrigðisstarfsfólks og sjúklinga. Það getur verið ósamræmi í sýn fólks á atburðarás og samskipti sem það þó upplifir saman (Papastavrou o.fl., 2012). Hver og einn sér veröldina frá sínu sjónarhorni eins og rætt hefur verið um. Því má ekki gleyma. Það liggur því síður en svo alltaf í augum uppi hvað sjúklingar telja mikilvægt og hvernig þeir forgangsraða því sem skiptir þá máli. Það verður sennilega aldrei hægt að spá fyllilega fyrir um hvernig virðing er best auðsýnd. Upplifun skjólstæðinga er jafnframt óhjákvæmilega misjöfn. Þau mynstur, sem koma fram þegar gerðar eru athuganir á því hvernig þjónustuþegum heilbrigðiskerfa þykir heilbrigðisstarfsfólk sýna virðingu við störf sín, gefa okkur hins vegar góðar vísbendingar. Þessi stef styðja við þá hugmynd að djúpstæð virðing nái að einhverju leyti út yfir menningarlegan mismun. Þannig tel ég að ef einstaklingur hefur tamið sér djúpstæða virðingu fyrir manneskjum og þekki viðteknar venjur í samfélagi geti hann að öllum líkindum gert virðingu fyrir öðrum góð skil. Heilbrigðisstarfsfólk þarf að læra að þekkja þessi sameiginlegu þemu – það almenna. Að sama skapi þarf það að hafa í huga ólík gildi og sjónarhorn einstaklinganna sem það sinnir – það einstaka. En fyrst og fremst þarf það að hlúa að eigin hugarfari. Þannig tel ég virðingu, ánægju skjólstæðinga og traustum meðferðarsamböndum helst tryggt pláss í heilbrigðisþjónustu – og þar með sem best stuðlað að gæðum þjónustunnar.

### **3.3.3.1 Virðing – sú hlið sem skjólstæðingur sér**

Víðfeðma virðingin, sem ég tel vera þá virðingu sem þarf að hafa að leiðarljósi í

heilbrigðisþjónustu, er sú virðing sem birtist í viðhorfum, allri framkomu og starfsháttum heilbrigðisstarfsfólks. Hegðun heilbrigðisstarfsmanns er nokkuð áreiðanlegur vísir virðingar. Hún er það sem snýr að þjónustuþeganum, er honum sýnileg. Hún er í raun það eina sem skjólstæðingur getur lagt mat á eins og fram hefur komið. Framkoma og viðmót fagfólks í heild sinni eru vegin og metin af skjólstæðingum þeirra. Orðaval, raddbeiting og líkamstjáning segja skjólstæðingum sögu. Hvernig snertingu og augnsambandi er háttáð er grandskoðað. Þetta mat hefur úrslitaáhrif á hvernig heilbrigðisþjónusta er metin í heild sinni. Aðstæður og einstaklingar eru aftur á móti ólík og því er engin ein uppskrift til að nálgun sem sjúklingum þykir ætíð eftirsóknarverð. Að einhverju leyti getur breytileg hegðun verið viðeigandi í breytilegum aðstæðum, í samskiptum við ólíkar manneskjur. Það sem flestir skjólstæðingar eru hins vegar að leita að í framkomunni er það sama: merkjum um þekkingu og færni, áhuga og umhyggju – og virðingu sem birtist í þessu öllu.

Ákveðnar þumal fingursreglur í samskiptum í heilbrigðisþjónustu gilda, eru viðtekin venja og þykja sjálfsagðar til að auðsýna virðingu fyrir persónu. Þá grunnþætti lærir heilbrigðisstarfsfólk á sínum fyrstu námsárum. Að kynna sig fyrir sjúklingi á viðeigandi hátt í upphafi samskipta og útskýra hlutverk sitt er einn þeirra grunnþátta. Það gefur sjúklingi til kynna að starfsmaðurinn lúti ákveðnum kurteisisvenjum. Það segir einnig þá sögu að starfsmaðurinn sjái sjúklinginn sem persónu en ekki einungis til dæmis sem sjúkdóminn, sem hann er með, eða verkið sem þarf að vinna. Það segir sjúklingnum jafnframt að starfsmanninum þyki eðlilegt að gefa sér tíma til að sýna honum þá virðingu að heilsa og biðja eftir leyfi til að fara inn á umráðasvæði hans, hvort sem það er líkamlegt eða andlegt. Það er einnig til marks um að starfsmanni þyki sjálfsagt að sjúklingur sé upplýstur um hvaða þjónustu hann muni fá og frá hverjum. Þannig er vægi hans í ferlinu staðfest.

Mat á ástandi sjúklings felur í sér að hann þarf að berskjalda sig ætli hann að fá sem besta greiningu og úrlausn á vanda sínum. Eins og áður hefur verið fjallað um getur mat á líkamlegu ástandi krafist þess að sjúklingur afklæði sig. Hann getur þurft að leyfa ókunnugum að snerta sig, jafnvel á viðkvæmum stöðum. Hvernig snertingu er háttáð skiptir máli. Nákvæma skoðun á líkama sjúklings er hægt að framkvæma á afar ólíkan máta með tilliti til verndar reisnar sjúklings. Að biðja um leyfi áður en sjúklingur er afklæddur eða líkami hans snertur ber vott um virðingu og dregur úr líkum á niðurlægingu. Það styður við reisn sjúklings að starfsmaður leggi sig fram við að lágmarka nekt hans með því að afhjúpa eins lítið af líkama hans og komist er af með, í eins stutta stund og hægt er. Einfaldar athafnir eins og að draga fyrir tjöld eða loka dyrum geta

takmarkað fjölda þeirra sem eru ásjáandi. Það dregur verulega úr upplifun sjúklinga að einkalíf þeirra sæti innrás (Branch Jr., 2006). Að heilbrigðisstarfsfólk gefi sér tíma til slíkra hluta, þrátt fyrir annríki, borgar sig. Samhliða skoðun á líkamlegri heilsu þurfa sjúklingar oft að svara spurningum um viðkvæma þætti sem þeir vildu síst ræða við ókunnuga. Hvernig á gengar spurningar eru orðaðar geta þar skipt sköpum, sem og hverjir eru áheyrendur, bæði með tilliti til líðanar sjúklings og þess hvaða upplýsingar um sig sjúklingur treystir sér til að gefa upp. Magn upplýsinga, sem hann treystir sér til að deila, getur haft áhrif á batahorfur.

Starf innan heilbrigðiskerfis getur falið það í sér að færa sjúklingi erfið tíðindi svo sem fregnir af sjúkdómsgreiningu. Þótt greining á tilteknum sjúkdómi sé heilbrigðisstarfsmanninum jafnvel daglegt brauð skal hann setja sig í spor þess veika og bera virðingu fyrir því að hann stendur mögulega frammi fyrir einum af erfiðari stundum lífs síns. Það getur leiðbeint honum við að sinna hlutverki sínu á viðeigandi hátt, sýna samhygð og hlýju. Það ber vott um virðingu að standa við orð sín, svo sem að vinna verk sem heitið hefur verið eða að hafa samband þegar því hefur verið lofað. Ítrekaður dráttur á að verkefni séu leyst, svo ekki sé talað um augljós merki þess að heilbrigðisstarfsmaður gleymi því sem hann ætlaði að gera fyrir sjúkling, getur verið tákni um leti eða sinnuleysi í huga sjúklingsins. Það getur dregið verulega úr trausti og öryggistilfinningu sem hefur keðjuverkandi áhrif á alla upplifun þjónustuegans af þjónustunni til hins verra. Stundvísí, alveg eins og í daglegu lífi, er merki þess að tími skjólstæðings skipti máli og að starfsemi stofnunar gangi sem skyldi. Í annasömu starfsumhverfi, þar sem álag getur verið ófyrirséð og óútreiknanlegt, kann að vera erfitt að halda tímaramma. Það hefur valdið mörgum heilbrigðisstarfsmanninum álagi og hugarangri.

Tíminn, sem gefinn er til samskipta, er dýrmætur. Skjólstæðingar kunna að meta þann tíma sem varið er til umönnunar þeirra og þjónustu við þá. Almennt er það túlkað sem teikn áhuga og umhyggju að gefa dagóðan tíma til samtals við sjúkling. Tilgangur umræðu og lengd hennar þarf ekki að vera meginatriði. Frekar er það umhyggjan, sem samtalið getur verið til marks um, sem vegur þungt á metunum. Samtal getur verið sterkt merki þess að skoðanir einstaklings skipti máli. Hvernig á sjúklingur annars að geta komið óskum sínum og tilfinningum betur á framfæri en með orðaskiptum við meðferðaraðila? Í samræðum fær hann tækifæri til að hafa áhrif á meðferð og þjónustu. Samræður geta leitt til sameiginlegra ákvarðana (Árnason, 2000). Enn fremur er tími, sem gefinn er til samtals, tækifæri fyrir heilbrigðisstarfsmann til að meta ástand og heilsu sjúklings, svo sem koma auga á hrörnun eða bata, en einnig til að hughreysta, fræða og upplýsa. Þessi tími er einnig



mjög mikilvægur fyrir traust meðferðarsamband sem við höfum þegar staðfest að er sérstaklega dýrmætt (Papastavrou o.fl., 2012. Samtal við skjólstæðing er lykilatriði í góðri heilbrigðisþjónustu.

En að tala við sjúkling dugir ekki eitt og sér. Tryggja þarf eftir bestu getu að sá tími, sem varið er í samskipti við sjúkling, sé til gagns. Tímalengd og umræðuefni eru ekki þær breytur sem hafa mest forspárgildi um gæði samtals. Það er framkvæmdin sem skiptir máli. Og framkvæmdin stjórnast af hugarfari meðferðaraðila og þekkingu hans á því hvernig stýra skuli samræðum af virðingu fyrir skjólstæðingi, í hans þágu. Óyrt tjáning meðferðaraðila leggur ekki síður af mörkum til heildarupplifunar skjólstæðings á samskiptunum en orðin sem hann velur að láta frá sér fara. Það er vel hægt að vera líkamlega á staðnum með skjólstæðingi en vera víðsfjarri í huganum. Það er ekki með öllu ófyrirgefanlegt, við erum mannleg, en það getur sent skjólstæðingi þau skilaboð að skoðanir hans skipti ekki máli, að hann skipti ekki máli. Það letur hann til frekari tjáningar. Veita þarf því eftirtekt sem sjúklingur segir. Það þarf raunverulega að hlusta (Árnason, 2000). Ef það er ekki gert má nokkuð fastlega reikna með að viðmælandi taki eftir því – og þá má velta fyrir sér hvaða tilgangi samtalið þjónaði. Meðferðaraðili þarf að geta sett sig í spor skjólstæðinga sinna og veitt þá þjónustu sem hann sérhæfir sig í af umhyggju og virðingu. Erfitt er fyrir meðferðaraðila að gera sér upp samhygd og áhuga. Það er mín skoðun að meðferðaraðila beri að þjálfa þá hæfileika sína og leggja rækt við að viðhalda þeim. Heilbrigðisstarfsfólk hlýtur almennt að búa yfir þeim hæfileikum; hvað hefði annars dregið það að starfinu?

### **3.3.3.2 Virðing – sú hlið sem skjólstæðingur sér ekki**

Ég hef hér á undanfjallað um virðingu í heilbrigðisþjónustu, hvernig sagan hefur áhrif á hvernig hún birtist í þjónustustefnum, lögum, reglum og leiðbeiningum heilbrigðisstarfsfólki til handa. Ég tel að sögunni, þar sem sjálfsákvörðunarréttur fólks var gróflega vanvirtur, og þeim römmum, sem maðurinn skapaði í tilraunum til að sporna við að viðlíka misnotkun endurtæki sig, megi „kenna um“ hvernig virðing hefur orðið að virðingu fyrir sjálfræði. Ég hef farið yfir hvernig skjólstæðingar í heilbrigðisþjónustu meta gæði þjónustu og komist að því að það er ekki virðing fyrir sjálfsákvörðunarrétti þeirra sem er þeim hugleikin umfram annað. Ég hef bent á að það eru fyrst og fremst samskipti og tengsl við þá sem þjónustuna veita sem sjúklingar nefna, aðspurðir um hvað skipti þá máli í heilbrigðisþjónustu. Í kaflanum hér á undan um meðferðarsambandið kemur fram að meðferðartengslin hafa einmitt mest forspárgildi um hvernig sjúklingum í

samtalsmeðferð reiðir af og þau hafa gríðarleg áhrif á hvernig sjúklingum í meðferð við líkamlegum kvillum vegnar. Þannig eru ánægja sjúklinga með heilbrigðisþjónustu og batahorfur þeirra tengd. Þar af leiðandi er ánægja sjúklinga með veitta þjónustu góður mælikvarði á gæði þjónustunnar. Hér á undan nefndi ég nokkur grunnatriði varðandi það hvernig koma megi fram við þjónustuþega af virðingu og auka líkur á góðum meðferðartengslum, ánægju og árangri af meðferð.

Það eru ákaflega margir þættir í lífinu sem varða hagsmuni okkar sem við getum ekki haft eftirlit með. Þótt margir þjónustuþættir séu undir gæðaeftirliti í heilbrigðisþjónustu á það sama við þar. Eins og áður hefur komið fram eru ákveðnir þættir sem sjúklingum eru ekki sýnilegir eða þeir eru ekki meðvitaðir um. Virðing er jafnframt fólgin í mun fleiru en því sem kemur þjónustuþegum alltaf fyrir sjónir. Þeir geta þannig með litlu, eða engu, móti haft eftirlit með ákveðnum störfum heilbrigðisstarfsfólks og siðferðilegu framferði þess. Margt sem skjólstæðingar hvorki heyra né sjá og eru ekki meðvitaðir um getur hins vegar skipt miklu máli. Það getur verið alfarið undir fagmanninum einum komið hvort hann vandar til þeirra verka – af virðingu fyrir skjólstæðingnum, með markmið hans að leiðarljósi. Ég ætla að fjalla aðeins um nokkur verkefni sem fagfólk í heilbrigðisþjónustu sinnir en skjólstæðingar þeirra hafa jafnvel ekki hugmynd um.

Þagnarskyldan, sem stendur vörð um einkalíf skjólstæðinga, er sjálfsögð. Hennar þekkja flestir til. Þagnarskyldan er gott dæmi um starfshætti sem varða sjúklinga verulega en þeir geta illa haft eftirlit með. Hvort hún er ætíð virt sem regla geta þeir ekki með neinu móti metið. Hún er bundin við landslög og ákveðið eftirlit er haft með að henni sé framfylgt sem eykur sennilega líkur á því að heilbrigðisstarfsfólk rjúfi ekki trúnað. Það er hins vegar fjarri því að vera fullkomin trygging. Sjúklingar verða einfaldlega að vona það og treysta því að heilbrigðisstarfsfólk standi við trúnaðinn sem þeir heita. Heilbrigðisstarfsfólki ber hins vegar að virða hann óháð því hvort skjólstæðingar þeirra verða varir við rof á trúnaði eða varðveislu hans. Lög um réttindi sjúklinga taka fyrir skyldu heilbrigðisstarfsfólks til að virða þagnarskyldu, meira að segja að sjúklingi látnum. Maðurinn hefur tilkall til réttinda og virðingar þótt hann verði þeirra ekki var, geti ekki krafist eða notið þeirra. Hvernig virðingar sjúklings og reisnar er gætt að honum fjarstöddum er ekki síður mikilvægt en hvernig virðingu og reisnar er gætt að honum viðstöddum. Þetta á við í tilfalli sjúklinga sem eru sofandi, meðvitundarlausir, látnir eða andlega ófærir um að meta þagnarskylduna, til dæmis alvarlega þroskaskertir eða geðsjúkir og sjúklingar með skerta heilastarfsemi. Þessi dæmi sýna einmitt hvernig virðing

fyrir sjálfræði getur verið takmarkaður hluti virðingarkröfunnar.

Samkvæmt þeim svörum, sem þjónustuþegar gáfu í tengslum við upplifun sína á heilbrigðisþjónustu, er reisin hluti af virðingu. Nefndu þeir til dæmis hvernig líkamlegri skoðun var háttáð með tilliti til verndar reisnar þeirra. Siðareglur hjúkrunarfræðinga (e.d.) gera einnig kröfur til stéttarinnar að hjúkra þannig að gætt sé að reisin skjólstæðinganna. Reisin manneskjunnar getur orðið fyrir áföllum í heilbrigðisþjónustu og spurning hvort reisin fólks verður fyrir meira hnjaski en þörf er á í höndum fagfólksins. Það er trú mín að almennt sé sá hugsunarháttur ríkjandi meðal heilbrigðisstarfsfólks að komið skuli fram við fólk af virðingu, jafnvel þótt það sé allsendis ófært um að annast eða verja sig sjálft eða gæta að eigin reisin, og að af þeim sökum leggi fagfólk hart að sér að forða skjólstæðingum sínum frá niðurlægingu og skömm. Unglingspiltur með alvarlega andlega og líkamlega fötlun, sem heldur hvorki þvagi né hægðum, getur átt reisin sína undir því að starfsfólk gæti að hreinlæti hans og snyrtimennsku. Starfsfólkinu ber að gera það jafnvel þótt pilturinn sé ekki meðvitaður um störf þeirra. Að sama skapi getur varðveisla reisnar aldraðrar konu með minnisglöp, sem áður mátti ekki vamm sitt vita og hefur samfara versnandi sjúkdómi farið að hrópa hátt gróf fúkyrði af og til, verið í höndum starfsfólks. Starfsfólkið getur stuðlað að reisin þessarar konu og á því að gera, með því að sjá til þess að hún sé ekki í margmenni á slíkum stundum. Að koma í veg fyrir að hópur samsjúklinga verði vitni að því þegar starfsfólk þarf að yfirbuga og halda fastri æstri og ógnandi ungri konu í geðrofi á geðdeild kemur í veg fyrir að hún tapi allri reisin. Ekkert af framantöldum einstaklingum hefur andlega getu til að gæta að eigin reisin á tíma sem reisin þeirra þarf vernd. Ekkert þeirra áttar sig jafnvel á þörfinni fyrir vernd. Sé hins vegar varðveisla reisnar möguleg er það á ábyrgð fagfólks að standa vörð um reisin skjólstæðinga sinna.

Í þessu samhengi er vert að fjalla um orðræðu heilbrigðisstarfsfólks en hún tengist reisin sem fólk fær, eða fær ekki, að njóta. Orðræðu verða þjónustuþegar sjaldnast varir enda ekki ætlunin að þeir séu áheyrndur að öllum samskiptum starfsmanna á milli. Hvernig málefni þjónustuþega eru rædd er nátengt menningu á vinnustað. Það er til eftirbreytni ef orðræðan byggir á virðingu fyrir einstaklingnum. Ef orðræðan stýrist af niðurlægjandi og ásakandi athugasemdum í garð þjónustuþega er brýnt að taka á því. Umræðan um hinn svokallaða „erfiða sjúkling“ er dæmi um slíkt sem er vel þekkt í heilbrigðiskerfum. Það getur hins vegar reynst þrautinni þyngra að breyta orðræðu á vinnustað, því ummæli fólks byggja á fordómum og viðhorfum þess og starfshópsins og þau geta verið rótgróin. Gagnlegar spurningar til að spyrja sjálfan sig, sé vilji til að hlúa að virðingu fyrir skjólstæðingum í daglegu tali, geta verið: Mætti einstaklingurinn, sem ég er

að tala um, heyra það sem ég segi? Gæti ég sagt þetta við hann?

Öll störf fagfólks eru gegnsýrð af viðhorfum þeirra. Virðing starfsmanns fyrir sjálfum sér, stétt sinni og starfi, kerfinu í heild sinni og þeim sem hann þjónustar litar alla hans starfshætti. Heilbrigðisstarfsmaður á sjúkrahúsi, sem gætir þess vandlega að þvo og sótthreinsa hendur sínar á meðan hann er við vinnu, er dæmi um einstakling sem sýnir í verki virðingu fyrir þeim sem hann þjónustar. Af virðingu við skjólstæðinga sína sinnir hann starfi sínu af natni og dregur til dæmis úr hættu á smiti sjúklinga á milli. Hvernig starfsmaður sinnir slíkri smitgát verða skjólstæðingar hans líklega aldrei varir við – og ef til vill leiðir hann sjálfur hugann aldrei að því hvað leiðir störf hans. Sennilega er það sambland af virðingu, fylgni við reglur og ótti við eftirlit sem hefur áhrif – en virðing er það sem við einblínum á. Verkum þessum er sinnt í kerfinu á hverri stundu. Þau eru óteljandi. Þau eru engu færri eða lítilvægari en þau sem snúa beint að skjólstæðingum heilbrigðiskerfisins og eru til þess fallin að hægt er að veða þau og meta.

### **3.4 Lokaorð um virðingu**

Við ítarlega skoðun á virðingu í daglegu lífi, siðfræði og lögum og reglum í heilbrigðisþjónustu og fagstéttum sem starfa innan hennar birtast ákveðin atriði sem upp úr standa og mér þykir ástæða til að ræða frekar. Virðing, eins og hún er rædd í daglegu lífi, hefur víða merkingu og fleira en virðing fyrir sjálfræði fellur undir merkingu hennar. Hún er hins vegar tengd verðskuldun. Virðing eins og hún er oft rædd í siðfræði er þröng, nánast afmörkuð við virðingu fyrir sjálfræði einstaklingsins. Hún er hins vegar einvörðungu tengd sjálfstæðu virði manneskjunnar, algjörlega óháð verðskuldun. Eins og virðing er rædd í lögum, reglugerðum og leiðbeiningum gerðum fyrir heilbrigðisþjónustu virðist merking virðingar eitthvað vera á reiki. Hún er almennt tengd við gildi persónunnar og ótengd verðskuldun en afar óskýrt er hvernig hugtakinu er beitt umfram það. Virðing fyrir sjálfræði er gjarnan nefnd í leiðbeiningum en svo er jafnvel síðar í sömu leiðbeiningum vísað í mun víðfeðmara virðingarhugtak en það sem virðing fyrir sjálfræði spannar.

Virðingin, sem er tengd verðskuldun, er afar ólík siðfræðilegu kröfunni um virðingu sem fólk á heimtingu á einfaldlega í krafti manngildis. Virðing fyrir einberu sjálfræði er allt önnur virðing en sú víðfeðma sem fólk óskar eftir að vera aðnjótandi samkvæmt þeim rannsóknum sem hafa verið gerðar. Kröfurnar eru mjög ólíkar eftir því hvernig hugtakinu er beitt. Það er einfaldlega mjög ruglingslegt hvernig farið er með þetta mikilvæga hugtak. Það veldur ákveðinni spennu.

Ég hrífst af umfjöllun Kants um virðingu fyrir manneskjuni, að allar manneskjur hafi skilyrðislaust gildi og séu markmið í sjálfu sér. Skyldurnar sem hann útlistar, fullkomnu skylduna að nota engan sem tæki og ófullkomnu skylduna að greiða fyrir markmiðum annarra, þykja mér góðir vegvísar í þjónustu innan heilbrigðiskerfis. Þannig felur virðing fyrir manneskjuni einfaldlega í sér að virða markmið persónunnar og styðja hana í átt að þeim. Ég lít svo á að einstaklingar, sem þarfnast heilbrigðisþjónustu, þurfi aðstoð við að nálgast ákveðin markmið. Markmiðin geta verið eins misjöfn og einstaklingarnir sem að þeim stefna en í heilbrigðisþjónustu snúast þau líklega flest um heilsutengd málefni. Hins vegar er það einstaklingsins að setja markmiðin, innan sanngjarnra og faglegra marka. Ég lít svo á að það sé aðalhlutverk heilbrigðisstarfsfólks að styðja einstaklinginn til að ná markmiðunum að því marki sem hann hefur vitsmunalega getu til að ákveða eigin markmið og svo fremi sem markmiðin séu ekki skaðleg öðrum.

Sú virðing, sem ég tel að sé best fallin til þess að leiða góða og réttláta heilbrigðisþjónustu, er þannig ekki háð verðskuldun. Hún er hins vegar víðfeðmari en sú sem er bundin við virðingu fyrir sjálfræði. Mér virðist mega tengja hana siðalögmáli Kants um virðingu fyrir persónunni. Með siðalögmál hans að leiðarljósi leggur fagfólk í heilbrigðisþjónustu sérstaka merkingu í líf hvers einstaklings sem það þjónustar og skuldbindur sig því að koma fram við manneskjuna sem markmið í sjálfu sér. Það getur verið vegvísir fagmanneskju til að starfa í þágu skjólstæðings síns á öllum sviðum, ósýnilegum jafnt sem sýnilegum.

Koehn leggur mikilvægar skyldur á herðar fagstéttum sem mér þykja vel til þess fallnar að aðstoða við að halda skýrri sýn á markmið þjónustuþega án þess að verða handbendi þeirra. Að byggja undir markmið skjólstæðinganna felur nefnilega ekki í sér að styðja við dynti þeirra. Dómgreind fagfólks má ekki verða undir vegna löngunar þeirra til að þóknast skjólstæðingum sínum og eiga þægileg samskipti við þá. Fagfólk er ekki leigubý. Frekar skal það nýta sérfræðipækkingu sína af virðingu fyrir markmiðum skjólstæðinga sinna til að feta rétta braut. Það getur jafnvel falið í sér tímabundna óánægju sjúklinga eins og dæmi voru nefnd um fyrr í kaflanum. Langanir þeirra geta nefnilega verið í trássi við markmið þeirra.

Eftir gaumgæfilega skoðun á því hvað notendur heilbrigðisþjónustu tjá ánægju með, þ.e. góð tengsl, hvernig best megi stuðla að ánægju og árangri meðferðar og hvernig þetta tvennt helst í hendur, hef ég komist að þeirri niðurstöðu að virðing sé sá þáttur sem er ómissandi í meðferðarsambandinu og forsenda góðrar heilbrigðisþjónustu. Það samrýmist þeim upplýsingum sem ég hef fengið í gegnum tíðina í starfi mínu þegar ég hef

leitað eftir svörum um hvað skipti þjónustuþega mestu máli: að upplifa virðingu. Það samrýmist jafnframt því sem ég hef upplifað þegar ég fer í huga mínum yfir hvaða starfsfólk viðhefur vinnubrögð sem mér þykir til eftirbreytni. Þau felast í að sýna virðingu, sjálfu sér, starfi sínu og skjólstæðingum sínum.

Sú túlkun virðingarhugtaksins, sem ég tel best til þess fallna að vera varða og drifkraftur fyrir góða heilbrigðisþjónustu, felur í sér skilyrðislausu virðingu fyrir persónunni. Hún er engu háð öðru en manngildi manneskjunnar. Þannig eiga allir skjólstæðingar, sem þarfnast heilbrigðisþjónustu, tilkall til hennar. Grunnur hugtaksins er að sérstök merking er lögð í líf hvers og eins skjólstæðings, að heilbrigðisstarfsmaður skuldbindi sig til að koma fram við manneskjuna sem markmið í sjálfu sér, nota hana aldrei sem tæki og byggja undir skynsamleg og sanngjörn markmið hennar.

Virðingarhugtakið, sem ég legg til að sé notað til leiðsagnar í heilbrigðisþjónustu, er enn fremur víðfeðmt. Sú túlkun virðingar felur í sér virðingu fyrir sjálfræði einstaklingsins. Þó ber að hafa í huga, samanber umræðuna fyrr í kaflanum, að það að virða sjálfræði einstaklingsins í heilbrigðisþjónustu felur ekki í sér að uppfylla allar langanir hans og óskir. Sjálfræði sjúklings er veikt í þeim skilningi að hann hefur takmarkað val í heilbrigðisþjónustu. Sjálfræði hans eru takmörk sett með hliðsjón af faglegri ábyrgð fagfólksins sem veitir honum meðferð (Vilhjálmur Árnason, 2003, bls. 114–116).

Virðing fyrir sjálfræði er hins vegar aðeins hluti virðingar. Víðfeðm virðing felur í sér mun fleira. Víðfeðm virðing er að mínu viti viðhorf, hugarfar sem unnið er út frá. Svo notað sé tungutak Gadamers má sjá víðfeðma virðingu fyrir sér sem hluta af sjóndeildarhring fagmanneskjunnar sem litar þannig öll störf hennar, viðmót og vinnubrögð. Þannig fæðir skilyrðislaus víðfeðm virðing af sér starfshætti sem reynt er að vanda til. Virðingin er kraftur sem stuðlar að ákjósanlegum vinnubrögðum, hvort sem um er að ræða til dæmis viðhald þekkingar og færni, vinnusemi eða skýra stefnu í átt að markmiðum sjúklings þrátt fyrir mótlæti. Áhugi fagfólks, vilji þeirra til að verja tíma með sjúklingum, hlýja, traust, varðveisla reisnar, umhyggjusemi, heiðarleiki og samhygð, svo fátt eitt sé nefnt af þeim þáttum sem sjúklingar segjast kunna að meta, eru einnig sprottin af víðfeðmri virðingu. Þannig hefur víðfeðm virðing jafnframt áhrif á allt viðmót fagmanneskju svo sem orðaval, raddbeitingu og snertingu. Hún er líkleg til að vera sýnileg í öllum verkum. Sjúklingar verða hennar varir og kunna að meta hana. Hún leggur grunn að góðum meðferðarsamböndum, ánægju og árangri.

## Niðurstöður

Tilgangur þessarar ritgerðar var að skoða hver er siðfræðilegur kjarni meðferðarsambands og hvernig siðfræðin getur orðið fagfólki í heilbrigðisþjónustu að liði í daglegum störfum til að auka gæði þjónustu og ánægju skjólstæðinga.

Reynsla mín úr starfi sem hjúkrunarfræðingur er sú að meðferðarsambandið skipti afar miklu máli fyrir allan framgang meðferðar, bata og ánægju sjúklinga. Nú er vitað að traust meðferðarsamband og sjúklingaánægja eru áreiðanlegir mælikvarðar á gæði þjónustu og hafa góð áhrif á árangur, hvar svo sem meðferðin fer fram í heilbrigðiskerfinu. Það er fyrst og fremst aðkoma meðferðaraðila að meðferðarsambandinu sem ræður hvernig tekst til við myndun þess og framgang. Eftir að hafa rýnt í meðferðarsambandið er ég enn sannfærðari um að það sé til mikils að vinna fyrir fagfólk í heilbrigðisþjónustu að þekkja bæði mátt trausts meðferðarsambands og leiðir til að byggja undir slíkt. Í góðu meðferðarsambandi býr kraftur sem er meiri en summa krafta þeirra sem að sambandinu koma.

Virðing er mikilvægt hugtak. Hins vegar er töluverður ruglingur með nákvæma merkingu þess. Í siðfræði og heilbrigðisvísindum er gjarnan rætt um afmarkaða virðingu fyrir sjálfræði einstaklingsins. Að mínu viti er það ekki til gagns. Rannsóknir sýna að ánægja sjúklinga með veitta heilbrigðisþjónustu og mat þeirra á gæðum hennar byggir fyrst og fremst á mati þeirra á tengslum og samskiptum við fagfólk. Við greinagóða skoðun á svörum þjónustuþega um hvað skiptir þá máli í heilbrigðisþjónustu er það bersýnilegt að einhlít virðing fyrir sjálfræði dugir ekki til að spanna það sem þeim þykir mikilvægt í þjónustunni.

Tilgáta mín í þessi verkefni var sú að virðing meðferðaraðila fyrir manneskjunni væri forsenda góðra meðferðartengsla. Að þannig væri siðalögmálið um virðingu fyrir persónunni siðfræðilegur kjarni meðferðarsambands, því án virðingar væri traust meðferðarsamband ógerlegt. Greining á svörum þjónustuþega styður þá tilgátu. Það samrýmist þeim upplýsingum sem ég hef fengið í gegnum tíðina í starfi mínu þegar ég hef leitað eftir svörum um hvað skipti þjónustuþega mestu máli: að upplifa virðingu. Það samrýmist jafnframt því sem ég hef upplifað þegar ég fer í huga mínum yfir hvaða vinnubrögð starfsfólk viðhefur sem mér þykir til eftirbreytni. Þau felast í því að sýna sjálfu sér, starfi sínu og skjólstæðingum sínum virðingu.

Ég hrífst af umfjöllun Kants um virðingu fyrir manneskjunni. Ég styðst við hugmyndir hans án þess þó að fylgja honum eftir í einu og öllu. Grunnur þess sem mér

hugnast svo vel er að sérstök merking er lögð í líf hvers og eins skjólstæðings. Þannig skuldbindur heilbrigðisstarfsmaður sig því, að koma fram við manneskjuna sem markmið í sjálfu sér, nota hana aldrei sem tæki og byggja undir skynsamleg og sanngjörn markmið hennar. Ég tel skilyrðislausu virðingu fyrir manneskjunnari vera það sem, fyrst og fremst, leiðir vel unnin störf í heilbrigðisþjónustu, viðmót sem sjúklingar kunna að meta og vönduð vinnubrögð. Þessi virðing er laus við öll tengsl við verðskuldun. Þannig eiga allir skjólstæðingar sem þarfnast heilbrigðisþjónustu tilkall til hennar.

Leiðarljósið í meðferðarsambandi eru markmið skjólstæðings. Þau eru það sem vinna skal að, séu þau skynsamleg og sanngjörn. Koehn leiðir mikilvæga umræðu varðandi það: að byggja undir markmið skjólstæðinga felur ekki í sér að styðja við dynti þeirra, allar óskir eða langanir. Fagfólk er ekki leigubý. Þetta tengist mikilvægri umræðu um virðingu fyrir sjálfræði sjúklinga. Það er yfirleitt veikt í þeim skilningi að það lýtur hömlum sem fagleg ábyrgð heilbrigðisstarfsfólks skapar. Valkostirnir sem sjúklingar hafa eru almennt bundnir innan ákveðins ramma. Fagfólk verður að nýta sérfræðipækkingu sína af virðingu fyrir markmiðum skjólstæðinga sinna. Fagfólk á að stýrast af hagsmunum skjólstæðinga sinna án þess þó að vera handbendi þeirra, dómgreind skipar stóran sess í fagmennsku.

Niðurstaða mín er að efla þurfi skilning á mikilvægi góðs meðferðarsambands, sérstaklega þarf að efla þekkingu og hæfni meðferðaraðila á þessu sviði. Einnig er ljóst að efla þarf umræðu og vitund um virðingarhugtakið. Ég trúi að góður stuðningur fyrir fagfólk í heilbrigðisþjónustu getur hlotist af víðfeðmu virðingarhugtaki sem fangar skilyrðislausu virðingu fyrir gildi hvers skjólstæðings. Manneskjan er markmið í sjálfri sér óháð öðrum breytum, og fagaðilar skulu stefna að markmiðum hennar, séu þau sanngjörn og skynsamleg. Þessi víðtæka skilgreining á virðingu spannar þætti sem snúa að vinnubrögðum, viðmóti og hugarfari fagfólks og er þannig líkleg til að skapa forsendur til að allir skjólstæðingar í heilbrigðisþjónustu njóti þess sem þeim þykir skipta máli.



## Heimildaskrá

- Ackerman, S.J. og Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review*, 23, 1-33.
- Anderson, H. (2005). Myths About "Not knowing". *Family Process*, 44(4), 497-504.
- Anderson, H. og Goolishian, H.A. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family process*, 27, 371-393.
- Árnason, V. (2000). Gadamerian dialogue in patient-professional interaction. *Medicine, Health care and philosophy*, 3, 17-23.
- Ástríður Stefánsdóttir. (2006). Þagnarskyldan: her eru hin siðferðilegu rök? *Læknablaðið*, 92, 325-327.
- Baldwin, S.A., Wampold, B.E. og Imel, Z.E. (2007). Untangling the Alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(6), 842-852.
- Batamiðuð þjónusta – aukin lífsgæði. (2013, mars). *Geðhjálp*, bls. 1 og 5. Sótt 26. febrúar 2014 af <http://www.visir.is/ExternalData/pdf/serblod/SD130314.pdf>
- Beach, M.C., Roter, D.L., Wang, N., Duggan, P.S. og Cooper, L.A. (2006). Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? *Patient education and counseling*, 62, 347-354.
- Benapudi, N.M., Berry, L.L., Frey, K.A., Parish, J.T. og Rayburn, W.L. (2006). Patients' perspectives on ideal physician behaviors, *81(3)*, 338-344.
- Beauchamp, T.L. og Childress, J.F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. (5. Útgáfa). New York: Oxford University Press.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16(3), 252-260.

- Bok, S. (1983). The limits of confidentiality. Í J.C. Callahan (ritstj.), *Ethical issues in professional life* (bls. 230-239). New York: Oxford University Press.
- Branch Jr., W.T. (2006). Viewpoint: Teaching respect for patients. *Academic Medicine*, 81(5), 463-467.
- Del Re, A.C., Flückiger, C., Horvath, A.O., Symonds, D. og Wampold, B.E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical psychology review*, 32, 642-649.
- Dennis, B.P. (1999). The origin and nature of informed consent: Experiences among vulnerable groups. *Journal of professional nursing*, 15(5), 281-287.
- Dickens, B.M. og Cook, R.J. (2000). Law and ethics in conflict over confidentiality? *International journal of gynecology and obstetrics*, 70, 385-391.
- Dickert, N.W. og Kass, N.E. (2009). Understanding respect: Learning from patients. *Journal of medical ethics*, 35, 419-423.
- Duncan, B., Miller, S. og Hubble, M. (2007). How being bad can make you better. Developing a culture of feedback in your practice. *Psychotherapy networker*, 57, 36-45.
- Calsyn, R.J., Klinkenberg, W.D., Morse, G.A. og Lemming, M.R. (2006). Predictors of the working alliance in assertive community treatment. *Community mental health journal*, 42(2), 161-175.
- Elvins, R. og Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical psychology review*, 28, 1167-1187.
- Gastmans, C. (1998). Interpersonal relations in nursing: a philosophical-ethical analysis of the work of Hildegard E. Pepleu. *Journal of advanced nursing*, 28(6), 1312-1319.
- Gastmans, C. (1999). Care as a moral attitude in nursing. *Nursing ethics*, 6(3), 213-223.
- Gibson, M.F. (2012). Opening up: Therapist self-disclosure in theory, research and practice. *Clinical social work journal*, 40, 287-296.
- Goldfried, M.R. (2007). What has psychotherapy inherited from Carl Rogers? *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 44(3), 249-252.

- González-Valentín, A., Padín-López, S. og de Ramón-Garrido, E. (2005). Patient satisfaction: A strategy for quality assessment. *Patient education and counseling*, 12, 225-233.
- Green, S.A. (1995). The ethical limits of confidentiality in the therapeutic relationship. *General hospital psychiatry*, 17, 80-84.
- Haes, H. (2006). Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: A case for vulnerability. *Patient education and counseling*, 62, 291-298.
- Hagerty, B. N. og Patusky, K. L. (2003). Reconceptualizing the nurse-patient relationship. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 145-150.
- Henretty, J.R. og Levitt, H.M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. *Clinical psychology review*, 30, 63-77.
- Holloway, F. (2004). Confidentiality: threats and limits. *Psychiatry*, 3(3), 11-13.
- Joffe, S., Manocchia, M., Weeks, J.C. og Cleary, P.D. (2003). What do patients value in their hospital care? An empirical on autonomy centred bioethics. *Journal of medical ethics*, 29, 103-108.
- Jón Snædal (2014). Helsinki-yfirlýsingin (Ritstjórnargrein). *Læknablaðið*, 3, 100, 135.
- Junghan, U.M., Leese, M., Priebe, S. og Slade, M. (2007). Staff and patient perspectives on unmet need and therapeutic alliance in community mental health services. *The British journal of psychiatry*, 191, 543-547.
- Kant, I. (2003). Grundvöllur að frumspeki siðlegrar breyttni. Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Koehn, D. (1994). The ground of professional ethics. London: Routledge.
- Landspítali. (e.d.). Batamiðuð þjónusta. Sótt 2. desember 2014 af <http://www.landspitali.is/sjuklingar-adstandendur/klinisk-svid-og-deildir/batamidud-thjonusta/>
- Leino-Kipli, H., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, A. (2001). Privacy: a review of the literature. *International journal of nursing studies*, 38, 663-671.

- Levine, C., Faden, R., Hammerschmidt, D. Eckenwiler, L. og Sugerman, J. (2004). The limitations of “vulnerability” as a protection for human research participants. *The American journal of bioethics*, 4(3), 44-49.
- Lög um réttindi sjúklinga (1997, 1. júlí). Sótt 30. september 2014 af <http://www.althingi.is/lagas/134/1997074.html>.
- Mallow, A.J. (1998). Reconciling psychoanalytic psychotherapy and alcoholics anonymous philosophy. *Journal of substance treatment*, 15(6), 493-498.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Brown, J., Sorrell, R. og Chalk, M.B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing, real-time assessment feasible. *Journal of brief therapy*, 5(1), 5-22.
- Miller, S.D., Hubble, M. og Duncan, B. (2008). Supershrinks: What is the secret of their success? *Psychotherapy in Australia*, 14(4), 14-22.
- Morgan, S. og Yoder, L.H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of holistic nursing*, 30(6), 6-15.
- Myers, D. og Hayes, J.A. (2006). Effects of therapist general self-disclosure and countertransference disclosure on ratings of the therapist and session. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 43(2), 173-185.
- O'Brien, A.J. (2001). The therapeutic relationship: historical development and contemporary significance. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 8, 129-137.
- Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., ... og Merkouris A. (2012). Patients' and nurses' perceptions of respect and human presence through caring behaviours: A comparative study. *Nursing Ethics*, 19(3), 369-379. Ath-passa fyrstu tilvísun
- Park, S.S. og Grayson, M.H. (2008). Clinical research: protection of the “vulnerable”? *Journal of clinical immunology*, 121(5), 1103-1107.
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putnam.
- Pipher, M. (2003). *Letters to a young therapist*. New York: Basic books.

- Rakel, D., Barrett, B., Zhang, Z., Hoefl, T., Chewing, B., Marchand, L. og Scheder, J. (2011). Perception of empathy in the therapeutic encounter: Effects on the common cold. *Patient education and counseling*, 85, 390-397.
- Rober, P. (2005). The therapist's self in dialogical family therapy: Some ideas about not-knowing and the therapist's inner conversation. *Family process*, 44(4), 477-495.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American journal of orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Shattell, M.M., Starr, S.S. og Thomas, S.P. (2007). "Take my hand, help me out:" Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental health nursing*, 16, 274-284.
- Siðareglur hjúkrunarfræðinga. (e.d.). Sótt 17. október 2014 af <http://hjukrun.is/sidareglur>
- Siegel, A.W. (2008). Inequality, privacy, and mental health. *International journal of law and psychiatry*, 31, 150-157.
- Spiers, J.A. og Wood, A. (2010). Building a therapeutic alliance in brief therapy: The experience of community mental health nurses. *Archives of psychiatric nursing*, 24(6), 373-386.
- Strous, R.D., Ulman, A. og Kotler, M. (2006). The hateful patient revisited: Relevance for 21<sup>st</sup> century medicine. *European journal of internal medicine*, 17, 387-393.
- Sutton, L.B., Erlen, J.A., Glad, J.M. og Siminoff, L.A. (2003). Recruiting vulnerable populations for research: Revisiting the ethical issues. *Journal of professional nursing*, 19(2), 106-112.
- U.S. Department of health & human services. (1979, apríl). The Belmont report. <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>
- Vilhjálmur Árnason. (2003). *Siðfræði lífs og dauða*. (2. útgáfa). Reykjavík: Siðfræðistofnun og Háskólaútgáfan.
- Vilhjálmur Árnason. (2008). *Farsælt líf, réttlátt samfélag – kenningar í siðfræði*. Reykjavík: Heimskringla.

Vísindasiðanefnd. (e.d.). Helsinki yfirlýsingin. Sótt 10. nóvember 2014 af  
<http://www.vsn.is/is/content/helsinki-yfirl%C3%BDsingin>.

Wright, L.M. og Leahey, M. (2005). *Nurses and families. A guide to family assesment and intervention*. (4.útgáfa). Philadelphia: F. A. Davis Company.

Young, A.S., Klap, R. Sherbourne, C.D. og Wells, K.B. (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of general psychiatry*, 58, 55-61.

Zur, O. (2008). The google factor: Therapist's self-disclosure in the age of the internet. *Independent practitioner*, 28(2), 83-85.