Aktiv empati: Sjuksköterskors strategier för att frammana empati i mötet med patienter som av sjuksköterskan upplevs vara svår bemöta

Ida Berhin leg. sjuksk., jur. kand; My Lundgren leg. sjuks; Kyriakos Theodoridis fil. dok. i teoretisk filosofi, universitetslektor i vårdvetenskap

ACTIVE EMPATHY: NURSES' STRATEGIES FOR BRINGING OUT EMPATHY WHEN ENCOUNTERING PATIENTS WHICH ARE FELT DIFFICULT TO EMPATHIZE WITH

Abstract

The aim of this study is to describe nurses' strategies to bring out empathy when encountering patients who are felt difficult to empathize with. The study is empirical and based on qualitative semi-structured interviews with registered nurses at a surgical ward. The data material was analyzed using content analysis. The result of the study shows that nurses employ different types of deliberate strategies in order to secure an empathetic treatment of these patients. In the study, the strategies are summarized in four head categories: strategies focusing on the patient, to decide upon one's set of mind, strategies focusing on oneself and indirect factors.

KEY WORDS: Difficult patients, Empathy, Nursing, Nurse, Strategies

Introduktion

Sjuksköterskor upplever av olika anledningar vissa patienter som svåra att ge omvårdnad till. Denna studie utforskar sjuksköterskors förståelse av empati och av hur de aktivt kan hitta empati inom sig för kunna ge svår bemöta patienter god omvårdnad.

Det föreligger allmän konsensus att vårdpersonalens användning av sin empatiska förmåga i samband med personcentrerad omvårdnad utgör en nyckelfaktor för att omvårdnaden ska bli optimal [1-10]. Begreppet *empati* är komplext och har flera dimensioner. Olika omvårdnadsforskare närmar sig begreppet från olika utgångspunkter emedan empati utgör föremål för studier inom flera med omvårdnad angränsande och delvis överlappande discipliner, som filosofi, psykologi, medicin och neurovetenskap [3, 11-19].

De flesta empatiforskare är dock överens om att begreppet omfattar minst tre olika element: en *affektiv/känslomässig* reaktion på en annan persons känslor, en *kognitiv/intellektuell* bedömning samt en *beteendedimension*, där viljan och avsikten att förmedla förståelse uttrycker sig i handling [3, 11, 18, 19].¹ Det är inte i sig empatiskt att automatiskt dras med i en annan persons känslor (även om det kan utgöra ett förberedande stadium för empati) och det är inte heller empati att uteslutande förlita sig på logiska slutsatser. Att «tycka om» en patient utgör inte en förutsättning för empati [11, 12, 14, 18]. Det framkommer i studier att sympati och medlidande inte förhindrar – men utgör inte heller någon förutsättning – för empati [12, 13]. Den grundläggande tanken är att om sjuksköterskan känner empati i förhållande till patienten, så kan detta innebära större förståelse för patientens tillstånd vilket i sin tur möjliggör säkrare och effektivare omvårdnad.

Liksom alla begrepp som hänför sig till upplevelser och det aktuella erfärandet, finns det olika sätt att utforska *empati*. Neurovetenskapen studerar empati genom att undersöka hjärnans aktivitet i samband med uppkomsten av vissa känslor. Därigenom kan slutsatser dras kring relationer mellan hjärncentra, känslor och upplevelser. Filosofin diskuterar ontologiska och epistemologiska frågor kring empati som berör hur människor kan ha kunskap om sitt eget medvetande och även om andra människors medvetande och sinnestillstånd. Kognitionsvetenskapen studerar en mångfald av relationer rörande förhållan-

det mellan det fysiska (kroppen, hjärnan), den psykiska erfarenheten (upplevelsen, medvetandet), och beteendet.

Inom medicin och omvårdnad, som även kännetecknas av praktiska målsättningar, utgör empati ett ämne för såväl forskning som utbildning. Det är indikativt att det på senare tid framkommit en rad studier som utvärderar rapporterade utbildningsinsatser kring empati bland läkar- och sjuksköterskestudenter [2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 16, 17]. En samstämmighet kan skönas i det att många utbildningsaktiviteter tycks resultera i en ökning av empatiskt förhållningssätt hos studenterna, enligt flera systematiska litteraturstudier [6, 8, 9].

Empati och människans förmåga att förstå sina medmänniskors känslor och sinnestillstånd utgör aspekter som kännetecknar sjuksköterskans verksamhet på en fundamental nivå. Att kunna bemöta patienter på bästa sätt och ge optimal omvårdnad förutsätter att sjuksköterskan i någon väsentlig utsträckning *förstår* patienters behov även då patienten upplevs som besvärlig och svår att kommunicera med [20-23]. Frågor om vad empatin betyder för sjuksköterskor och hur empati används inom omvårdnad är därför angelägna att studera närmare, dels för att belysa sjuksköterskors faktiska tänkande kring empati inom klinisk verksamhet och dels för att bidra till omvårdnadsfältets utveckling inom undervisning och forskning.

I tidigare studier förekommer begreppen «besvärliga patienter» (eng: difficult patients) men även «jobbiga patienter» och «unpopular patients» [7, 8, 10, 20, 21, 22, 23]. Anledningarna till att en patient upplevs som besvärlig är många och varierar från sjuksköterska till sjuksköterska. Begreppet *svår bemöta patienter* kan användas för att designera patienter som genom sitt sätt skapar svårigheter, t ex genom att vara oförsämda, krävande, aggressiva eller provocerande. Det finns omfattande forskning kring vårdpersonalens beteende i samband med svår bemöta patienter, t ex att undvika patienten, att bara ge den absolut nödvändiga fysiska omvårdnaden, att ventileras med kollegor, att 'stänga av', för att nämna några typexempel [11, 21, 24]. Dock är forskningen kring sjuksköterskors aktiva strategier för att frammana *empati* begränsad.

Syftet med denna studie är att beskriva sjuksköterskors strategier för att frammana empati i mötet med svår bemöta patienter.

Metod

Syfte och frågeställning besvarades genom semistrukturerade intervjuer som transkriberades och analyserades genom innehållsanalys.

Med en *svårbemött patient* avses i denna studie en patient som en enskild sjuksköterska av någon anledning upplever det svårt att bemöta empatiskt, när empatin inte uppstår naturligt i mötet med patienten. Att en patient upplevs som besvärlig beror inte nödvändigtvis på faktorer som ligger hos patienten. Uttrycket 'svårbemötta patienter' avser att framhäva ett antagande i denna studie, nämligen att det är sjuksköterskan som har möjligheten att överkomma känslomässiga svårigheter som kan förhindra omvårdnaden av vissa patienter. Fortsättningsvis kommer därför begreppet *svårbemötta patienter* att användas. Frågan om varför en patient upplevs som svårbemött är ett problem som faller utanför denna studie.

Med *strategi för professionell empati* avses en *metod*, en *teknik* eller ett *förfarande* som sjuksköterskor använder för att medvetet framtida empati i mötet med svårbemötta patienter.

Urval

Studien omfattade sex informanter. Urvalet gjordes bland legitimerade sjuksköterskor på en kirurgisk vårdavdelning på Skånes Universitetssjukhus (SUS) hösten 2010. Av 15 intresserade sjuksköterskor valde kontaktpersonen, i samråd med författarna, ut sex informanter. Målet var att få variation i urvalet med hänsyn till kön, ålder och erfarenhet (strategiskt urval).

Deltagarna var legitimerade sjuksköterskor som vid tidpunkten för intervjun arbetade och hade arbetat dagtid på kirurgisk vårdavdelning under minst tio månader. Informanterna var fyra kvinnor och två män, i åldrarna 20–40 år, med mellan tio månader och 14 års erfarenhet som legitimerade sjuksköterskor på vårdavdelning. Samtliga hade svensk etnicitet (definierat som nekande svar på frågan om eventuella rötter i annat land än Sverige). Erfarenheterna härutöver varierade, till exempel avseende vårdarbete före sjuksköterskeexamen, annan yrkeserfarenhet och andra studier på högskola/universitet.

Datainsamling

Samtliga intervjuer genomfördes av två av författarna under tre dagar, schemalagt och på informanternas arbetstid. Två intervjuer genomfördes per dag. Intervjuerna varade mellan 30 och 50 minuter. Före varje intervju informerades varje informant skriftligen och muntligen om studien. Informanterna lämnade samtliga skriftligen sitt samtycke till att delta i studien.

Intervjuerna följde en semistrukturerad intervjuguide som upprättades i form av en semantisk del (fråga 1) och en empirisk del (fråga 2-5). Intervjuguiden såg ut på följande sätt:

1. Vad är empati för dig, ur ett professionellt perspektiv?
 2. Berätta om din erfarenhet av möten med patienter som har ett sätt som gör det svårt för dig att känna och uttrycka empati.
 3. Hur gjorde du då?
 4. Har du någon strategi för att frammana empati i förhållande till dessa patienter?
 5. Om ja, hur har du funnit den strategin?
- Det förekom också följdfrågor kring förtydliganden.

Den semantiska frågan hade två syften: dels att avtacka den mening som informanten tillskrev begreppet, och dels att skapa en startpunkt för resterande frågor kring empati. På detta sätt utforskades informanternas erfarenheter kring situationer där det upplevdes att det var *lätt* respektive *svårt* att känna empati. Intervjuerna spelades in hjälp av en kassettdiktator och transkriberades kort därefter.

Det transkriberade materialet analyserades med hjälp av innehållsanalys med utgångspunkt i Burnard [25]. Analysen och tolkningen av data gjordes först individuellt och sedan gemensamt där två av författarna var för sig identifierade teman i det transkriberade materialet som sedan jämfördes och diskuterades av alla författarna.

Etiska överväganden

Tillstånd för att genomföra studien inhämtades från etikprövningsnämnden vid Malmö Högskola. Resultatet redovisas på ett sådant sätt att enskilda personer inte kan identifieras. Informanternas numrering 1-6 motsvarar inte intervjuordningen. Använda citat justerades så att talspråk, svordomar och dylikt inte riskerar att avslöja informanternas identitet. I redovisningen benämns samtliga informanter «hon».

Resultat

Analysen av den semantiska frågan visade att synen på, och förståelsen av, empati varierade. Vissa informanter hade ett mer abstrakt synsätt på begreppet, medan empati för andra handlade mer om att vara «snäll och trevlig». Flera informanter refererade till empati som att «tycka synd om». Informanterna uttryckte dock ett gemensamt tema, nämligen att

«Det handlar mycket om bemötande, att kunna sätta sig in i patientens situation eller åtminstone kunna möta patienten i den situationen som de är. Att de kan känna sig sedda och förstådda.» (ssk nr 4)

Att bekräfta patienten och att försöka förstå patientens situation utgjorde den huvudsakliga innebörden som framkom i den semantiska delen.

Vid analysen av det empiriska materialet framkom att samtliga informanter hade erfarenhet av svårbemötta patienter. Samtliga informanter gav också exempel på situationer där de aktivt hade använt (och använt) strategier för att frammana empati i samband med svårbemötta patienter. Analysen av informanternas berättelser och reflektioner utmynnade i fyra huvudkategorier och sju underkategorier:

- Kategori: patientfokuserande strategier
 - kunskap om patienten
 - tankar på patientens upplevelse av situationen
- Kategori: att bestämma sig för ett visst sinnestillstånd
 - visualisering
 - att aktivt välja fokus
- Kategori: självfokuserande strategier
 - att se sin egen del i patientrelationen
 - att påminna sig om sin roll som sjuksköterska
 - att använda sig av sin livsfilosofi
- Kategori: indirekta faktorer som ökar möjligheterna för empati

Kategoriseringen avser strategier för att frammana empati i mötet med svårbemötta patienter. Olika strategier framträdde i olika grad hos olika informanter. Samtliga informanter använde sig dock av flera strategier.

Patientfokuserande strategier

Alla informanterna uppgav att de aktivt använde sig av information om den svårbemötta patienten för att frammana empati. Flera informanter använde sig både av kunskap om patientens diagnos och bakgrund men också av att tänka sig in i patientens upplevelse av sin situation.

Kunskap om patienten

Fem informanter använde sig aktivt av sin kunskap om patienten för att frammana empati. Nyckelord var här livssituation och bakgrund. Kunskap erhöles dels genom patientens journal och dels genom att informanterna lärde känna patienten. Genom att reflektera kring denna kunskap upplevde informanterna att de kunde sätta patienten i ett sammanhang och därmed frammana empati.

«Helena [fingerat namn på ssk nr 1], kom igen nu här, tänk på varför och vad hon har varit med om'. Hon kanske har det jättesvårt och då kan man ju frambringa lite empati bara av det liksom. Om man ser till deras situation.» (ssk nr 1)

Att se den svårbemötta patienten i sitt sammanhang handlade även om att påminna sig om att människors sociala och kulturella egenskaper kan vara olika.

«... behandla mina patienter som de människor de faktiskt är, och... behandla dem med respekt, och ta hänsyn till människors olikheter, som, ja kulturella olikheter eller bara olikheter rent mänskligt, hur man är som människa» (ssk nr 2)

En av informanterna påtalade vikten av att använda denna typ av kunskap för att skapa «kollektiv empati» i personalgruppen i relation till patienter som generellt upplevdes som svårbehandlade.

«Så vi kan arbeta bättre tillsammans. Att inte bara stänga dörren ... utan ta reda på varför. Vad bakgrundsorsaken är.» (ssk nr 3)

Kunskap om en dålig prognos kunde bidra till att frammana empati hos informanterna. Genom att beakta allvaret i patientens diagnos, menade informanterna, växte deras empatiska känsla.

«Får man in en patient med en allvarlig cancerform, då vet jag att det är inte så god prognos på det /.../ En sådan cancer botar man inte, eller man gör det väldigt sällan. Jag vet att patienten kommer att dö. Då blir det lite på ett annat sätt /.../ känslan för patienten och situationen.» (ssk nr 4)

Förståelse av patientens upplevelse av situationen

Samtliga informanter upplevde att de kunde påverka sitt sinnestillstånd genom att påminna sig om hur den svårbehandlade patienten kunde uppleva sin situation på avdelningen.

«En patient som kommer in här, kanske fruktar för sitt liv, det är en okänd miljö, det är en massa personal hela tiden... Om man inte är särskilt socialt utåtriktad i vanliga fall, så kanske det är ännu jobbigare i en sån här situation och då orkar man inte vara tillmötesgående och kanske vänlig i alla lägen heller.» (ssk nr 6)

Kategori: Att bestämma sig för ett visst sinnestillstånd

Samtliga informanter berättade att de aktivt påverkade sitt eget sinnestillstånd genom att bestämma sig för ett visst förhållningssätt. På detta sätt upplevdes att empati kunde frammanas. Metoderna för detta varierade dock.

Visualisering

Alla utom en informant uppgav att de använde sig av visualisering, där de föreställde sig att det var de själva eller en närstående som var i patientens situation. Genom att tänka på detta sätt upplevde informanterna en känsla av empati för den svårbehandlade patienten.

«Jag försöker själv tänka mig in i att jag, eller min mor, skulle ha legat där.» (ssk nr 5)

«Jag brukar ibland tänka på att det skulle vara någon av mina egna nära... För att jag vill att de ska få god vård, där man jobbar med känsla.» (ssk nr 2)

Att aktivt skifta fokus

Samtliga informanter uppgav att de medvetet valde att bortse från negativ information om patienter, t ex i samband med överrapportering mellan arbetspass. Genom att undvika att påverkas av en negativ syn på patienten, menade informanterna, kunde empati lättare frammanas.

«Man får bestämma sig för att vara neutral. Det får man göra med vilje. För det är så otroligt mycket man gör omedvetet, och så otroligt mycket man känner omedvetet.» (ssk nr 4)

En av informanterna hade en speciell strategi gentemot patienter som hon upplevde som otrevliga, nämligen att medvetet bortse från vissa uttalanden.

«Nej, jag lyssnar inte på vissa saker som patienten säger som skulle störa mig, eller, jag hör ju vad patienten säger men jag lägger inte några värderingar i det och låter det bara rinna av mig. /.../ Det finns ju vissa patienter som är otrevliga som... då får de väl vara det.» (ssk nr 2)

«Jag försöker att inte lägga så mycket värderingar i hur mina patienter är här... för att det är inte lätt att vara sjuk» (ssk nr 2)

En av informanterna använde en annan typ av mental teknik, som hon själv kallade «fake it 'til you make it».

«Jag kan bestämma mig rent mentalt att fejka en empatisk känsla därför att kroppen har ju ingen... Kroppen fattar ju inte bättre. Så kan ju överlista kroppen med en mental inställning. Lite grann som om man är på dåligt humör, att man tvingar sig själv att le för efter ett tag så vet ju inte kroppen om att det är ett fejkat leende och sedan så lättar det upp.» (ssk nr 6)

Kategori: Självfokuserande strategier

Samtliga informanter gick på olika sätt tillbaka till sig själva för att finna empati i situationer där empatin inte uppstod spontant. Vissa informanter fokuserade sin egen roll i relationen med den svårbehandlade patienten medan andra informanter utgick från sin livsåskådning och livserfarenhet.

Att se sin egen del i patientrelationen

Flera informanter betonade sin egen relation i förhållande till en patient som de upplevde som svårbehandlad. För dessa informanter var självvrannsakan en strategi som frammanade empati i sådana situationer. Informanterna betonade också det egna ansvaret för självreflektion. Denna strategi handlade inte om att föreställa sig i patientens situation utan om att fokusera sin egen delaktighet i hur relationen med patienten utvecklades.

«Man får rannsaka sig själv lite, vad man lägger in för värderingar och hur det påverkar en.» (ssk nr 1)

«Man får lära känna sig själv. Man reagerar ju olika på olika patienter, och personer.» (ssk nr 3)

«Jag vet ju att det beror på mig, det beror inte på patienten, det är ju inte hans eller hennes fel.» (ssk nr 6)

Att påminna sig om sin roll som sjuksköterska

Samtliga informanter uppgav att deras val att bli sjuksköterskor baserades på ett intresse för människor och en vilja att hjälpa. De ansåg även att professionell empati utgör en del av att vara sjuksköterska. Genom att reflektera kring sin sjuksköterskeroll i mötet med svårbehandlade patienter kunde empati lättare frammanas.

«Först och främst får man tänka på att man alltid ska vara proffsig i den mån det går. Man får tänka på att man ska göra sitt jobb och varför man är här och varför patienterna är här.» (ssk nr 1)

«Patienten är mitt främsta intresse. Jag står ju närmare patienten än vad jag står mina kollegor och doktorerna egentligen. /.../ Det går inte att nog understryka hur viktigt det är att jag tar det här på allvar /.../ Att jag inte bara går dit och gör mitt jobb utan jag måste ju gå dit som medmänniska också.» (ssk nr 6)

Att använda sig av sin livsfilosofi

Samtliga informanter uttryckte en humanistisk människosyn och uppgav sig försöka arbeta utifrån detta. Några informanter menade att de aktivt använde sig av sin livsfilosofi för att frammana empati i förhållande till svårbehandlade patienter. Temat här var att olika erfarenheter i livet hade gett dessa informanter en stark känsla av ödmjukhet inför människan och livet i sig. Att påminna sig om denna ödmjukhet hjälpte informanterna att frammana empati gentemot svårbehandlade patienter.

«Jag tycker att den erfarenheten har gett mig större förståelse för oss som människor, och samhälle, och kultur, som formar oss... Och därför så kanske jag accepterar olikheter på ett annat sätt än vissa andra gör. /.../ Man insåg vad som var viktigt i livet. /.../ Alla är vi människor /.../ och det är inte lätt att vara människa. /.../ Jag försöker bara vara mig själv, och vara mänsklig i mötet med mina patienter.» (ssk nr 2)

En av informanterna utgick från ett mer filosofiskt synsätt.

«Slår vi ut det på ett makroplan så är det en organism det handlar om, och din smärta blir ju faktiskt min smärta.» (ssk nr 6)

Kategori: Indirekta faktorer

Samtliga informanter betonade att yttre förutsättningar inverkar på möjligheten att kunna frammana empati i förhållande till svårbesökta patienter i olika situationer.

«Yttre omständigheter kan få mig att inte sondera mig själv tillräckligt djupt /.../ för att /kunna/ sätta mig in i patientens situation och se hela patienten, och se vad det är förutom den fysiska åkomman som han har som han är här för. Jag behöver ju vara väldigt närvarande i mig för att jag ska få tillgång till det här, den informationen.» (ssk nr 6)

Samtliga informanter betonade att tidsbrist och stress påverkade denna förmåga på ett mycket negativt sätt. Några informanter talade om betydelsen av ledningens syn på prioriteringar och vad omvårdnad innebär. Informanterna menade också att god patienttrivsel ledde till ett mer positivt beteende hos patienterna. Informanter betonade värdet av att få möjlighet att utveckla den empatiska förmågan på olika sätt.

Diskussion

Det kan noteras att ansatsen som sådan (att beskriva sjuksköterskors medvetna strategier för att frammana empati) utgör ett uttryck för antagandet att empati kan frammanas och, följaktligen, att syftet kan besvaras positivt. Detta antagande låg också till grund för studiens strategi att inleda intervjuerna med den semantiska frågan för att i nästa steg ställa de empiriska frågorna. Den semantiska delen (vad empati betyder för den enskilda sjuksköterskan) kan antas ha aktiverat informantens *förståelse* av begreppet som därefter fick komma till uttryck i tankar och beskrivningar kring den empiriska delen (om hur empati har frammanats i kliniska situationer). Studien utgör således en empirisk undersökning av hur sjuksköterskor själva beskriver *frammanandet av empati* utifrån egen förståelse, reflektion och erfarenhet. Resultatet kan sägas förmedla en *bild* av sjuksköterskans tankar kring sina professionella erfarenheter med utgångspunkt i den egna förståelsen av begreppet *empati* och av hur empati kan frammanas.

Det är rimligt att förmoda att ovan redovisade kategorier och underkategorier inte utgör en fullständig förteckning över möjliga strategier för professionell empati som sjuksköterskor kan använda. Bl a använder en av författarna till denna studie själv en strategi som inte tagits upp av informanterna (som dock faller inom en identifierad huvudkategori). Sannolikt finns många fler strategier för att frammana empati.

Det är delvis en *retrospektiv studie* i bemärkelsen att informanterna har beskrivit förflutna händelser genom erinran och minnesteckning. I vilken utsträckning denna typ av beskrivning kan sägas motsvara det faktiska skeendet som utspelade sig i den förflutna situationen kan inte avgöras. Empiriska rön tyder på att människans minne (och tänkande) tenderar att 'tillrättalägga' erinringar och hågkomster för att på så sätt anpassa beskrivningen till aktuella krav och syften. Denna tillrättaläggning av hågkomster kan ske omedvetet hos personen som erinrar sig händelsen. Det finns således en logisk möjlighet att informanternas *beskrivningar* (av hur empati frammanades i en förfluten situation) inte motsvarar det verkliga förloppet, så som det utspelades i den förflutna situationen. (Denna begränsning omfattar naturligtvis alla studier som bygger på människors erinringar av förflutna händelser.) Huruvida en diskrepans mellan beskrivning och förfluten situation föreligger kan inte tas upp i denna text. Problemet diskuteras inom medvetandets filosofi [18, 19]. Det väsentliga i sammanhanget är inte huruvida beskrivningarna korresponderar med det verkliga händelseförloppet i det förflutna utan att beskrivningarna ger uttryck för informanternas förståelse och förklaring av hur empati frammanades utifrån sin egen erfarenhet.

Det finns alltid en risk att dataanalysen i någon mån präglas av författarnas förståelse. Författarna försökte minimera denna risk genom att fortlöpande diskutera kategorierna och på så sätt ständigt pröva och avstämma tolkningsprocessen. En fråga som kontinuerligt beaktades, t ex, var om författarna 'tolkade in' medvetna strategier där informanten i själva verket hade beskrivit något som 'bara sker' och som inte hade beskrivits som en medveten strategi från sjuksköter-

skans sida. Dock, under förutsättning att dataanalysen är korrekt och giltig, kan resultatet sägas tematisera sjuksköterskors förståelse och förklaring av strategier för att medvetet frammana empati vid omvårdnaden av svårbesökta patienter.

Kategoriseringen är naturligtvis inte absolut. Flera strategier skulle kunna ingå i fler kategorier. Till exempel, strategin *visualisering* (som ingår i huvudkategorin *att bestämma sig för ett sinnestillstånd*) skulle även kunna ingå i huvudkategorin *självfokuserande strategier*, ty, att visualisera sig själv (eller en närstående) kan beskrivas som en form av *självfokusering* eftersom informanten utgår från sig själv i denna visualisering. Huruvida en klassificering kan upprättas där en strategi endast ingår i en kategori utan att samtidigt förekomma i flera kategorier är osäkert. Kategoriseringen antas dock motsvara en adekvat kodifiering av datamaterialet.

I den teoretiska studien av Kelly et al [3], som lästes av författarna efter det att analysen och kategoriseringen var avslutad, beskrivs sex 'praktiska metoder för att förstärka den empatiska erfarenheten'. I korthet är dessa: Att använda kunskapsinformerad fantasi, att visualisera, att härma, att kontextualisera patienten, att finna gemensamma basala känslor och att simulera olika situationer i tanken. Kategoriseringen av informanternas strategier i föreliggande studie innefattade inte 'att härma' eller 'att finna gemensamma basala känslor', åtminstone i de explicita beskrivningarna. Dock, informanternas strategier (som redovisas i föreliggande studie) stämmer väl överens med fyra av de sex tekniker som Kelly et al förordar.

Baillie [10], som genomförde en fenomenologisk studie av sjuksköterskors förståelse av empati, menar att förmågan att känna empati påverkas av det komplexa förhållandet mellan sjuksköterskan, patienten, och miljön. Det kan anmärkas att informanternas strategier som beskrivs i denna studie omfattar samtliga dessa tre områden. Denna överensstämmelse är i sig inte särskilt överraskande eftersom, precis som Kelly et al påpekar, flera olika 'tekniker' kan mycket väl användas samtidigt av en och samma person för att frammana empati. Denna intressanta kontext kräver noggrannare analys för att kunna relateras till filosofiska och empiriska diskussioner kring empatins problem. Det kan noteras att utförligare diskussion behövs för att klargöra hur begreppen 'strategi', 'teknik' och 'metod' förhåller sig till användningen av empati. Dessutom framstår också att skillnaden, om någon, mellan 'naturlig' och 'professionell' empati behöver ytterligare analys och bearbetning.

Det är också signifikant att fem av sex informanter beskrev hur de medvetet kunde påverka sin mentala inställning för att uppnå ett empatiskt sinnestillstånd i mötet med svårbesökta patienter (huvudkategori: att bestämma sig för ett visst sinnestillstånd). En liknande strategi återfinns i en studie av Lundberg och Boonprasabhai som undersökte thailändska sjuksköterskestudenters syn på omvårdnad [22]. Lundberg och Boonprasabhai fann att de studenter som betraktade patienten som en närstående automatiskt upplevde ökad empati och en vilja att ta hand om patienten. Lundberg och Boonprasabhai anser att denna strategi är sprungen ur den traditionella thailändska synen på omsorg. Denna slutsats är intressant men kan diskuteras eftersom samma strategi återkommer i denna studie trots att samtliga informanter har svensk etnicitet. Det faktum att resultatet i denna studie pekar i samma riktning antyder att förmågan och viljan till empati möjligen ligger på ett djupare plan än det kulturbundna.

Avslutningsvis kan anmärkas att resultatet antyder vikten av att arbeta med olika sorters kunskap i samband med frammanandet av empati. Genom att använda fakta, fantasi, erfarenhet och logiskt tänkande, kan sjuksköterskan aktivera empati medvetet hos sig själv för att på så sätt ge svårbesökta patienter bättre omvårdnad. Vad som också tycks vara ovedersägligt är just reflektionens betydelse för den kliniska verksamheten. Att kunna reflektera över sig själv och sin egen relation till den svårbesökta patienten utgör primära verktyg som kan hjälpa sjuksköterskan höja kvaliteten på sitt omvårdnadsarbete.

Ämnet *empati* är således intressant för omvårdnadsfältet på såväl praktisk som teoretisk nivå. Dels skapas konkreta möjligheter för att utveckla sjuksköterskors bemötande och omvårdnadspraktiken i allmänhet. Dels skapas också möjligheter för större utväxling med andra discipliner inom empatiforskningen. Omvårdnadsperspektivet kan

tillföra vissa unika element kring mänsklig interaktion som annars förblir obeaktade [26]. På sikt strävar all omvårdnadsforskning till att utveckla kunskap som kan stärka sjuksköterskans verksamhet och därigenom bidra till det sanna, det goda och det sköna, i Katie Erikssons mening.

Godkjent for publisering 2.06.2014

Korrespondens: Kyriakos Theodoridis, universitetslektor, Malmö högskola, Fakulteten för hälsa och samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, SE – 205 06 Malmö: kyriakos.theodoridis@mah.se

Ida Berhin, leg. sjuksk., Skånes universitetssjukhus, Njur- och transplantationskliniken, Dialysmottagningen, SE – 205 02 Malmö: ida@berhin.se

My Lundberg, leg. sjuksk. Skånes Universitetssjukhus, Kirurgiska kliniken, Avd. 7 SE – 205 02 Malmö: mylundgren@spray.se

REFERENSER

1. Bramley L, Matiti M. How does it really feel to be in my shoes? Patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 2014 Jan 31. doi: 10.1111/jocn.12537. Epub ahead of print.
2. Cunico L, Sartori R, Marognoli O, Meneghini AM. Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 2012, July 21, 2016–2025, doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04105.x.
3. Kelly K J, Lepo A W, Frinzi C. Empathy and nursing education from mirror neurons to the experience of empathy: 21st century nursing education. *International Journal for Human Caring*, 2011, 15(4).
4. Brunero S, Lamont S, Coates M. A review of empathy education in nursing. *Nursing Inquiry* 2010, 17(1): 64-73.
5. Morse JM, Bottorff J, Anderson G, O'Brien B, Solberg S. Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 2006, 53 (1), 75-90.
6. Batt-Rawden S A, Chisholm M S, Anton B, Flickinger T E. Teaching empathy to medical students: an updated systematic review. *Academic Medicine*, 88(8), August 2013.
7. Vanlaere L, Coucke T, Gastmans C. Experiential learning of empathy in a care-ethics lab. *Nursing Ethics*, 2010, 17(3), 325-336.
8. Yu J, Kirk M. Evaluation of empathy measurement tools in nursing: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 2009, 65(9), 1790-1806.
9. Yu J, Kirk M. Measurement of empathy in nursing research: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 2008, 64(5), 440–454.
10. Baillie L. A phenomenological study of the nature of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 1996, 24, 1300-1308.
11. Holm U. *Empati – att förstå andra människors känslor*. 2001. Stockholm: Natur & Kultur
12. Holm U. *Det räcker inte att vara snäll: Om empati och professionellt förhållningssätt inom människovårdande yrken*. 2009. Stockholm: Natur & Kultur
13. Johansson M. *Empatisk förståelse. Från inlevelse till osjälviskhet*. 2004. Lund: Lunds universitet.
14. Kunyk, D & Olson, J K (2001) Clarification of conceptualization of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 317-325.
15. Shanton K, Goldman A. *Simulation theory*. WIREs Cognitive Science, 2010.
16. Englander M. Empathy training from a phenomenological perspective. *Journal of Phenomenological Psychology*, 2014, 1(45), forthcoming.
17. Englander M. Evaluating the phenomenological approach to empathy training. *Journal of Humanistic Psychology*, 20(10), 1-20.
18. Zahavi D. Empathy, embodiment and interpersonal understanding: From Lipps to Schutz. *Inquiry*, June 2010, 53(3), 285-306.
19. Overgaard S. The problem of other minds: Wittgenstein's phenomenological perspective. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 2006, 5: 53-73.
20. Duxbury J. *Difficult patients*. 2000. Oxford: Butterworth-Heinemann
21. Leppänen V. *Vårdtagaren som arbetsmiljöproblem? Kategorisering och hantering av besvärliga vårdtagare inom den öppna hemtjänsten*. 2005. Malmö: Arbetslivsinstitutet Syd
22. Lundberg PC, Boonprasabhai K. Meanings of good nursing care among Thai female last-year undergraduate nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 34 (1), 35-42
23. Määttä SM. Closeness and distance in the nurse-patient relation. The relevance of Edith Stein's concept of empathy. *Nursing Philosophy*, 2006, 7, 3-10
24. Lazarus RS. Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 1993, 55, 234-247.
25. Burnard P. A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 1991, 11, 461-466
26. Theodoridis, K. Omvårdnad som filosofisk aktivitet. *Vård i Norden*, 2/2013, Publ.108 Vol. 33 PP 11-15.

ⁱ Yu & Kirk [8] anför en fjärde dimension, den moraliska, men den diskuteras sällan i litteraturen. Huruvida denna dimension förtjänar särskild rubricering lämnas osagt.