



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

*Akademien för hälsa, vård och välfärd*  
*Avdelningen för psykologi*

# Patienters upplevelser av empati hos läkare i läkar-patientmötet

## Intervjuer med bröstcancerpatienter

Isabelle Ahlm och Roa Mansor

Kandidatuppsats i psykologi, VT 2016  
Kurskod: SPS126  
Handledare: Cornelia Wulff Hamrin  
Examinator: Magnus Elfström

## Patienters upplevelser av empati hos läkare i läkar-patientmötet Intervjuer med bröstcancerpatienter

Isabelle Ahlm och Roa Mansor

Studien handlade om bröstcancerpatienters upplevelser av empati hos läkare i läkar-patientmötet. Fokus låg på att undersöka i hur stor utsträckning läkarens empatiska förmåga bidrar till upplevelsen av god vård. Metoden var av kvalitativ ansats där semistrukturerade intervjuer utfördes med 12 bröstcancerdrabbade kvinnor. Resultatet gav kategorier tillhörande studiens tre frågeställningar. Frågeställningen om vad som utgör en empatisk läkare belystes av kategorierna (1) sätta sig in i den andres situation, (2) både känsla och handling, (3) kunskap, (4) informativ och (5) god lyssnare. Frågeställningen om icke-empatisk läkare belystes av kategorierna (1) dålig information, (2) opersonlig och (3) dålig förmåga att skapa god behandlingsallians. Frågeställningen om god vård belystes av (1) kontinuitet hos läkare, (2) bli sedd som individ och (3) mer tid hos läkare. I fall av brist på empati upplevde patienterna mindre grad av tillfredsställelse. God vård och empati är beroende av varandra, den ena kan inte existera utan den andre.

*Keywords:* empathy, breast cancer, care, doctor, patient

### Inledning

Empati härstammar från grekiskans *empathia*, vilket betyder att kunna känna någon annans känsla. Denna uppsats fokuserar på empati inom vården (klinisk empati). Empatibegreppet är någonting som har använts i århundrade men trots det råder det ingen konsensus kring definitionen då det finns ett flertal olika begreppsförklaringar. Den forskning som drar mest uppmärksamhet på empatiområdet i dagsläge är arbetet med att identifiera de neurologiska aspekterna av empati. För att i sin tur kunna presentera ytterligare framsteg behövs det mer forskning på förbindelsen mellan empatisk känsla, empatisk förståelse och klinisk empati. Det som mer djupgående behövs identifieras är inte en statistisk korrelation eller en relation mellan dessa komponenter utan ett sätt att tala om dem som beståndsdelar av samma sak (Eklund, 2013a). Enligt Eklund (2013a; 2013b) är empati en form av förståelse och ett sätt att samla information om en annan människa. Det har ingenting att göra med om man gillar eller bryr sig om personen i fråga. Eklund (2013 a; 2013b) beskriver att den som har empati känner den andres känslor, förstår den andre, bryr sig om den andre, känner igen sig men, blandar inte ihop vem som är vem. Uhas, Camacho, Feldman och Balkrishnan, (2008) har beskrivit att, empati är förmågan att kunna ha förståelse för en annan människas känslor. Ytterligare en beskrivning är att det är en förhöjd känslighet till en annan individs emotionella status som resulterar i en emotionell respons och känslor av sympati (Silvester, Patterson, Koczwara & Ferguson, 2007).

En studie av Zaki (2014) rapporterade att det finns tre faktorer som motiverar människor till att undvika att känna empati, dessa var sorg, materiella kostnader och konkurrens. Zaki (2014) förklarade i sin studie att (1) sorg får en att må dåligt och därför påverkar det till att människor inte vill känna empati. (2) att känna empati kan producera materiella kostnader såsom att vilja hjälpa till via donationer och kan därför påverka till att inte vilja känna empati. (3) att känna empati kan vara skadligt i tävlingar då det kan leda till att man inte fokuserar nog på att vinna

vilket gör att man inte vill känna empati för ens motståndare. Samma studie hittade också tre faktorer som motiverar människor till att närma sig empati, dessa var i sin tur positiv effekt, tillhörighet och önskvärdhet. Med faktor (1) positiv effekt menar Zaki (2014) att dela människors positiva händelser i livet uppmanar folk till att känna empati. Med faktor (2) tillhörighet, menas det att även då det kan vara plågsamt och jobbigt att känna empati så motiveras människor ändå till det om det tillåter dem att få en känsla av tillhörighet. Den (3):e var önskvärdhet, vilket innebär att även då empatin inte alltid förmedlar ”bra känslor” eller möjligheten att knyta an till andra kan individer motiveras till att känna empati ändå eftersom empati stärker den egna självbilden. Detta eftersom att empati ses som en positiv egenskap att inneha (Zaki, 2014).

Under senare år har man belyst och uppmärksammat att empati och dess betydelse inom vården är både en viktig och en central del. På grund av detta är det förvånansvärt att det finns så pass lite forskning kring sambandet mellan klinisk empati och själva patientmötet (Lelorain, Bre´dart, Dolbeault & Sultan, 2012). Stor del av tidigare empatiforskning har fokuserat på den personen som känner empati gentemot någon annan, och inte på personen som man känner för (Håkansson & Montgomery, 2003).

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen som drabbar kvinnor i Sverige. År 2013 rapporterades 7816 kvinnor ha fått diagnosen och sjukdomen ökar med 1,4 % årligen, under de senaste 20 åren (Cancerfondsrapporten, 2015).

### *Klinisk empati*

Det finns en skillnad mellan den allmänna förklaringen av begreppet empati och den medicinska tillämpningen av det. När det gäller empati i medicinsk vård inkluderas både en förmåga att ha både perspektiv och kommunikationsförmåga för att förmedla denna förståelse på ett medkännande sätt enligt Lelorain et al, (2012). Precis som i det allmänna empatibegreppet finns det ett flertal olika definitioner även inom det kliniska perspektivet. Spiro (2009) menar att empati är den spontana känslan av identifikation med någon som lider. Det är en behaglig känsla som uppkommer via interaktion med patienter. Lelorain et al, (2012) definierar den kliniska empatin som en läkares kognitiva förmåga att på rätt sätt kunna förstå patientens behov och oro över sin situation. I den medicinska tillämpningen av empati definieras empati utav ett huvudsakligen kognitivt, (inte emotionell), attribut som involverar en förståelse (inte känsla) av erfarenhet kombinerat med en kapacitet att ha en stark förmåga att kommunicera med sina patienter ”Empathy is increasingly understood to be fundamental to effective patient care” (West, 2012, s.243) [Empati är en fundamental aspekt av en effektiv patientvård, fritt översatt].

Enligt Uhas et al. (2008) är sättet man mäter den kliniska empatin på begränsad, det finns endast ett fåtal skalor som har konstruerats. Några av dessa skalor är Interpersonal Reactivity Index (IRI), the Empathy scale och the Emotional Empathy Scale. Ett frekvent använt frågeformulär är just Interpersonal Reactivity Scale, mer nämnt som IRI. IRI bedömer självrapporterade drag kring interpersonell reaktivitet som i sin tur är baserad på fyra delskalor som har konstruerats ur en multidimensionell syn på empati. Dessa delskalor är, perspektivtagande (PT), vilket beskriver tendensen människor har att spontant anta den andra individens psykologiska synpunkt, fantasi (FS), vilket redogör för människors tendenser att införliva sig fantasifullt i känslor och handlingar av fiktiva karaktärer, empatisk oro (EC), som handlar om att täcka känslor för andra, såsom sympati och oro för deras välbefinnande. Slutligen, personligt lidande som avser att mäta "självorienterade" känslor av ångest, obehag och ångest till följd av spända mellanmännsliga situationer (Koller & Lamm, 2015).

En slutsats enligt Fernández-Olano, Montoya-Fernández och Salinas-Sánchez, (2008) är att empati är något som går att träna upp och att det således borde läggas mer tid på att utbilda och träna upp den empatiska förmågan hos framtida läkarstudenter då det idag är mer omdiskuterat

än tidigare, men fortfarande läggs för lite fokus på. En patients behov utav en empatisk läkare kommer alltid att vara viktigt och läkarstudenter borde besitta de rätta färdigheterna för att både kunna förstå patienten och förmedla rätt kunskap till hen (Ogle, Buschnell & Caputi, 2013). Många har ställt sig frågan om empati är något som kan läras ut eller inte. Mycket forskning har påbörjats för att förbättra den befintliga empatiutbildning som finns inom de olika läkarutbildningarna. Frankl, (1995) fann att yngre och nyutbildade läkare upplevs vara mer empatiska i relationen med patienterna än vad de äldre, mer erfarna läkarna upplevdes vara. Tidigare forskning visar på att bristen på empati hos en läkare i ett patientmöte är associerat med ett icke tillfredställande hos patienten (Frankl, 1995). Empati är ett fenomen som borde gå hand i hand med vård och omsorg, men tidigare forskning har visat på en brist på konsistens när det gäller definitioner av klinisk empati och hur man bäst förmedlar empatiska förmågor gentemot sina patienter. På grund av detta är patienternas omdömen av deras läkare väldigt viktigt för fortsatt förbättring inom vården (Uhas et al, 2008).

### *Patientmötet*

Det finns en studie som visar att det första mötet mellan patient och läkare är viktig. Den antyder att läkarens klädsel är en viktig del av det första intrycket som patienten kommer att få av sin läkare. Klädseln är också en symbol för igenkänning, professionalism och tillit. Forskning visar att ett gott första intryck inte bara är viktigt för att bilda förtroende och självförtroende i patientmötet, utan också för empatins utveckling inom patientmötet mellan läkare och patient (Shung et al, 2012).

Tidigare forskning visar på att patienter är mer nöjda med de läkare som kan förutspå förekomsten av deras känslor. Samma forskning fann också att kunna förstå sig på patientens behov och möta dessa behov också är viktigt för att uppleva sin läkare som empatisk (Lelorain, et al, 2015). Enligt Parkin, Looy och Farrand, (2014) har man funnit att patienter upplever att de är mer nöjda över sin vård om läkaren påvisar en hög grad av empati medan Ekman och Halpern (2015) fann att empatiska läkare har en tendens att ge patienter en mer effektiv och human behandling, samt att patienterna då upplever att det är lättare att få ett förtroende för sin läkare. Tidigare forskning av Lelorain et al, (2012) visade på att patienterna också upplever en mindre grad av psykisk påfrestning, samt ett bättre psykiskt välmående vid vård av mer empatiska läkare. Detta stödjer också slutsatsen att högre grad av empati i patientmötet ökar patientens tillfredställande, samt att forskning visar att bristen på empati i sin tur leder till att patienterna kan uppleva missnöje.

Utmaningen att förstå en annan person och vad som krävs för att verkligen känna sig förstådd av en annan människa, är navet i vår sociala existens. Genom att öva på att förstå oss på andra kan man komma över den naturliga tendensen vi har att automatiskt alltid utgå ifrån vår egen synvinkel. Det går att öva på våra empatiska förmågor genom att utföra rollspel där man går ur sig själv och sätter sig in i en annan persons situation. Detta förutsätter empatiska förmågor (Yaniv, 2012). Enligt Klitzman (2006) ansåg många av deltagarna i denna forskning att en förbättring skulle kunna ske om man tog ut läkarna ur sina yrkesroller och placerade dem i patientrollen. Detta för att de också skulle kunna få uppleva känslan av maktlöshet, skam och besvärligheter man som patient kan erfara. De som inte höll med om detta ansåg i sin tur att empati endast kan öka vid eget insjuknande, att man då får en annan förståelse för det.

En studie har gjorts för att generera empiriska tips till läkare och patienter på hur medicinska konsultationer kan bli mer framgångsrika ur ett patientperspektiv. Resultatet visade att patienter borde bli mer bestämda när det gäller deras egen vård och deras behov, medan läkare bör bli bättre på att delge information om allt som berör patienterna (Bensing et al, 2011). Silvester et.al (2007) påpekade i en av sina studier, att inom ett patientmöte ligger det huvudsakliga intresset på hur empati kan kommuniceras och inte på läkarens inre empati. Ett anmärkningsvärt

fynd gjordes där man fann att patienterna upplevde läkarna som mer empatiska om de frågade mindre och istället gav mer svar när de skulle förmedla dåliga besked.

### *Bröstcancer och psykosociala faktorer*

Bröstcancer är en av de vanligaste cancerformerna. Majoriteten av kvinnorna som diagnostiseras med bröstcancer, mer specifikt mellan 53 % till 84 %, klarar sig rent psykologiskt bra. Det har rapporterats att kvinnorna får en förnyad kraft för livet och bildar starkare relationer. Dessa kvinnor är också mer benägna att förbättra nära relationer och utveckla en förbättrad empati gentemot andra, samt större uppskattning av hälsa, livet och likaså en förändring av personliga livsprioriteringar. Dock har negativa psykosociala konsekvenser också framställts. De psykologiska och känslomässiga konsekvenserna av bröstcancer är många. Exempelvis kan kvinnor uppleva depression 12-24 månader efter en diagnos. Dessutom rapporterar kvinnor måttliga stress och anpassningsproblem där yngre kvinnor är mer benägna att uppleva traumatiska stresssymptom. Nästan två år efter en bröstcancerdiagnos fortsätter de kvinnor som inte rapporterat klara sig psykologiskt bra, uppleva höga nivåer av psykiskt lidande (Coroiu, Körner, Burke, Meterissian & Sabiston, 2015; Wade & Lee; 2005,).

När det berör problematiken kring bröstcancer finns det flera olika problemområden. I en annan studie som berörde ett av problemområdena fann man att patienter som lider av denna sjukdom upplever att problem med kommunikationen och att brist på empati inom patientmötet ger upphov till lika mycket lidande som själva sjukdomen själv. Det vill säga att patienterna upplever att bristen på information om deras situation, samt läkarens icke empatiska natur är lika jobbig som själva sjukdomen (Kuzari, Biderman & Cwikel, 2013). Läkare tenderade att ha en sämre kommunikation med patienter som led av cancer, vilket gör att dessa patienter inte får den hjälp de behöver för att förstå behandlingsalternativen. Därför är det åter igen viktigt att träna upp läkarstudenters empatiska förmågor, för att patientmötet ska bli så bra som möjligt för patienten (Wright, Holcombe & Salmon, 2004).

Det är inte enbart läkarens egenskaper som påverkar upplevelsen av empati utan också läkarens förmåga att kunna inkludera patienten i själva processen. På senare tid har forskning inom cancervård visat att det är viktigt att patienten inkluderas i beslutsprocessen kring hens vård för att patienten ska kunna uppleva läkaren som mer empatisk (Siminoff & Step, 2005; Parkin et al, 2014). En patients perception av läkarens empati är därför en viktig faktor för cancerpatienter och är starkt associerat med goda utfall såsom en bättre livskvalité och följsamhet till behandling. Att ha en empatisk läkare är särskilt viktigt för patienter som lider av komplexa sjukdomar och forskning visar på att individer med långvariga problem, såsom cancerpatienter, gynnas utav att ha en god relation till sin läkare (Roberts, 2004).

En bröstcancerdiagnos kan, som tidigare nämnts, leda till en försämring i flera områden av det psykosociala välbefinnandet, vilket inkluderar både fysisk, social och emotionell funktion. I en studie av Beatty, Oxland, Koczwara och Wade, (2008) diskuterades ett bredare utbud av psykosociala problem och vilka olika behov som kan finnas. Man fann fem huvudsakliga problemområden under studiens gång och dessa var: Hur man hanterar sina biverkningar till följd av sjukdomen, hur man hanterar eventuell förändring i självuppfattningen, hantering av stress och förändringar, hantering av ohjälpsamma livsställningar, förväntningar och känslor, samt problem med hantering av överlevnad och tillväxt. Man fann hög konsensus i dessa olika problem och behov. Denna forskning har fokuserat på just den akuta överlevnadsfasen, den fas som kan ses som den mest påfrestande fasen för kvinnor som insjuknat i bröstcancer. Denna fas kan i sin tur leda till både kort- och långsiktiga psykosociala försämringar. För att i framtiden kunna förbättra de psykosociala konsekvenserna för kvinnor som tagit sig till den första överlevnadsfasen av bröstcancer, har forskning nyligen börjat fokusera på ta itu och identifiera de rapporterade problemområdena för att se vilka behov som finns. Enblom et al, (2011) utförde en studie där syftet var att titta på de psykosociala faktorerna utav illamående till följd av

cellgiftsbehandlingen. Bröstcancerpatienterna delades in i två grupper, där grupp (1) fick ta emot standardbehandling (cellgifter) och grupp (2) behandlades med standardbehandling samt akupunktur. Grupp (2) delades vidare in i två mindre grupper där den ena fick riktig akupunktur och den andra gruppen fick placebobehandling av akupunktur. Man ville se vilken av grupperna som påvisade reducerade nivåer av illamående, om det berodde på vilken form av behandling som tillgavs. Resultatet visade att faktorer som att få extra behandling (akupunkturgruppen) och/eller förväntningar av positiva behandlingseffekter (placebogruppen) av patienterna reducerar illamående och kräkningar. I extragruppen ingick tid hos sjukgymnasten, för patienten, under hela cellgiftsbehandlingen, extra tid för vila, avkoppling, avslappningsövningar och omsorg, samt att patienterna fick extra uppmärksamhet gällande symptomen, genom hela processen. Grupp (2) rapporterade högre livskvalité än grupp (1), lägre grad av illamående, samt att gruppen påvisade högre grad av välbefinnande. Annat resultat av studien var att psykisk ohälsa är en prediktor för höga grader av illamående och att avslappnings- och kroppskontaktsbehandlingar så som massage kan minska illamåndet hos cancerpatienter.

Intresset för just de psykosociala faktorerna vid cancer har ökat med tiden och tidigare forskning indikerar ett samband mellan psykosociala variabler och bröstcancer. Ett exempel på en väsentlig psykosocial faktor är socialt stöd. Empati kan i sin tur ses som en typ av socialt stöd, då empati kan hjälpa individer till ett förbättrat välmående. En studie av Lekander, Furst, Rotstein, Blomgren & Fredrikson, (1996) tar upp vikten av att ha ett socialt stöd vid bröstcancerdiagnoser. I studien tas det upp att socialt stöd är någonting som förbättrar både psykisk och fysisk stress, samt att det sociala stödet snabbar på återhämtningsprocessen hos bröstcancerpatienterna. Studien betonar vikten av nära relationer, speciellt för människor som har en livshotande sjukdom. En annan studie ville undersöka om det fanns något samband mellan bröstcancerpatienter och anknytningsteorin. Resultat visade att kvinnor med bröstcancer tenderar, mer än de friska kvinnorna, att utveckla en mindre emotionell kontroll och ett undvikande beteende i relation till anknytning till andra. Det är troligt att traumat av att få en bröstcancerdiagnos och behandling skapar en copingmekanism, det vill säga förmågan att bemästra den psykosociala pressen, i form av ett undvikande beteende. Beteendemässigt och kognitivt undvikande har visat sig vara associerade till ett känslomässigt lidande hos bröstcancerpatienter (Tacón, Caldera & Bell, 2001).

### *Syfte och frågeställningar*

Empati är ett fenomen som berör alla individer, mer eller mindre och på olika plan. I denna studie är fokus på patienters upplevelse av läkarens empati i patientmötet, eftersom att empati är en väsentlig del inom vården. Det är ett omtalat ämne som har fått en hel del kritik under senare tid. Syftet med denna studie är att se i hur stor utsträckning läkarens empatiska förmåga kan bidra till upplevelsen av god vård. Förhoppningsvis kan denna studie bidra till nya kunskaper om vikten av en läkares empati vid behandling av bröstcancer. Frågeställningarna är ” Vad utgör en empatisk läkare i mötet med bröstcancerpatienter?”, ”Vad utgör en icke empatisk läkare i mötet med bröstcancerpatienter?” och ”Vad utgör god vård?”

## Metod

### *Deltagare*

Till studien utfördes intervjuer med 12 stycken kvinnor i åldrarna 30 och uppåt, från olika delar av landet. Kvinnorna hade olika etniska bakgrunder samt olika yrkesområden. Exempel på

yrkesområden var vårdarbetare, egna företagare och pensionärer. Kvinnornas sjukdomstillstånd vid insjuknande och tillfrisknande var varierande, vilken grad av cancer de haft samt hur länge de har varit behandlingsfria. Deltagarna som valdes ut har någon gång under de senaste åren behandlats för bröstcancer och har varit behandlingsfria minst ett år. Urvalet av deltagarna var ett tillgänglighetsurval inom målgruppen bröstcancerpatienter. På grund av få återkomliga deltagare till studien blev det svårt att utföra ett handplockat urval. Studien gav inga bortfall och ingen ersättning för deltagarnas medverkan.

### *Material*

Som material användes Iphone och Ipad för att spela in de semistrukturerade intervjuerna, samt en dator för att Skypa med. Alla intervjuer spelades in för att sedan kunna transkriberas. Som underlag inför intervjuerna konstruerade forskarna en intervjuguide utifrån studiens syfte och frågeställningar. Intervjuguiden innehöll ca 20 frågor och vid behov ställdes följdfrågor till deltagarna. Frågorna som ställdes under intervjun var både öppna och slutna för att få en variation och ett så bra resultat som möjligt. Första delen av intervjuguiden berörde allmänna frågor om empati och upplevelser av empati i patientmötet ” Kan du beskriva en situation där du har upplevt empati i ditt möte med en läkare?” Andra delen behandlade fyra komponenter inom allmän empati som tidigare forskning har presenterat ” Upplever du att din läkare bör kunna ”känna med dig för att anses vara empatisk?” Den sista delen gällde gott bemötande och upplevelse av god vård ” Vad är god vård enligt dig?” Intervjuguiden bifogas i en bilaga.

### *Procedur*

Information om studien gavs via ett missivbrev som skickades till bröstcancerföreningar i hela landet. I brevet fanns information om vad studien skulle gå ut på, de etiska principerna, kraven för deltagande och kontaktuppgifter vid intresse av medverkande. De etiska principerna behandlar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet uppfylldes genom grundläggande information om studien via missivbrevet. Samtycke gavs via mejl där de anmälde intresse för deltagande för studien. Konfidentialitetskravet fullgjordes genom att tydligt informera deltagarna om deras anonymitet och att materialet kommer att behandlas på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av det. Nyttjandekravet tillgodoses då insamlad data endast kommer att kunna användas i forskningssyfte, vilket deltagarna informerades om (Vetenskapsrådet, 2011). Intervjuerna var ca 30 minuter långa och inleddes med ytterligare en genomgång av de etiska principerna. Fokus lades på att betona deras rätt att lämna studien om så skulle önskas samt information kring deras anonymitet. Intervjuerna avslutades med att erbjuda deltagarna tillgång till den färdiga studien.

### *Databearbetning*

Ansatsen till studien är en kombination av induktion och deduktion, men till största del induktiv. Det deduktiva inslaget kom till när forskarna till sin studie arbetade och utgick ifrån Eklunds komponenter om empati. Som underlag till intervjuguiden användes därför tidigare forskning på empati och dess komponenter (Eklund, 2013 a; 2013b). Dessa fyra komponenter var (1) känner den andres känslor, (2) förstå den andre, (3) bry sig om den andre, (4) känna igen sig men inte blanda ihop vem som är vem. Bearbetningen av datainsamlingen skedde genom

transkribering och meningskoncentrering. Transkriberingen skedde genom att spela upp intervjuerna för att sedan skriva ner det i text för att på så sätt kunna gå vidare till nästa steg, som var meningskoncentrering. Intervjuerna transkriberades inte ordagrant utan en stor del av oväsentlig information sållades bort under transkriberingens gång. Transkriberingarna blev totalt 34 A4-sidor. Meningskoncentreringen gick ut på att banta ner texten från transkriberingen till en mer komprimerad text med endast relevant information från intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2014). Fortsättningsvis framställdes listor i fem olika steg utifrån meningskoncentreringarna. I steg ett listades alla frågor från intervjuguiden upp, samt svaren på dessa frågor utifrån alla meningskoncentreringar. I steg två togs varje upprepning på varje fråga bort. I steg tre bakades liknande svar ihop till ett gemensamt begrepp. I steg fyra undersöktes styrkan på de begreppen som fanns kvar under varje frågeställning. Detta gjordes genom att återigen gå igenom meningskoncentreringarna för att se hur många deltagare som använt sig av de begreppen som listan innehöll. I sista steget reducerades listan ner till ett fåtal olika kategorier tillhörande varje frågeställning. Dessa kategorier var de som hade starkast styrka, alltså de begreppen som blev mest benämnda. Utifrån datainsamlingen och databearbetningen som gjordes hittades ett antal starka kategorier inom respektive frågeställning. Frågeställningarna var "Vad utgör en empatisk läkare i möte mötet med bröstcancerpatienter?" "Vad utgör en icke empatisk läkare i mötet med bröstcancerpatienter?" och "Vad utgör god vård?" Frågeställning ett inkluderade (1) sätta sig in den andres situation, (2) både känsla och handling, (3) kunskap, (4) informativ och (5) god lyssnare. Frågeställning två inkluderade (1) dålig information, (2) opersonlig, (3) dålig förmåga att skapa god behandlingsallians. Frågeställning tre innefattade i sin tur (1) kontinuitet hos läkare, (2) bli sedd som individ och (3) mer tid hos läkare. Listan som konstruerades utgjorde tre frågeställningar med tillhörande kategorier. Studiens bifynd presenteras nedan i form av procentsatser, dessa bifynd har framkommit genom att studien funnit samband i deltagarna svar. Procentsatserna är uträknade genom att forskarna har tittat på antal likadana svar i relation till antal deltagare i studien.

## Resultat

Under denna del presenteras resultatet av intervjuerna där det framkom kategorier tillhörande de tre frågeställningarna. Detta presenteras i tabellen (Tabell 1) och texten nedan. Allt material tillhörande resultatet har framkommit under dessa intervjuer, vilket presenteras med citat för att lyfta och stärka resultatet. I slutet av resultatdelen presenteras studiens bifynd.



*Tabell 1*

Tabell över komponenter på empati, icke empati och god vård.

<i>Kategorier</i>	<i>Frågeställning</i>
Sätta sig in i den andres situation Både känsla och handling Kunskap Informativ God lyssnare	Vad utgör en empatisk läkare i mötet med bröstcancerpatienter?
Dålig information Opersonlig Dålig förmåga att skapa god behandlingsallians	Vad utgör en icke empatisk läkare i mötet med bröstcancerpatienter?
Kontinuitet hos läkare Bli sedd som individ Mer tid hos läkare	Vad utgör god vård?

*Frågeställning 1- Vad utgör en empatisk läkare i mötet med bröstcancerpatienter?*

Under detta avsnitt bearbetas deltagarnas upplevelser av vad som utgör en empatisk läkare i mötet med bröstcancerpatienter. Frågeställningen presenterar fem olika kategorier.

*Kategori 1- Sätta sig in i den andres situation.* Den första var att kunna sätta sig in i den andres situation. Intervjupersonerna menade på att om läkaren kan stiga ur sin professionella läkarroll och försöka gå in i patientrollen leder det till en upplevelse av empatisk förmåga hos läkaren. ”Empati är att försöka sätta sig in i den andra människans situation här och nu”.

*Kategori 2- Både känsla och handling.* Deltagarna i studien betonade även att, för att kunna upplevas som empatisk bör läkaren visa omsorg genom både känsla och handling. De lyfte samtidigt upp att känsla och handling måste samspela för att kunna uppnå känslan av empati. ”Jag kunde känna empati från honom i både ord och handling”.

*Kategori 3 & 4- Kunskap och informativ.* Det framgick att patienterna värdesätter kunskap och information hos läkaren eftersom att ha god kunskap inom sitt område samt kunna förmedla den kunskapen på ett bra sätt bidrar till en känsla av empati ” De hade kunskapen som krävdes, de visste hur man ska tala med patienter och man fick bra information”.

*Kategori 5- God lyssnare.* Trots att deltagarna ansåg att det var väsentligt med kunskap och bra information, var även förmågan att vara en god lyssnare och ta till sig av patienternas behov, en av de starkaste kategorierna för att uppleva empati i läkar-patientmötet ” Han lyssnade till mig. Han frågade mig saker och väntade verkligen på svar”.

*Frågeställning 2- Vad utgör en icke empatisk läkare i mötet med bröstcancerpatienter?*

Under denna frågeställning kom det fram tre kategorier som starkast beskrev bristen på empati i läkar-patientmötet. Studien fann att en brist av de empatiska kategorierna inte nödvändigtvis hade en direkt motsatt betydelse i relation till frågeställning ett. Det är dessa kategorier som behandlas här.

*Kategori 1- Dålig information.* Deltagarna upplevde att bristen på information påverkade till bilden av en icke empatisk läkare. Patienterna ansåg att en läkares yrke är att lugna ner och dämpa oron hos sina patienter. Medan bristen på information ledde istället till en större oros känsla. ”Fick ingen alls vidare bra information och då går man hem med tusen frågor”.

*Kategori 2- Opersonlig.* I opersonligheten ingick det att läkaren upplevdes som stel, kall och robotlik. Deltagarna ansåg sig behöva mer stöd, i form av värme från läkaren. ”Sen kände jag att jag lika gärna hade kunnat vara en möbel, hon såg liksom inte mig och var väldigt opersonlig, hon kunde inte ens fråga hur jag mår”.

*Kategori 3- Dålig förmåga att skapa god behandlingsallians.* Under denna kategori ingick ett flertal olika personlighetsdrag som refererar till negativa egenskaper hos läkaren: okänslig, obekvämt, otrevlig, osäker. Dessa personlighetsdrag utgjorde kategorin ”dålig förmåga att skapa god behandlingsallians”. ”Jag kände bara att hon var osäker och obekvämt vilket gjorde mig jätte arg och därför gick jag för att prata med avdelningschefen om att byta ut henne”.

### *Frågeställning 3- Vad utgör god vård?*

Frågeställning tre, vilken innebar att ha ett gott system som, enligt deltagarna inkluderade tre kategorier som berörde olika aspekter av vad som utgör god vård.

*Kategori 1- Kontinuitet hos läkare.* En återkommande kategori handlade om vikten av kontinuitet av läkare. Deltagarna ansåg att det gamla systemet där man återkommande hade en och samma läkare utgjorde en god vård eftersom det skapar trygghet och en bra relation i läkarpatientmötet. ”Det här gamla husläkarsystemet som man hade förr när man träffade samma läkare, gör ju att läkaren och patienten får en relation ”.

*Kategori 2- Bli sedd som individ.* En annan viktig aspekt berörande god vård var patienternas behov av att bli sedda som individer ”Att dom tar mig på allvar och lyssnar på det som jag har att säga. Att man inte blir överkörd, utan att dom lyssnar på mig”.

*Kategori 3- Mer tid hos läkare.* Den kategori som hade mest styrka och återkom frekvent var tid. Det vill säga, i detta sammanhang, att om det fanns gott med tid reducerades stressen för både läkaren och patienten. Behoven blev lättare bemötta och patienterna upplevde en godare relation till sin läkare, vilket skapar känslan av god vård ”Man är ju väldigt utlämnad i en sådan situation när man är väldigt sjuk och då är det väldigt viktigt att det finns läkare som tar tid och inte stressar”.

### *Bifynd*

Under studiens gång påträffades intressanta iakttagelser som här kommer att kallas för bifynd, då de inte en del av det som undersöktes. Deltagarna tillfrågades om de ansåg att empati är något som kan läras ut eller om de ansåg att det mer är en egenskap som man besitter. Alla svarade med att de ansåg att empati är både någonting man har men också någonting som kan läras ut. Samtidigt betonade 50 % av dem att de ansåg att det mer är en egenskap man har än någonting man lär sig. En annan intressant aspekt som kom fram under intervjuernas gång var när deltagarna ombads att beskriva en icke empatisk situation i läkarpatientmötet, där 70 % av dem beskrev situationen då de fick sitt cancerbesked som den mest icke empatiska upplevelsen. Ytterligare en intressant iakttagelse var när deltagarna ombads att beskriva en icke empatisk situation och det kom fram att läkarna i den situationen i de flesta fall var kvinnor.

Studien fann att 80 % av deltagarna ansåg att ett gott första intryck var viktigt både för att bilda förtroende och för att bygga en empatisk relation till läkaren, samt att 65 % av deltagarna ansåg att det var viktigt att kunna bemöta sin patients behov för att uppfattas som empatisk. Avslutningsvis gällande studien angav 40 % av respondenterna att vården behöver förbättras.

## Diskussion

Syftet med denna studie var att se i hur stor utsträckning läkarens empatiska förmåga kan bidra till upplevelsen av god vård. Utifrån datainsamlingen och databearbetningen som gjordes hittades ett antal starka kategorier inom respektive frågeställning. Frågeställningarna var ”Vad utgör en empatisk läkare i möte mötet med bröstcancerpatienter?” ”Vad utgör en icke empatisk läkare i mötet med bröstcancerpatienter?” och ”Vad utgör god vård?” Frågeställning ett inkluderade (1) sätta sig in den andres situation, (2) både känsla och handling, (3) kunskap, (4) informativ och (5) god lyssnare. Frågeställning två inkluderade (1) dålig information, (2) opersonlig, (3) dålig förmåga att skapa god behandlingsallians. Frågeställning tre innefattade i sin tur (1) kontinuitet hos läkare, (2) bli sedd som individ och (3) mer tid hos läkare.

Det finns forskning som visar på att patienter upplever mindre grad av tillfredställande när en läkare har brist på empatiska förmågor (Frankl, 1995). Studien av Zaki (2014) presenterade tre faktorer på vad som motiverar människor till att känna empati och i sin tur ta avstånd från empati. En av Zaki's komponenter var sorg, där han beskrev att sorg får individer att må dåligt, vilket i sin tur leder till ett avståndstagande av empati. Detta kan kopplas ihop med resultatet av det icke empatiska temat, då läkaren skulle kunna uppleva att hen inte vill visa för mycket empati, då empati skulle kunna göra läkaren sårbar. Läkaren ska alltid vara professionell och hen ska upprätthålla objektiviteten i mötet med sina patienter. Läkaren håller därför en viss överdriven distans som kan visa sig i form av okänslighet, obekvämheter, otrevlighet och osäkerhet hos läkaren. En aspekt som gör att människor vill känna empati gentemot andra är önskvärdhet. Det vill säga att även då empati inte alltid förmedlar goda känslor, motiveras man till att känna empati allteftersom att det stärker den egna självbilden. I koppling till resultatet av frågeställningen om empati kan man diskutera om läkaren som visar empati försöker stärka den egna självbilden. Genom att förmedla empati till sina patienter kan läkaren uppleva sig själv som en bättre människa och läkare. På så sätt kan det argumenteras om empati handlar om egen vinning eller inte, för den som visar empati. Deltagarna menade att empati inte enbart är en känsla eller enbart en handling. Det måste finnas ett samspel mellan dessa.

Gällande patientmötet menar Shung et al, (2012) att det första intrycket och mötet med läkaren är viktigt. Inte bara för att bilda förtroende utan också för att skapa en empatisk relation mellan läkare och patient. Detta påstående stärks av denna studie, då man fann att 80 % av deltagarna ansåg att ett gott första intryck var viktigt både för att bilda förtroende och för att bygga en empatisk relation till läkaren, vilket kan kopplas ihop med frågeställningen om empati. Annan forskning som bedrevs i relation till patientmöte upptäckte att kunna bemöta sin patients behov är viktigt för att uppfatta sin läkare som empatisk (Lelorain et al, 2015). Detta stämde ihop med vår studie i 65 % av fallen. Även andra forskningar som stärker detta påstående är: Om cancerpatienter inkluderas i beslutsprocessen av sin egen vård, upplever hen läkaren som mer empatisk (Parkin et al, 2014; Siminoff & Step; 2005). West (2012) antydde att klinisk empati definieras som ett kognitivt tillstånd som involverar förståelse, kombinerat med en kapacitet att kunna kommunicera. West betonade att känslor och emotionella tillstånd inte hör till definitionen av klinisk empati. Baserat på föreliggande studie fann man att detta var felaktigt då deltagarna i studien upplevde det som väsentligt att ha med både känsla och handling att göra, för att det ska råda empati.

I koppling till frågeställningen om god vård gjordes en tidigare forskning av Klitzman (2006) där man ansåg att det kan vara till stor nytta om läkaren steg ur sin yrkesroll för att sedan placera sig i en patientroll. Detta ansågs vara bra för att läkaren då skulle få en inblick i hur det kan vara att känna sig utsatt som patient, bland annat gällande aspekter som maktlöshet och skam. En kategori i temat god vård i föreliggande studie var att bli sedd som individ, och genom att läkaren byter roll och går in i patientens roll, kan det höja läkarens insikt av att se patienten som en individ och inte enbart att se sjukdomstillståndet. Enligt Roberts (2004) visar forskning på att cancerpatienter gynnas utav att ha en god relation till sina läkare. Därför kan detta kopplas till

både kategorin kontinuitet hos läkare, samt kategorin mer tid. För att kunna etablera en god relation till sin läkare behövs dessa två faktorer. Eftersom att kontinuitet skapar trygghet och förtroende leder detta till en chans att bygga en bra och stabil relation mellan läkaren och patienten. För att en god relation ska utvecklas behövs först och främst tiden för detta, då det är tiden som skapar möjligheterna för en bra relation. Detta kan också kopplas tillbaka till det vi tidigare skrev från Lekander et al, (1996), där vikten av det sociala stödet för bröstcancerpatienter betonades. Mer ingående tog studien upp just empati som en form av socialt stöd, då det visade sig att socialt stöd kan förbättra den psykiska och fysiska hälsan hos patienterna.

Baserat på tidigare forskning kan man se att det, just nu, finns en längtan till att utbilda vårdpersonal inom empati (Fernández-Olano et al, 2008). På grund av detta frågades deltagarna om de ansåg att empati är något som kan läras ut eller om de ansåg att det mer är en egenskap som man besitter. Alla svarade med att de ansåg att empati är både någonting man har men också någonting som kan läras ut. Samtidigt betonade 50 % av dem att de ansåg att det mer är en egenskap man har än någonting man lär sig. En intressant aspekt som kom fram under intervjuernas gång var när deltagarna ombads att beskriva en icke empatisk situation i läkarpatientmötet, där 70 % av dem beskrev situationen då de fick sitt cancerbesked som den mest icke empatiska upplevelsen. En intressant iakttagelse var när deltagarna ombads att beskriva en icke empatisk situation och det kom fram att läkarna i den situationen i de flesta fall var kvinnor. Avslutningsvis gällande studien angav 40 % av respondenterna att vården behöver förbättras.

### *Metoddiskussion*

Som underlag till intervjuguiden användes tidigare forskning på empati och dess komponenter (Eklund, 2013b). Dessa fyra komponenter var (1) känner den andres känslor, (2) förstå den andre, (3) bry sig om den andre, (4) känna igen sig men inte blanda ihop vem som är vem. Första komponenten som var "känna med dig" visade sig vara den svagaste av de fyra redovisade komponenterna. Komponenterna två och fyra visade sig ha 100 % överensstämmelse och när deltagarna fick frågan om vilken av komponenterna som ansågs vara viktigast svarade 50 % (4) känna igen sig men inte blanda ihop vem som är vem, med andra ord kunna relatera men behålla en objektivitet. Vidare ställdes frågan om en god vård är beroende av att ha empatiska läkare. Resultatet visade att 70 % av deltagarna ansåg att god vård är beroende av empatiska läkare. De andra 30 % besvarade att empatin inte är bunden till just läkarna, utan att, så länge man får empati av någon vårdpersonal överlag anses det vara god vård. Det vill säga att vården på ett eller annat sätt ändå är beroende av personal med empatiska förmågor. Brister och begränsningar i denna studie var först och främst de problem som uppstod med urvalet då det fanns svårigheter med att få tag på deltagare. Ytterligare en svaghet med studien kan vara konstruktionen av intervjuguiden, där vissa frågor möjligtvis var överflödiga medan några andra var otydliga. Viss fakta som framkommit under studiens gång visade sig vara icke relevant till studiens syfte och redovisas därför inte i resultatet. Exempel på dessa frågor: Anser du att det första intrycket av läkaren är viktigt? Skulle du byta läkare om du fick ett dåligt första intryck?

Rörande empatikomponenterna som användes som underlag anses i efterhand att kliniska empatikomponenter hade varit mer optimala för undersökningen. Självaste utförandet av intervjuerna hade med fördel kunnat skett ansikte mot ansikte, men på grund av svårigheter med att få deltagare användes Skype. Värt att nämna angående intervjuerna är att det kan uppstå intervjuareffekter där forskarna omedvetet kan påverka deltagarnas svar. För forskare kan detta därför vara bra att ha i åtanke inför framtida studier. Positiva aspekter med studien var att det framkom tydliga och starka resultat. Mättnad tillfredsställdes genom att enbart ta med det resultat som majoriteten av deltagarna uttryckt. En fördelaktig del i urvalet var att deltagarna kom från olika delar av Sverige, de var i diverse åldrar, hade olika etniska bakgrunder, samt att

yrkesgrupperna varierade. Dessa olika faktorer gör resultaten mer överförbara till kvinnor i liknande situationer som studiens deltagare.

### *Slutsats*

Denna studie kan vara ett underlag för framtida studier där man vill utveckla undersökningen genom lägga till en ytterligare dimension, exempelvis genus. Det vill säga, undersöka om det föreligger en skillnad mellan manliga respektive kvinnliga läkare i relation till deras empatiska förmågor.

Ett intressant fynd som upptäcktes under studiens gång var att 70 % av deltagarna angav beskedssituationen som det tillfälle där de upplevde minst empati i läkar-patientmötet. Detta ger upphov till frågor som ”Finns det några underliggande faktorer hos patienterna som gör att de upplever situationen som sådan?”, ”Kan patientens chock vid beskedet bidra till en snedvriden syn på läkaren?” Med dessa funderingar kan även detta vara underlag för framtida forskning kring ämnet. Avslutningsvis kan det tilläggas att god vård och empati är beroende av varandra, den ena kan inte existera utan den andre.

### Referenslista

- Beatty, L., Oxlad, M., Koczwara, B & Wade, T. D. (2008). The psychological concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: A qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives. *Health Expectations*, 11, 331-342. doi: 10.1111/j.1369-7625.2008.00512.x
- Bensing, J. M., Deveugele, M., Moretti, F., Fletsher, I., Vliet, L., Bogaert, M., & Rimondini, M. (2011). How to make the medical consultation more successful from a patient's perspective? Tips for doctors and patients from lay people in the United Kingdom, Italy, Belgium and the Netherlands. *Patient Education and Counseling*, 84, 287-293. doi: 10.1016/j.pec.2011.06.008
- Cancerfonden. (2015). *Cancerfondsrapporten*. Stockholm: Cancerfonden
- Coroiu, A., Körner, A., Burke, S., Meterissian, S., & Sabiston, C. M. (2015). Stress and posttraumatic growth among survivors of breast cancer: A test of curvilinear effects. *International Journal of Stress Management*, 1-14. doi.org/10.1037/a0039247
- Eklund, J. (2013a). Empati som känsla, förståelse och omsorg. *Socialmedicinsk tidskrift*, 90(2), 214-221.
- Eklund, J. (2013b). The nature of empathy. *Philosophy in the Contemporary World*, 20(1), 29-38.
- Ekman, E., & Halpern, J. (2015). Professional distress and meaning in the health care: Why professional empathy can help. *Social Work in Health Care*, 54, 633-650. doi: 10.1080/00981389.2015.1046575
- Enblom, A., Lekander, M., Hammar, M., Johnsson, A., Onelöv, E., Ingvar, M., Steineck, G., & Börjeson, S. (2011). Getting the grip on nonspecific treatment effects: Emesis in patients randomized to acupuncture or sham compared to patients receiving standard care. *Plos One*, 6(3), 1-9. doi: 10.1371/journal.pone.0014766
- Frankl, R. M. (1995). Emotion and the physician-patient relationship. *Motivation and Emotion*, 19(3), 163-173.
- Håksansson, J., & Montgomery, H. (2003). Empathy as an interpersonal phenomenon. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(3), 267-284. doi: 10.1177/0265407503020003001
- Klitzman, R. (2006). Improving education on doctor-patient relationships and communication: Lessons from doctors who become patients. *Academic Medicine*, 81(5), 447-453.

- Koller, I., & Lamm, C. (2015). Item response model investigation of the (German) interpersonal reactivity index empathy questionnaire. Implications for analysis of group differences. *European Journal of Psychological Assessment, 31*(3), 211-221. doi: 10.1027/1015-5759/a000227
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3e uppl.) Lund: Studentlitteratur, 245-248.
- Kuzari, D., Biderman, A., & Cwikel, J. (2013). Attitudes of women with breast cancer regarding the doctor-patient relationship. *European Journal of Cancer Care, 22*, 589-596. doi: 10.1111/ecc.12063
- Lelorain, S., Brédart, A., Dolbeault, S., Cano, A., Bonnaud-Antignac, A., Cousson-Gélie, F., & Sultan, S. (2015). How does a physician's accurate understanding of a cancer patients unmet needs contribute to patient's perception of physician empathy? *Patient Education and Counseling, 98*, 734-741. doi: 10.1016/j.pec.2015.03.002
- Lelorain, S., Brédart, A., Dolbeault, S., & Sultan, S. (2012). A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-oncology, 21*, 1255-1264. doi: 10.1002/pon.2115
- Lekander, M., Furst, C.J., Rotstein, S., Blomgren, H., & Fredrikson, M. (1996). Social support and immune status during and after chemotherapy for breastcancer. *Acta Oncologica, 35*(1), 31-37.
- Ogle, J., Bushnell, J. A., & Caputi, P. (2013). Empathy is related to clinical competence in medical care. *Medical Education, 47*, 824-831. doi: 10.1111/medu.12232
- Olano, C. F., Fernández, J. M., & Salinas-Sánchez, A. S. (2008). Impact of clinical interview training on the empathy level of medical students and medical residents. *Medical Teacher, 30*, 322-324. doi: 10.1080/01421590701802299
- Parkin, T., Looy, A., & Farand, P. (2014). Greater professional empathy leads to higher agreement about decisions made in the consultation. *Patient Education and Counseling, 96*, 144-150. doi: 10.1016/j.pec.2014.04.019
- Roberts, C. (2004). "Only connect": The centrality of doctor-patient relationship in primary care. *Family Practice, 21*(3), 232-233. doi: 10.1093/fampra/cmh302
- Shung, H., Lee, H., Chang, D., Kim, H., Lee, H., Park, H., & Chae, Y. (2012). Doctor's attire influences perceived empathy in the patient-doctor relationship. *Patient Education and Counseling, 89*, 387-391. doi: 10.1016/j.pec.2012.02.017
- Silvester, J., Patterson, F., Koczwara, A., & Furgeson, E. (2007). "Trust me...": Psychological and behavioral predictors of perceived physician empathy. *Journal of Applied Psychology, 92*(2), 519-527. doi: 10.1037/0021-9010.92.2.519
- Siminoff, L. A., & Step, M. M. (2015). A communication model of shared decision making: Accounting for cancer treatment decisions. *Health Psychology, 24*(4), 99-105. doi: 10.1037/0278-6133.24.4.S99
- Spiro, H. (2009). Commentary: The practice of empathy. *Academic Medicine, 84*(9), 1177-1179.
- Tacón, A. M., Caldera, Y. M., & Bell, N. J. (2001). Attachment style, emotional control, and breast cancer. *Families, Systems & Health, 19*(3), 319-326.
- Uhas, A. A., Camasho, F. T., Feldman, S. R., & Balkrishnan, R. (2008). The relationship between physician friendliness and caring, and patient satisfaction. Findings from an internet-based survey. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research, 1*(2), 91-96. doi: 10.2165/01312067-200801020-00004
- Vetenskapsrådet. (2011). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet
- Wade, T. D., & Lee, C. (2005). The impact of breast cancer on the lives of middle-aged women: Results from the Australian longitudinal study of women's health. *Health Psychology, 24*(3), 246-251. doi: 10.1037/0278-6133.24.3.246
- West, C. P. (2012). Empathy, distress and new understanding of doctor professionalism. *Medical Education, 46*, 238-244. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04192.x

- Wright, E. B., Holcombe, C., & Salmon, P. (2004). Doctor's communication of trust, care, and respect in breast cancer: Qualitative study. *British Medical Journal*, 1-5. doi: 10.1136/bmj.38046.771308.7C
- Yaniv, D. (2012). Dynamics of creativity and empathy in role reversal: Contributions from neuroscience. *Review of General Psychology*, 16(1), 70-77. doi: 10.1037/a0026580