

OM EMPATINS PRODUKTIFIERING

De senaste 20 åren har betoningen av empati blivit starkare inom hälsovården. Jodi Halpern (2011) beskriver det ökade intresset som en reaktion mot den distanserade och auktoritära attityd som präglade hälsovården under 1950-talet. Detta auktoritära förhållningssätt bland läkare hade att göra med de stora tekniska och vetenskapliga framsteg som gjordes under första hälften av 1900-talet. Strävan efter en objektiv vetenskaplig medicinskyrkesutövning påverkade hälsovården så att läkare förväntades vara emotionellt och personligt oberörda av patientens lidande. Under 1970-talet började man dock ifrågasätta den distanserade hållningen gentemot patienterna. I stället betonade man alltmer vikten av att läkare bemöter patienter på ett respektfullt sätt genom att lyssna på och beakta patientens egna tankar om sitt tillstånd. Dessa förändringar var i hög grad något som kom till genom en öppen debatt kring frågor om orättvisor och likgiltighet inom hälsovården. Som en del av denna offentliga debatt skrevs det också många patientbiografier.

Man kan idag se en märkbar ökning av vetenskaplig forskning kring empati. Forskningen ifråga sträcker sig ut över ett brett område så som utvecklingspsykologi, psykiatri, evolutionspsykologi, neurovetenskap, kognitionsvetenskap m.m. Det vetenskapliga perspektivet på empati har ett växande inflytande på hur empati diskuteras inom hälsovården.¹ Men innebär det ett ökat intresse för patientens perspektiv? Eller är det snarare uttryck för ett *minskande* intresse för patientens perspektiv? I denna artikel vill jag visa att det finns ett samband mellan den ökande mängden vetenskapliga artiklar om empati och ett ökande krav på kostnadseffektivitet. Detta krav på effektivitet har också lett till att vetenskapliga metoder att träna empati har blivit en egen marknadsnisch inom hälsovården.

1. Två centrala förespråkare för ett neurologiskt perspektiv på empati i hälsovården är Jean Decety och Helen Riess. Mohammadreza Hojat är en central förespråkare för ett kognitivt perspektiv på empati i hälsovården.

1. AFFEKTIV EMPATI OCH KOGNITIV EMPATI

Inom filosofi och psykologi skiljer man vanligen mellan *kognitiv* och *affektiv* empati. Affektiv empati beskrivs ofta som ett mer grundläggande kroppsligt och emotionellt fenomen, medan kognitiv empati ses som en högre förståelseprocess där man *föreställer sig* den andras känslor. Kognitiv empati handlar också om en medvetenhet om att den andra personens upplevelser är skilda från mina egna upplevelser.²³⁴ Affektiv och kognitiv empati brukar dock vanligen inte ses som motsatser. Snarare betraktas de som två kompletterande sidor i vår förståelse av den andra människan. De beskrivs ofta som olika förståelsenivåer där affektiv empati är en mer primitiv nivå medan kognitiv empati är en högre intellektuell förmåga.

Gällande affektiv empati har idag intresset för neurologisk forskning ökat starkt. Det kan delvis ses som ett resultat av tekniska framsteg inom neurovetenskapen. På 1990-talet utvecklades den så kallade fMRI-scannern, vilket gjorde det möjligt att studera människors hjärnreaktioner utan att utsätta försökspersonerna för fara. En annan orsak till det neurologiska intresset för empati är den mycket populära spegelneuron-teorin. Spegelneuronerna upptäcktes på 1980-talet, före fMRI-scannern. Spegelneuronteorin bygger på experimentell neurolo-

2. En av förespråkarna för ett mer kognitivt synsätt är Karsten Stueber, 2006. Men Stueber anser också att empati består av två delar, dels av affektiv empati, som enligt honom är en spontan kroppslig reaktion, och dels av kognitiv empati som är en högre mental förmåga. Stueber använder begreppen *basic empathy* och *re-entative empathy* då han talar om affektiv och kognitiv empati.

3. I den här artikeln diskuterar jag kritiskt det jag kallar för "vetenskapliga" perspektiv på empati. Med vetenskaplig menar jag inte allt som har skrivits om empati i akademiska sammanhang, utan jag menar en inriktning där empati forskas i experimentellt och där särskilt neurovetenskaplig forskning och kognitionsforskning fått ett stort genomslag. Jag syftar också på en tendens att på basen av denna vetenskapliga forskning utveckla standardiserbara instrumentella träningsmetoder i empati. Det finns också litteratur kring empati som inte har denna vetenskapliga och instrumentella prägel, där bl.a. sjukdomsnarrativ och arbete inom hälsovården diskuteras ingående, t.ex. Halpern (2011), Holm (1995), Spiro m.fl. (1993), Svenaeus (2014), (2015), (2016).

4. Inom filosofi och psykologi har intresset för empati rötter som går tillbaka till Adam Smith och David Humes tankar om sympati. Själva begreppet "empati" är dock modernt. Begreppet myntades av psykologen Edward Tichener 1909, som i sin tur hade influerats av psykologen Theodor Lipps teori om "*Einfühlung*". Edith Stein 1989 [1916] hör till de tidigaste filosofer som reflekterat kring begreppet empati. Tichener och Stein har dock mycket olika perspektiv på empati. Medan Stein har ett fenomenologiskt och hermeneutiskt perspektiv, har Tichener ett mer vetenskapligt perspektiv där han betonar experimentell forskning. För utförliga analyser av Edith Steins tankar om empati se Zahavi 2014, och Svenaeus 2014, 2015 och 2016.

gisk forskning där man påvisat t.ex. att då en apa betraktar en annan apa som äter en banan, så aktiveras samma område i hjärnan på båda aporna.⁵ Dessa neurologiska studier anses visa på en grundläggande mental mekanism som möjliggör mellanmänsklig förståelse.⁶ Framstegen ledde till ett nytt forskningsområde som idag kallas för social neurovetenskap. Den neurologiska forskningen anses kunna ge oss en fördjupad vetenskaplig förståelse av hur empati fungerar inom hälsovården. Forskningen anses också vara till nytta för att man skall kunna utveckla undervisningsmetoder i empati för läkarstuderande.

2. PRAKTISK TILLÄMPNING AV NEUROLOGISK FORSKNING OM EMPATI

Den neurologiska forskningen har lett till utvecklingen av praktiska hjälpmedel för att undervisa hälsovårdspersonal i empati. En forskare som ägnat sig åt detta är Helen Riess, docent i klinisk psykiatri vid Harvard Medical School samt ledare för forskningsprojektet "Empathy and relational science program" vid Massachusetts General Hospital. Riess har ett företag som heter "Empathetics neuroscience of emotions". Företagets produkter, dvs. träning i empati för hälsovårdspersonal, bygger på neurologisk forskning som hon och hennes forskningsgrupp gjort. Ett av de hjälpmedel företaget säljer betecknas E.M.P.A.T.H.Y. Var och en av dessa bokstäver representerar en kroppslig eller kommunikativ aspekt som hälsovårdspersonal bör beakta då de kommunicerar med patienter. Bokstaven "E" står för ögonkontakt, "M" står för muskler för ansiktsuttryck, "P" står för "kroppshållning", "A" står för "affekt", "T" står för röstens tonläge, "H" står för att lyssna på hela patienten, "Y" står för din respons till patienten.⁷ Denna bokstavskombination är tänkt att användas av medicinsk personal för att hjälpa dem påminna sig om vad

5. Se t.ex. Rizzolatti 2005.

6. Spegelneuronexperimentet är problematiskt. Experimentet bygger på idén att förståelse motsvaras av ett inre objekt i hjärnan. Dvs. forskarna tar för givet att då båda aporna har samma reaktion i hjärnan så förstår båda aporna samma sak. Detta är inte vad vi brukar mena med ordet "förstå". Vanligen då vi talar om att någon förstår någonting så visar sig förståelsen i någon form av meningsfull *handling*, t.ex. i att den ena apan tar den andra apans banan, eller att man ber om att få smaka en bit. En annan människas förståelse är också något vi kan kritisera och bedöma som t.ex. nonchalant, likgiltigt, omtänksamt osv. I spegelneuronexperimentet reducerar forskarna frågan om förståelse till att det är en viss slags neurologisk process som sker i hjärnan då vi passivt betraktar en yttre omvärld.

7. Denna bokstavskombination som Riess utvecklat som hjälpmedel fungerar egentligen endast på engelska. På svenska motsvarar flera av bokstäverna inte det man skall tänka på.

de bör tänka på då de samtalar med en patient. Enligt Riess baserar sig det ovan beskrivna hjälpmedlet på "neurobiologi och fysiologi gällande mänsklig interaktion [...] Vi erbjuder evidensbaserad undervisning i empati [...] inom alla nivåer av hälsovården." (Empathy and Relational Science Program, 22.8.2018, min övers.).

På Empathetics webbsida står vidare:

Toppforskning inom empatins neurobiologi och fysiologi har lett till utvecklandet av utbildningsprogrammet E.M.P.A.T.H.Y. Det har testats noggrant i en [...] kontrollerad studie vid Massachusetts General Hospital. Utbildningen resulterade i klart förbättrad empati bland läkare, vilket i sin tur höjde resultaten i patienttillfredsställelsemätningar. [...] Denna kliniska studie visade att empatiska färdigheter kan läras och förbättras. (Empathetics, 22.8.2018, min övers.)

Riess neurologiska och fysiologiska forskning baserar sig i stor utsträckning på Paul Ekmans studier i förståelse av ansiktsuttryck. Ekman har sedan slutet av 60-talet forskat kring betydelsen av ansiktsuttryck. Enligt Ekman kan ansiktet uttrycka olika slags känslor beroende på hur man rör sina ansiktsmuskler. Glädje ser ut på ett visst vis, sorg på ett annat osv. Han har också studerat människor över hela världen för att visa att alla människor i stort sett förstår ansiktsuttryck på samma sätt.⁸

Enligt Riess m.fl. (2012) har träningsprogrammet E.M.P.A.T.H.Y. haft positiva resultat. Resultatet var att patienter upplevde att läkarstuderande som genomgått träningen var mer empatiska än läkarstuderande som inte genomgått denna träning. Riess m.fl. skriver: "Det fanns en stark positiv korrelation mellan förändringar i förmågan att avläsa nyanserade ansiktsuttryck mätta i Ekmans ansiktstest och förändringar i patienters bedömning av läkares empati [...]" (Riess m.fl. 2012, s. 1284, min övers).

Det finns dock vissa problem med både Ekmans studier och Riess empatiträning. Ekmans ansiktsstudier är genomgående uppbyggda så att testpersonen iakttar ett fotografi av någons ansikte. Studierna bygger alltså på ett *passivt* iakttagande av andra personers ansikten snarare än umgänge med den andra personen. I vårdsammanhang är det däremot oerhört viktigt att man *umgås* genom att se varandra i ansiktet. Frågan är då varför denna träning har en enkelriktad karaktär? En förklaring kan

8. Se Ekman och Friesen 1971, Ekman 1995. Ekman är influerad av Charles Darwins forskning kring ansiktsuttryck. Ekmans forskning har många likheter med Darwins forskning. Se Darwin 1872.

vara att även om läkare och patient samtalar, så hör det också emellanåt till läkarens arbete att försöka observera patienten. I den meningen behöver ett enkelriktat iakttagande inte alltid vara fel. Men frågan är om ett sådant noggrant iakttagande är det viktigaste sättet varpå patientens ansikte har betydelse för läkaren? Ekmans ansiktstest tycks utgå från att det är normalt att ständigt iaktta andras ansikten så noggrant som möjligt. Intrycket man får här är att läkare alltid *borde* iaktta patientens ansikte noga, för att förstå patienten bättre. Det framstår som ett mycket spännt och nervöst samtal där läkaren hänger upp sig på varenda blinkning eller minsta lilla harkling som patienten gör. Detta skapar en märkligt tillspetsad bild av samtal.

Ett annat problem med Riess träning i att förstå ansiktsuttryck är att den skapar en stereotyp idé om *vem* den empatiska vårdaren är, nämligen en läkare som undersöker patienten men *inte* en sjuksköterska som lyfter, tvättar, hälsar på och hjälper med vardagliga bestyr. Denna starka fokusering på ansiktsuttryck skapar en begränsad bild av hur kroppslighet har betydelse i umgänget mellan vårdare och patient. Vårdyrken handlar trots allt om mycket mer än att iaktta patientens ansikte. Kroppslig omtanke och känslighet handlar t.ex. om att kunna tvätta en gammal människas hår på ett försiktigt sätt⁹ eller att klä en sjuk människa i rena och snygga kläder. Dessa sätt att vara uppmärksam mot en annan människas kroppslighet handlar inte om att iaktta muskelrörelser i ansiktet utan om att *bemöta* den andra som en individ. Forskarna som betonar affektiv empati diskuterar så gott som aldrig den här sortens exempel på kroppslighet.

Problemet med detta detaljerade fokus på ansiktsuttryck är dock inte enbart att det utelämnar en mycket stor del av hur omtanke kan ha en kroppslig karaktär i vårdssammanhang. Problemet är också att Ekmans ansiktstest bygger på antagandet att uppmärksamhet och känslighet mot den andres kropp främst handlar om att lära sig *allmänna kroppsliga mönster* i människors beteende. Jodi Halpern¹⁰ är kritisk mot denna idé. Hon skriver: "Vi kan inte kodifiera och förutbestämma typiska kliniska situationer eller typer av social interaktion" (Halpern, 2014). I stället för att försöka utveckla generella metoder att "kodifiera" patientens kroppsliga beteende, betonar Halpern vikten av att visa intresse för patientens livssituation. Halpern betonar också kroppslig närvaro som ut-

9. Detta exempel är taget ur Lindström (2011).

10. Halpern är professor i Medical humanities vid School of Public Health vid UC Berkeley.

tryck för en vilja att lyssna på patienten: "läkare kan lära sig att sitta ned och ha ögonkontakt, se upp från datorskärmen och också i övrigt visa uppmärksamhet mot patienten" (Halpern 2014). Kroppsligheten handlar här om att visa respekt mot patienten och att vara närvarande i samtalet, snarare än att bli expert på att tyda ansiktsuttryck. Det här kan kanske också delvis förklara det positiva resultatet i Riess ansiktsträning. Även om Riess ansiktsträning handlar om att läkarstuderanden skall lära sig tyda *allmänna* kroppsliga uttryck, så verkar resultatet vara att studerandena blev mer uppmärksamma mot den *enskilda* människan de möter. Det positiva resultatet i Riess ansiktsträning skulle då vara en bieffekt.

Något som också faller bort i den generaliserande ansiktsträningen är hur kroppslig omtanke i många fall bygger på att man delar en längre personlig relation med en annan människa, där känsligheten för den andras kroppslighet i sig är uttryck för relationen. I boken *Omtankar* berättar Christina Olofsson om sitt arbete inom äldreboenden med att hjälpa en äldre kvinna som hon kallar Svea.

Svea ville alltid se elegant och proper ut, gärna i vit blus och kort svart kjol för de snygga benen måste ju visas. Vid ett tillfälle ville jag att Svea skulle köpa nya sommarkläder. Hennes gamla hade blivit för trånga på grund av mindre rörelse eftersom hon nu satt i rullstol. Jag hittade en beige kjol och en småblommig blus i stretchmaterial. När jag hjälpt henne på med kläderna var hon inte helt nöjd, för mycket färg. Jag förklarade att färgen och formen klädde henne och hon köpte kläderna. Några dagar senare när en manlig vårdare gav henne komplimanger för den fina klädseln, sken hon upp och sa: "Visst ska man se snygg ut." Dans var en stor glädje för henne även när hon inte längre kunde gå. Hon tyckte om att sjunga och skämta. (Olofsson, 2011, s. 22)

Olofsson visar här en uppmärksamhet för Sveas kroppslighet som bygger på att hon känner Svea. Hon vet hurdan Svea är, att hon bryr sig om sitt utseende och sina kläder. Olofssons omtanke för Sveas klädsel uttrycker inte någon allmän regel, utan snarare visar detta något om Olofssons omsorg för just Svea.

Här ovan har jag försökt visa att det neurologisk/fysiologiska perspektiv som Riess utgår från i sin empatiträning leder till en mycket begränsad förståelse av kroppslighetens mening i hälsovården. Hur kan man då förstå den framgång som Riess företag haft? En orsak till att Riess neurologisk/fysiologiska empatiträning fått så starkt genomslag

är att den verkar vara *effektiv* på ett särskilt sätt. Riess säger i citatet ovan att resultatet av empatiträningen inneburit högre patienttillfredsställelse. Därtill säger Riess att skolningen kan utföras på mycket kort tid. Men även om det visat sig att läkarstuderande som tränas i Ekmans ansiktstest blir mer empatiska eller mer uppmärksamma på sina patienter, så lär de sig att betrakta patientens ansikte från ett anonymt och generaliserande perspektiv. Det behöver inte i sig vara något större fel på detta, det kan säkert i vissa fall också vara till nytta. Men de lär sig inte att uppmärksamma patienten som en enskild person som t.ex. tycker om att klä sig snyggt. Inte lär de sig heller något om hur en personlig relation eller avsaknaden av en sådan relation kan ha betydelse för hur vi kan uppleva en annan människas kroppslighet som ett stöd, som tröst eller som främmande eller påträngande.

En ytterligare förklaring till Empathetics framgång är att neurovetenskap används som ett marknadsföringsinstrument. I artikeln "The seductive allure of neuroscience explanations" skriver Weisberg m.fl.:

Förklaringar av psykologiska fenomen verkar skapa mer allmänintresse när de innehåller hänvisningar till neurovetenskap. [...] Det är något med hänvisningar till neurovetenskap som [...] uppmuntrar folk att tro att de har fått en vetenskaplig förklaring när de inte har det. (Weisberg m.fl. 2008, s. 470)

Hänvisning till neurologisk forskning är ett effektivt sätt att skapa en bild av kvalitet. Detta är en förklaring till varför Riess så starkt betonar att hennes empatiträningar bygger på neurologiska rön.

3. ETT ANNAT EXEMPEL PÅ EMPATINS PRODUKTIFIERING

En annan forskare som liksom Riess lyckats göra en framgångsrik marknadsprodukt på empati är Mohammadreza Hojat, professor i psykiatri vid Thomas Jefferson University. Hojats fokus på empati är mera kognitivt i bemärkelsen att han anser att empati huvudsakligen handlar om att föreställa sig vad patienten tänker. Med detta kognitiva perspektiv som utgångspunkt har han utvecklat ett frågeformulär för hälsovårdspersonal. Hojat skriver:

Empati inom patientvården definieras som ett övervägande kognitivt begrepp som innebär en förståelse för patientens erfarenheter, bekymmer och perspektiv, kombinerat med förmågan att kommunicera denna förståelse och en avsikt att hjälpa. (Hojat 2007, s. 71)

Hojat verkar här tala för så kallad patientorienterad vård där en människans sjukdom förstås genom att man beaktar personens livssituation i bredare bemärkelse, t.ex. hur sjukdomen påverkar personens arbete, familjerelationer m.m. Problemet är dock, enligt Hojat, att det inte finns en vetenskapligt utvecklad metod att mäta empati: "Vi kan inte vetenskapligt studera empati i patientvården om det inte finns en överenskommelse om dess definition och om det inte finns ett psykometriskt korrekt instrument för att mäta det definierade begreppet" (Hojat 2007, s. 77).

Hojat hävdar att forskning i empati inom hälsovården borde vara "vetenskaplig" i den meningen att den borde kunna *definieras* vetenskapligt och den borde kunna mätas *kvantitativt*. Som en lösning på detta problem har då Hojat utvecklat ett psykologiskt test för empati, det så kallade *Jefferson Scale of Empathy*. På Thomas Jefferson Universitys hemsida står följande:

Jefferson Scale of Empathy är ett validerat frågeformulär som är avsett att mäta empati hos läkare och övrig praktiserande vårdpersonal [...], läkarstuderande [...] och övriga studerande inom hälsovården. Det har översatts till 53 språk och har använts i mer än 80 länder. Alla versioner av JSE är upphovsrättsskyddat av Thomas Jefferson University. (Thomas Jefferson University, 22.8.2018, min övers.)

Liksom Riess empatiträning, säljs Hojats empatifrågeformulär idag över hela världen. Frågeformuläret består av två delar. I den första delen skall vårdpersonal fylla i namn, datum, ålder och kön, samt även kryssa för vilket medicinskt specialområde man arbetar i. I den andra delen av formuläret ska vårdpersonalen ange i vilken grad de håller med om ett antal påståenden, enligt en skala på 1–7. Här är några av de sammanlagt 20 påståendena:

1. Min förståelse för hur mina patienter känner påverkar inte behandlingen.
2. Mina patienter mår bättre när jag förstår deras känslor.
3. Det är svårt för mig att förstå patienternas perspektiv.
4. Jag anser att det är lika viktigt att förstå patientens kroppsspråk som att förstå verbal kommunikation i vårdar-patientrelationer.
5. Jag har bra humor som bidrar till bättre kliniska resultat.
6. Eftersom människor är olika är det svårt för mig att föreställa mig patientens perspektiv.

7. Jag försöker att inte uppmärksamma mina patienters emotioner då jag gör upp patientens journal eller då jag frågar patienten om dennes fysiska hälsa.
8. Uppmärksamhet för mina patienters personliga erfarenheter påverkar inte behandlingens resultat.
9. Jag försöker ställa mig i patientens skor då jag ger vård åt patienten.
10. Mina patienter uppskattar min förmåga att förstå deras känslor, vilket är terapeutiskt i sig.¹¹

Formuläret har två syften. Det är dels avsett att mäta vårdpersonalens empati. Därtill är det avsett att fungera som ett verktyg för hälsovårdspersonal för att bli medvetna om sin egen empatiska förmåga. Enligt Hojat brukar personal som svarat på formuläret få högre poäng i empatitest, vilket tyder på att självreflektionen vid utförandet av testet har positiva effekter. Detta tyder alltså på att frågeformuläret fungerar som träning i empati.

Förekomsten av sådana kvantitativa empatitest ökar idag. Reidar Pedersen (2009) ger en detaljerad beskrivning av 37 olika empatitest som riktar sig till hälsovårdspersonal. Vanligen består dessa test av ett frågeformulär med slutna frågor av kvantitativ karaktär. Frågorna kan delas upp i själv-utvärderingar och patient-utvärderingar. Pedersen har huvudsakligen två kritiska anmärkningar mot dessa test. Personen som svarar på frågeformuläret får inte någon möjlighet att förklara varför hon/han ger ett visst svar, och inte heller någon möjlighet att tala om vad hon/han tycker är svårt eller viktigt i arbetet med patienter. Vidare hävdar Pedersen att det är problematiskt att bygga upp empati-mätinstrument på basen av själv-evaluering. Det är inte klart att en själv-evaluering där du säger att du själv är empatisk betyder att du verkligen är empatisk.

Det formulär som Hojat har skapat innehåller flera av de problem som Pedersen nämner. Det är ett formulär där man endast kan svara med siffror, inte med ord. Detta är i och för sig förståeligt eftersom formuläret antagligen delas ut till stora mängder medicine studerande. Det skulle ta alltför lång tid att gå igenom långa svar. Men trots det praktiska i ett frågeformulär där man svarar med siffror, innebär det att svaren förblir schematiska. Därtill är JSE-formuläret också en själv-evaluering. Ett ytterligare problem med formuläret, som hänger ihop med att det är en själv-evaluering, är att det är oklart hur svaren skall förstås. Hur

11. Det finns flera olika versioner av detta frågeformulär där frågorna skiljer sig litet beroende på vilken vårdpersonal formuläret är riktat till. Det finns också ett mycket kortare frågeformulär riktat till patienter.

skall man t.ex. förstå ett svar på påstående 3? Ifall en läkare svarar att hon tycker det är svårt att föreställa sig patientens perspektiv, betyder det då att läkaren ifråga saknar empati? Ifall läkaren svarar att hon *inte* tycker det är svårt att föreställa sig patientens perspektiv, betyder det då att hon är bra på att förstå patienterna? Man kunde mycket väl tänka sig att en person som säger att det är svårt att förstå patientens perspektiv är medveten om medicinska situationers allvar och att dennes svar också då är uttryck för detta allvar i mötet med patienten. Om en läkare på påstående 5 svarar att hon har bra humor, är det då ett tecken på att hon verkligen *har* bra humor som bidrar till bättre kliniska resultat? Eller kan ett positivt svar snarare innebära att läkaren är blind för sitt eget beteende? Problemet med många av punkterna i formuläret är alltså att de kan tolkas på olika sätt, de har inte en entydig mening, liksom också svaren kan tolkas på olika sätt.

4. PATIENTERNA SOM INTE PASSAR IN I EMPATIMARKNADEN

Jag har beskrivit hur det idag finns ett ökande intresse för vetenskapliga tränings- och undervisningsmetoder när det gäller empati inom hälsovården. Jag har också försökt visa att det finns ett samband mellan sådana vetenskapliga träningsmetoder i empati och det faktum att empati har blivit en marknadsprodukt. Nu ska jag också argumentera för att detta alltmer vetenskapliga och marknadsorienterade perspektiv på empati är uttryck för en förändrad syn på patientorienterad vård. Dessa förändringar kan iakttas bland annat i ett ökat intresse för snabba träningsmetoder i empati, och i en tendens att bygga upp generaliserande frågeformulär för empati som sedan kan säljas globalt. Samtidigt har det ökande intresset för snabba effektiva empatiträningar också inneburit ett minskat intresse för mer kontextuella beskrivningar av svårigheter i möten mellan vårdare och patient. I stället för att t.ex. se närmare på berättelser från hälsovården, väljer de vetenskapligt orienterade empatiforskarna som Riess och Hojat att bygga upp experiment i empati och utveckla kvantitativa frågeformulär. Dagens vetenskapliga empatiforskare verkar ta för givet att de *vet* vad det innebär att bemöta en sjuk människa med omtanke. Denna övertygelse om den vetenskapliga förståelsens överlägsenhet avspeglar sig bland annat i ett ointresse för patientbiografier.

För att beskriva dessa förändringar skall jag citera några avsnitt från David Hilfikers bok *Not All of us Are Saints* (1994). Hilfiker arbetade som

läkare för hemlösa människor i Washington D.C. i mitten av 80 talet. Innan dess hade han arbetat på landsbygden i nordöstra Minnesota där hans patienter mestadels kom från medelklassen. Hilfiker påpekar att han upplevde en enorm skillnad mellan att förstå medelklass-patienterna och att förstå de hemlösa patienternas lidanden. Han skriver:

Jag insåg att avståndet mellan landsbygden i Minnesota och mitt nya hem var nästan oändligt. Berättelserna om innerstadspatienter skilde sig från de enskilda tragedierna i min praktik på landsbygden, eftersom de innebar ett samhälleligt utanförskap som jag inte trodde var möjligt. Detta var tragedier som var både systematiska och möjliga att förebygga. Det hände inom en nation som, trodde jag, hade resurser att reagera om den bara ville göra det.

Resultatet av samhällets misslyckande syntes varje dag på min mottagning och på gatorna i mitt grannskap: ett trettonårigt barn miss-handlat och i svårigheter, försökte som ensamstående mor att ta hand om sitt eget barn; en fyrtioårig kvinna – vars höga blodtryck aldrig har behandlats ordentligt – nu förlamad av en stroke [...] försökte överleva på 240 dollar per månad i socialbidrag. En hemlös man som nyligen släppts ut från fängelset med ett bräck bokstavligen stort som en fotboll och ett skadat knä som aldrig behandlas på rätt sätt – fortfarande oanvändbart eftersom det vek sig 45 grader åt sidan då han försökte stöda på det; en treåring med gonorré. [...] Dessa liv var så sönderslagna att det knappt fanns något kvar att bygga på. (Hilfiker 1994, s. 45, min övers.)

Hilfiker påpekar att då han arbetade med patienter från medelklassen var deras sjukdomar fråga om *individuella* tragedier. Däremot är de hemlösa patienternas lidande i en viktig mening inte individuella tragedier utan avspeglar *hur samhället totalt vänt dessa människor ryggen*. Detta slags samhällliga perspektiv på lidande tas aldrig upp av de vetenskapligt orienterade empatiforskarna. Mitt intryck är att detta beror på att dessa forskare utgår från en stereotyp idé om vem patienten är. Idén är den om en patient ur medelklassen där lidandet (sjukdomen, skadan) utgör ett rent individuellt problem. Denna stereotypa idé avspeglas också i hur JSE-formuläret är uppbyggt. Jag nämnde tidigare att formuläret innehåller en lista som man skall fylla i gällande vilket medicinskt specialområde man arbetar i (t.ex. anesthesiologi, neurokirurgi, inre medicin, psykiatri m.m.). Men det frågas inte efter om man arbetar på landsbygden med medelklass-patienter eller i en storstads

slumområde med mycket fattig befolkning och med hemlösa. Avsaknaden avspeglar en omedvetenhet om hur radikala skillnader det kan finnas i människors liv, och vilka enorma skillnader som kan finnas i vårdarbete med medelklass eller med hemlösa människor.

Från ett sådant generaliserande perspektiv där man utgår från att alla människor hör till medelklassen kan det verka lockande att tänka att empati består i en mental mekanism där en person föreställer sig en annan persons mentala tillstånd. Hilfiker är däremot inte intresserad av att diskutera relationen mellan läkare och patient som ett individpsykologiskt problem. Han försöker uttryckligen ge de hemlösa patienterna en röst. Genom att omsorgsfullt beskriva olika hemlösa personers situation visar Hilfiker den oerhört destruktiva effekt som hemlöshet har på människors hälsa och liv. Denna medvetenhet om samhällseliga problem som Hilfikers bok uttrycker, var en viktig sida i hur patientorienterad vård började växa fram på 1970 talet. Det är en samhällselig medvetenhet som överhuvudtaget inte existerar inom det vetenskapligt orienterade empatifältet.

Då Hilfiker beskriver sina försök att hjälpa dessa sjuka och hemlösa människor beskriver han också hur han ofta upplever att det är svårt att förstå dessa patienter. Han beskriver det som om patienterna blir osynliga för honom. Hilfiker berättar om en patient som han kallar Mr. Lawson.

David Lawson är [...] trettiofå år gammal, förståndshandikappad, allvarligt alkoholiserad med inflammerad bukspottskörtel, magsår, högt blodtryck och epilepsi. Herr Lawson sitter ihopsjunken framför mig på en stol. Såvitt jag kan säga är livet för honom en återkommande cirkel bestående av några veckors sjukhusvistelse för behandling av hans alkoholpåverkade bukspottskörtel, och därefter några veckor utskriven från sjukhuset då han börjar dricka alkohol på nytt. Han verkar ha en vag förståelse för att alkohol inte är bra för honom, men han har mycket litet motivation och ännu mindre förmåga att begränsa sin användning av den. (Hilfiker 1994, s. 145, min övers.) [...]

I och med att Herr Lawson är oförmögen att beskriva sin egen situation, och då han också saknar en patientjournal, blir han på ett särskilt sätt osynlig för mig och hans övriga vårdgivare. Detaljerna i hans liv försvinner; det förflutna som skulle kunna förklara nutiden är hopplöst borttraderat, vilket det sällan skulle vara för en betalande medelklasspatient. [...]

Herr Lawsons osynlighet beror naturligtvis inte enbart på avsaknaden av patientjournaler. Han kommer från en subkultur som jag aldrig kommer att förstå, där den egna hälsan inte är en prioritet – något mycket mindre viktigt än att hitta mat, skydda sig från att bli misshandlad på gatorna eller försöka få tag på nästa flaska sprit. [...] I Mr. Lawsons vardag är en våldsam död vanligt och det finns mycket litet att se fram emot [...]. Hur kan jag övertala honom om att bry sig om sitt höga blodtryck eller att försöka kontrollera sin epilepsi då han inte kan se någon framtid för sig själv? Hur kan jag vädja till hans "bättre jag" då jag har svårt att överhuvudtaget se detta? Mr. Lawson och jag konfronteras över en social och kulturell avgrund.

Det finns emellertid också en dunklare orsak till denna osynlighet, som jag inte helt kan artikulera. Jag vet bara att när en medelklass svart person eller en vit person tillhörande vilken klass som helst kommer in på mottagningen blir jag mer uppmärksam. Jag har en *annan sorts* uppmärksamhet. [...] Även om jag inte är stolt över detta, vet jag också att till dessa andra som jag kan "se", ger jag bättre vård. [...] det är ingen tvekan om att jag kommer att lyssna mycket längre på en bisarr historia från en person som tillhör min egen klass och ras än samma historia berättad av en patient på Belmont Street. (Hilfiker 1994, s. 148–49, min övers.)

Hilfiker beskriver här hur hans patienter blir osynliga för honom. Är då denna osynlighet en fråga om att Hilfiker saknar en mental empatisk förmåga att föreställa sig patientens perspektiv? Skulle Hilfiker ha nytta av att gå på Riess eller Hojats empatiträningar? Mitt intryck är att det inte går att förstå Hilfikers problem på detta sätt. Hilfiker beskriver svårigheter som har särskilda strukturella mönster. Ett sådant mönster har att göra med att hemlösa patienter ofta saknar en patientjournal. Ett annat problem är att många också har grava mentala problem vilket innebär att de kan ha svårt att få grepp om och svårt att beskriva sin egen livssituation. Men det finns också särskilda attitydmönster. Hilfiker påpekar att han brukar förstå vita och medelklasspersoner mycket bättre än de hemlösa. Han beskriver denna skillnad i förståelse som uttryck för en viss slags attityd där han tenderar att lyssna längre på medelklasspatienter och vita patienter. Men han beskriver också sina svårigheter att förstå som att det delvis beror på att de hemlösas liv är så djupt krossade av fattigdom, utsatthet och samhälleligt utanförskap att det blir nästan omöjligt för honom att föreställa sig det liv de lever.

Som Hilfiker påpekar, är det ofta en del av utsatthetens karaktär att dessa människor blir osynliga. Denna strukturella osynlighet är inte något som går att förstå från Riess eller Hojats allmänna empatiträningsperspektiv. Det krävs en djup bekantskap med de dagliga problem som hemlösa människor konfronteras med för att man ska kunna se dessa människors förtvivlade livssituation, och för att man ska kunna se de samhällsstrukturella mönster som de hemlösa människorna är fast i.

5. EMPATINS PRODUKTIFIERING

En sak jag har försökt att få fram i denna text är att dagens allt mer vetenskapliga intresse för empati, och också dess inflytande på hälsovården, är uttryck för ett förändrat perspektiv på vad som menas med patientorienterad vård. På 1970- och 1980-talen handlade patientorienterad vård i stor grad om att man försökte kämpa för patienters rätt att besluta om medicinska behandlingar och patienters rättighet att bli informerade om sitt tillstånd. Det var också mycket fråga om en kamp för att uppmärksamma hur marginaliserade grupper i samhället utsattes för orättvis behandling och stigmatisering inom hälsovården.

Detta perspektiv på patientorienterad vård började förändras på 1990-talet. Under denna tid började new public management att påverka den offentliga sektorn djupt i många länder. Det fanns ett krav på ökad kostnadseffektivitet inom den allmänna hälsovården och ett ökat krav på kvalitetskontroll.¹² Samtidigt uppstod det under denna tid ett ökat intresse för träning i "kommunikationsteknik" och träning i empati. Arlie Russell Hochschild beskriver redan i boken *The Managed Heart* (1983) hur ett nytt instrumentellt perspektiv på emotioner uppstod under denna tid. Emotioner som förut hade setts som uttryck för en människas personliga karaktär började i stället betraktas som allmänna verktyg som kunde tränas upp och användas i yrkeslivet.

Samtidigt som arbetsvillkoren inom hälsovården idag blivit alltmer pressade, kan man se ett ökat krav på effektivitet. En del av detta krav visar sig i allt striktare krav på kommunikationsfärdigheter och träning i empati, liksom i empatiträningens standardisering. Riess empatiträningsinstrument och Hojats formulär är tydliga exempel på sådan standardisering. Detta kan också sägas avspegla hur det patientorienterade

12. Se Hasselbladh m. fl. 2007.

perspektivet blivit ett allt mer *kundorienterat* perspektiv. Det finns en tendens att betona allmänna beteendemönster mot patienter, samtidigt som man inte diskuterar mer detaljerade situationer av interaktion mellan patient och hälsovårdare.

Något som växte på 1990-talet i och med new public management var så kallad *kvalitetsstyrning*. Kvalitetsstyrning bestod i att man införde olika slags styrningssystem för kvalitetskontroll. Dessa kvalitetsstyrningssystem togs ofta från den privata sektorn och från sektorer utanför hälsovården. Konsekvensen var att ett nytt perspektiv på kvalitet introducerades inom hälsovården. Denna förändring brukar ofta beskrivas som en förändring där man förut såg *produktionen* av vård som central medan man nu i stället började se *resultatet* som viktigt. God hälsovård kom då att betyda mätbara resultat.

Den växande mängden av standardiserade empatifrågeformulär och det växande intresset för neurologisk forskning om empati hänger ihop med dessa ökade krav på standardiserad kvalitetskontroll och kostnadseffektivitet. Även om statistik om empati inte ger en djupare förståelse, erbjuder det klara och lätt mätbara resultat, och dessa "resultat" skapar sedan intrycket av effektiv kvalitetskontroll. Den standardiserade empatiträningen kan på så sätt ses som en del av det som Hans Hasselblad m.fl. (2008) kallar för "kundorienterad verksamhetsstyrning". Centralt här är att man utgår från en standardiserad bild av kunden. Hasselblad m.fl. skriver:

[...] kundorienterad verksamhetsstyrning är inte en metod för att säkerställa att den enskilde kundens vilja styr verksamheten. Kundorienterad verksamhetsstyrning består av systematiska metoder för att styra verksamheter mot marknadsrelaterade mål som formuleras av ledningen på grundval av en bestämd kundanalys. [...] Denne kund skapas genom klassificeringsscheman, mått och mätmetoder och representeras i form av insamlade och därefter aggregerade mätvärden från organisationens alla kunder. (Hasselblad m.fl. 2008, s. 71)

Både Riess empatiträningssinstrument och Hojats frågeformulär avspeglar denna bild av patienten som den standardiserade kunden. Från detta kundperspektiv är det vissa grupper av människor som inte passar in i bilden av kvalitet i hälsovården, så som människor med kroniska sjukdomar, mentalt handikappade personer, och hemlösa. Dessa grupper passar inte in i en standardiserad bild av patienten, och de kommer heller aldrig att se bra ut på en skala där "resultat" mäts.

Något som hände i och med att kvalitetskontroll inom hälsovården började växa var också att man kunde se en förändrad attityd mot personal inom hälsovården. Hälsovårdspersonalen sågs inte mera som kompetent att besluta om hälsovårdens struktur.¹³ En aspekt av dessa förändrade attityder är att undervisning i empati har blivit en inköpt expertis. Olika slags kurser i empati köps in av "experter" utanför de specifika arbetsplatserna. Som jag nämnt tidigare, har Riess och Hojat byggt upp företagsverksamhet kring vetenskapligt grundad träning i empati för medicine studerande och för övrig hälsovårdspersonal. Enligt Empathetics hemsida säljer Riess företag idag sina empatiprodukter över hela världen. Likaså har Hojats formulär blivit en stor ekonomisk framgång och säljs idag i global skala. Thomas Jefferson University, som har upphovsrätten för JSE-frågeformulären, gör god ekonomisk vinst på dessa vetenskapligt baserade verktyg. Priserna för formulären varierar mellan 1550 till 5000 dollar per beställning (beroende på om man beställer frågeformulären i pappersform eller i webformat).

Från detta kan man se att neurologisk och kognitiv forskning om empati, liksom den träning som bygger på denna forskning, blivit en stor framgång. Denna framgång kunde såklart i sig själv ses som ett bevis på att forskningen och träningen måste vara av god kvalitet. Jag har ändå försökt visa att vetenskap här används som ett marknadsföringstrick, och skälet till att dessa empatiprodukter säljer så bra beror på att vi idag lever i en tid då standardiserad kvalitetskontroll har blivit dominerande inom den sociala sektorn. De allt starkare kraven på effektivitet liksom de starkare kraven på systematisk kvalitetskontroll har skapat en global marknad för mätinstrument och empatiträning inom hälsovården. Samtidigt är det inte alltid klart vad det egentliga syftet är med dessa kvalitetskontroller. Michael Power (1997) beskriver den ökande mängden standardiserad kvalitetskontroll som ett verktyg som ofta fungerar i syfte att legitimera institutioner utåt snarare än en vilja att verkligen förstå och sätta sig in i de omständigheter som präglar institutionen.

Kvalitetskontroller är "rationaliserade inspektionsritualer" som skapar en känsla av trygghet, och då också institutionell legitimitet, genom att man följer formella kontrollsystem och mätinstrument för auditering. Även om auditeringsfiler skapas, kontrollistor går igenom och prestationer mäts mer och mer detaljerat, handlar auditering mer om form än innehåll. (Power, 1997, s. 96, min övers.)

13. Se Harrison och Pollitt (1994) och Power (1997).

Det är i denna atmosfär av konstant ökande krav på effektivitet och kvalitetskontroll som de vetenskapliga och instrumentella perspektiven på empati kommit att få ett så starkt fotfäste.

Problemet är dock inte enbart att vetenskap används i marknadsföringssyften och att vetenskaplig forskning, inklusive tränings- och kontrollinstrument baserade på denna forskning, kan vara både reduktiv och alltför generaliserande. Det är dessutom så att det vetenskapliga perspektivet på empati leder till en monopolisering av moralisk förståelse. Jag påpekade tidigare i denna text att en central aspekt av hur det patientorienterade perspektivet växte fram på 1970-talet var att det förekom mycket offentlig diskussion angående orättvis och likgiltig behandling inom hälsovården men också i samhället överlag. En del av denna offentliga diskussion resulterade i att det skrevs en stor mängd biografier om sjukdom. Dessa biografier skrevs av patienter, hälsovårdspersonal och också av anhöriga. Biografierna var en del av en öppen samhällsdebatt. Detta var ett perspektiv på patientcentrerad vård där man ansåg att det var viktigt att inte endast *en* person eller *en* forskningsgrupp vid *ett* universitet har rätten att definiera lidandets mening. Snarare sågs det som viktigt att den öppna samhällsdebatten i dagstidningar, och också de olika rösterna i biografier, gav olika innebörd och olika djup åt frågor om sjukdom och vård. Även om denna öppna debatt fortfarande idag pågår och fortfarande är av stor betydelse, kan man också se vissa förändringar. Det som håller på att hända är att en grupp forskare inom området social neurovetenskap och kognitionsforskning stänger denna öppna debatt kring hälsovårdens mening och vänder empatifrågan till något som endast "experter" kan förstå. Det är inte mera de yrkesverksamma, patienterna eller deras anhöriga som förväntas ha en djup förståelse för och förmåga att beskriva vilka svårigheter och problem som finns inom hälsovården. I stället har vi idag "empatiexperter" som erbjuder standardiserade mätinstrument och standardiserad empatiträning. Detta sätt att förhindra en öppen diskussion genom att hävda att det är ett område för vetenskaplig expertis hänger ihop med att man bygger upp en marknad kring moralisk förståelse.¹⁴

14. Jag vill tacka Ella och Georg Ehrnrooths stiftelse, Stiftelsen för Åbo Akademi forskningsinstitut och Kone stiftelsen för den forskningsfinansiering vilken möjliggjort arbetet med denna artikel. Jag vill också tacka den filosofiska institutionen vid Åbo Akademi samt Centrum för Praktisk kunskap vid Södertörns högskola och Centrum för forsknings och bioetik vid Uppsala universitet för många hjälpsamma kommentarer på tidigare versioner av denna artikel. Vissa avsnitt av denna artikel har publicerats tidigare i *Niin & Näin* nr 3, 2017.

LITTERATUR

- Ekman, P. 1995. "Facial Expression and Emotion". *American Psychologist* 48, 4, April, s. 384–92.
- Ekman, P. och W. V. Friesen. 1971. "Constants across Cultures in the Face and Emotion". *Journal of Personality and Social Psychology* 17, nr 2, s. 124–29.
- Empathetics.com. 22.8.2018. <http://empathetics.com/about-us>
- Empathy and Relational Science Program, Massachusetts General Hospital. 22.8.2018: https://www.massgeneral.org/psychiatry/research/empathy_home.aspx
- Halpern, J. 2011. *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Harrison, S. och C. Pollitt. 1994. *Controlling Health Professionals: The Future of Work and Organization in the National Health Service*. Buckingham: Open University Press.
- Hasselbladh, H., E. Bejerot, R. Å. Gustafsson. 2007. *Bortom New Public Management: Institutionell transformation i svensk sjukvård*. Lund: Academia Adacta.
- Hilfiker, D. 1994. *Not all of us Are Saints: A Doctor's Journey with the Poor*. New York: Ballantine Books.
- Hochschild, A. R. 1985. *The Managed Heart, Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Holm, U. 1995. *Det räcker inte att vara snäll: Förhållningssätt, empati och psykologiska strategier hos läkare och andra professionella hjälpare*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hojat, M. 2007. *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement and Outcomes*. New York: Springer.
- . 2016. *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. London: Springer.
- Lindström, C. 2011. "Göra en god handling?". I *Omtankar: Praktisk kunskap i äldreomsorg*. Red. Lotte Alsterdal. Huddinge: Södertörn studies in practical knowledge.
- Olofsson, C. 2011. "Att arbeta tillsammans med människor". I *Omtankar: Praktisk kunskap i äldreomsorg*. Red. Lotte Alsterdal. Huddinge: Södertörn studies in practical knowledge.
- Power, Michael. 1997. *The Audit Society: Rituals of Verification*. Oxford: Oxford University Press.
- Pedersen, R. 2009. "Empirical research on empathy in medicine – A critical review". *Patient Education and Counseling* 76, nr 3, s. 307–22.
- Riess, H., J. M. Kelley, R. W. Bailey, E. J. Dunn och M. Phillips. 2012. "Empathy training for resident physicians: A randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum". *Journal of General Internal Medicine* 26, nr 1, Januari, s. 1280–86.
- Rizzolatti, G. 2005. "The mirror neuron system and its function in humans". *Anatomy and Embryology* 210, s. 419–21.

- Skolnick-Weisberg, D., F. C. Keil, J. Goodstein, E. Rawson, J. R. Gray. 2008. "The Seductive Allure of Neuroscience Explanations". *Journal of Cognitive Science* 20:3, s. 470–77.
- Spiro, H., M. G. Mccrea Curnen, E. Peschel, D. St. James. 1993. *Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpel*. London: Yale University Press.
- Stueber, K. R. 2006. *Rediscovering Empathy: Agency, Folk psychology and the Human Sciences*. Cambridge: MIT Press.
- Svenaesus, F. 2014. "Empathy as a necessary condition of *phronesis*: a line of thought for medical ethics". *Medicine, Health Care and Philosophy* 17, s. 293–99.
- . 2015. "The relationship between empathy and sympathy in good health care". *Medicine, Health Care and Philosophy* 18, nr 2, s. 267–77.
- . 2016. "The phenomenology of empathy: A Steinian account". *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 15, nr 2, s. 227–45.
- Thomas Jefferson University. 22.8.2018. <http://www.jefferson.edu/university/skmc/research/research-medical-education/jefferson-scale-of-empathy.html>
- Zahavi, D. 2014. *Self and Other: Exploring Subjectivity, Empathy, and Shame*. Oxford: Oxford University Press.