

This is an electronic reprint of the original article. This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

---

## Att vårda från hjärtat - sjukskötares uttryck för medlidande

Hemberg, Jessica; Wiklund Gustin, Lena

*Published in:*  
Vård i fokus

Published: 01/09/2021

*Document Version*  
Final published version

[Link to publication](#)

*Please cite the original version:*

Hemberg, J., & Wiklund Gustin, L. (2021). Att vårda från hjärtat - sjukskötares uttryck för medlidande. *Vård i fokus*, 16-25. Article 3. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202201148479>

### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# Att vårda från hjärtat – sjukskötares uttryck för medlidande

av Jessica Hemberg & Lena Wiklund Gustin

Tidigare forskning har beskrivit medlidande (compassion) (1) som hjärtat eller den grundläggande kärnan i vårdandet (2,3). Medlidande beskrivs även som grunden för vårdandets etiska koder (4) och är ett av de fem värden som krävs av en professionell sjukskötare (5). Samtidigt som intresset för medlidande som forskningsområde har vuxit de senaste åren kan vi konstatera att fokus ofta har varit att beskriva medlidande som fenomen, med andra ord förstå vad medlidande är (6–13).

I den här studien fokuserades istället sjukskötares erfarenheter av hur medlidandet kommer till uttryck i mötet med patienter. Artikeln utgör en bearbetning av ett manus som tidigare publicerats på engelska (14).

I forskningen beskrivs medlidande som en komplex och multifacetterad psykologisk och social process som är en del av människans natur (15) samt djupt relationell (12, 16). Medlidande utgår från en genuin kontakt och en medvetenhet den andre personen, samt en stark vilja att försöka lindra den andras lidande (12, 17–20). Olika attribut ingår i medlidande, och nämns i olika omfattning i olika studier.

Begrepp som närvaro, förståelse, känslighet, värdighet och respekt förekommer i en rad stu-

dier, liksom att vårdare är engagerade, närvarande, lyssnar, och svarar an på den andres lidande och även synliggör och bekräftar såväl det som patientens möjligheter och unika sätt att vara som ett sätt att också visa vägar ut ur lidandet och hjälpa personen (2, 16, 20–22). Medlidande beskrivs även som en dygd som kan kultiveras som en del av en persons karaktär (9, 18, 19, 21–23). Medlidande relateras därigenom även till etiska aspekter av vårdande som en respons som leder till handling för att lindra andras lidande

(10, 12, 25).

Vårt att notera i sammanhanget är också att Gilberts (15) betonar att medlidande inte är synonymt med vare sig empati eller sympati, utan att båda dessa begrepp tillsammans med en icke-dömande, fördragsamhet, omsorg om den andre samt känslighet kännetecknar lidandet. Han menar vidare att lidandet kommer till uttryck i olika färdigheter och förmågor, som att kunna visualisera den andres situation, uppmärksamma och reflektera över vad som sker i situationen, med patienten och inom en själv vilket förutsätter att personen också har kontakt med sina egna känslor och även kan förnimma hur det är att såväl ge som ta emot medlidande. Detta konkretiseras sedan i handling i syfte att lindra lidande, samt i en mellanmännisklig atmosfär kännetecknad av värme. Därmed berör Gilbert (15) inte bara vad lidandet är, utan hur det kommer till uttryck, och han lyfter också medlidande som centralt för människors hälsoprocesser.

Samtidigt som forskningen lyfter fram värdet av medlidande konstaterar Hassmiller (26) att medlidande inte får tillräckligt stort utrymme i vården. Detta är i linje med McCaffrey och McConnell (9) som lyfter fram att institutionella miljöer såväl kan underlätta som begränsa uttryck för medlidande. Flera forskare konstaterar också att det behövs fler studier ur vårdares perspektiv, bland annat för att förstå vårdares erfarenheter och uttryck för medlidande (27–29).

## Syfte

Studien syftar till att beskriva vårdares levda erfarenheter av hur medlidande kommer till uttryck i mötet med patienter inom hemvårdskontext. Fokus läggs således på att skapa förståelse för vårdares erfarenheter av vad som kännetecknar medlidande och hur det kommer till uttryck i mötet med patienten. Begreppet "uttryck" skall här förstås i vid mening, och omfattar således såväl vad sjukskötare strävar efter att göra som deras hållning.

## Teoretisk referensram

Den teoretiska referensramen bygger på Eriks-

sons caritativa vårdteori (30, 31) och på Watsons filosofi och teori om transpersonellt vårdande (transpersonal caring) (32). Enligt den caritativa vårdteorin är människan centrum för vårdandet och bör behandlas med värdighet (30, 31). Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv kan patientens lidande lindras i en vårdande relation där sjukskötaren ser varje patient som en unik människa, visar medlidande och strävar efter att bevara patientens värdighet trots lidande (33). Att erkänna lidande är också ett "meddelande" om att man är öppen och tillgänglig för den andra.

Medlidande kan också förstås i förhållande till det som Watson (34) med hänvisning till Levinas (34) beskriver som att tillhörigheten, dvs. vår ömsesidiga kontakt med andra, ontologiskt föregår vårt varande som separata individer och därmed våra rationellt intellektuella och världsliga strävanden (belonging before being) (1). Med hjälp av metaforerna "att hålla den andras liv i våra händer" och "ansiktets etik" (ethics of face) (1) argumenterar Watson (36) för att det är kärleken som stöder och förbinder människor med varandra och påminner oss om en annan dimension genom vilken vi kan upprätthålla vår mänsklighet på en djupare nivå.

## Design och metod

Materialet bestod av texter från intervjuer med tolv sjukskötare (åldersintervall 23–64, elva kvinnor och en man) om deras erfarenheter av medlidande i mötet med patienter i hemvårdskontext. Intervjuerna varade 60–90 minuter.

Alla intervjuer transkriberades av den första författaren och analyserades sedan med en fenomenologisk-hermeneutisk analys i tre steg enligt Lindseth och Norberg (37). Metoden kännetecknas av en rörelse mellan helhet och delar, mellan förståelse och förklaring, och mellan teori och empiri. I det första tolkningssteget läste båda forskarna självständigt allt transkriberat intervjumaterial, varefter var och en formulerade en första naiv förståelse av innebörden av texten som helhet. I följande steg, den tematiska strukturanalysen, identifierades meningsenheter vilka kondenserades, jämfördes med varandra och ab-

straherades till subteman och teman. I detta skede, som Lindseth och Norberg i linje med Ricoeur (38) beskriver som förklarande är det texten som text, och den horisont texten öppnar som är i fokus, snarare än de enskilda berättelserna. Slutligen relaterades de olika delarna till varandra och till den teoretiska referensramen i en tolkad helhet, varvid förståelsen kan nyanseras.

### Etiska överväganden

Etiskt tillstånd att utföra studien beviljades av de tre organisationer där deltagarna rekryterades. Informerat samtycke gällande deltagande i studien och hantering av data för forskningsändamål. Studien följde rekommendationerna från Forskningsetiska delegationen (39).

### Resultatet

Resultatpresentationen följer de tre stegen i den fenomenologisk-hermeneutiska metoden. Efter-

som studien utgår från ett sjukskötarperspektiv så bör formuleringar om vad som sker med patienter förstås som sjukskötares antaganden om detta, snarare än som beskrivningar av "hur det är" för patienterna.

### Naiv förståelse

Den naiva förståelsen, med andra ord den första, spontana tolkningen av materialet som helhet visar att medlidande för sjukskötare verksamma i en hemvårdskontext innebär att agera från ens eget hjärta och ha modet att vara närvarande för den andra i en tillitsfull vårdrelation.

### Strukturanalys

Den tematiska, strukturanalysen resulterade i fyra teman och tio underteman. Teman var: att möta varandra som människor, att vara i stunden, att vara ansvarig inför den andra, och att vara i en kärleksfull gemenskap. Teman och underteman

TEMAN	UNDERTEMAN
Att möta varandra som människor	Att visa genuint intresse Att vara ärlig och naturlig Att främja patientens värdighet
Att vara i stunden	Att ha modet att vara närvarande Att vara tillsammans i tystnad Att vara nära någon
Att vara ansvarig inför den andra	Att vara lyhörd Att inte överge
Att vara i en kärleksfull gemenskap	Att dela lidande Att dela sin egen sårbarhet

Tabell 1. Teman och underteman.

och deras innehåll beskrivs nedan och en översikt ges i tabell 1.

### Att möta varandra som människor

Medlidande innebär ofrånkomligen att människor möts och blir berörda av varandra. Detta möte sträcker sig bortom rollen som "patient" respektive "sjukskötare" och handlar om att sjukskötaren på ett ärligt och ödmjukt sätt behandlar patienten med värdighet genom att visa att patienten som person är i centrum för sjukskötares omsorg. Att möta varandra som människor innebär att visa genuint intresse för patienten som person. Detta kan skapa förutsättningar för patienten att ta emot sjukskötares uttryck för medlidande, eftersom det signalerar till patienten att man ser hur personen har det och bryr sig om det. Ett sätt att visa intresse är att använda icke-verbala uttryck:

Jag tar ögonkontakt, jag ser dem i ögonen så att de kan se en ärlig blick och att [jag är] ödmjukt ... de kan bestämma hur de vill ha det ... allting är på deras villkor.

Att möta varandra som människor innebär också att vara ärlig och naturlig. Sjukskötaren kan göra detta genom att vara närvarande och tillgänglig för patienten utan själviska krav. Genom att vara ärliga i sina intentioner skapas förutsättningar för det tillitsfulla mellanmänskliga samspel som kännetecknar medlidande. Att möta varandra som människor innebär även att främja patientens värdighet: "

Definitivt ... [sjukskötaren måste placera sig på en lägre nivå än patienten] eftersom jag är gäst i patientens hem. Jag kommer dit på deras villkor. Och då ser jag vad vi kan göra tillsammans ... Allt måste vara enligt patientens önskemål. Om jag inte jobbar så ... blir det inget medlidande...".

Genom att exempelvis sitta ner och vara lugn kommunicerar sjukskötaren att han eller hon avser att ödmjukt lyssna på patienten och att patienten är värd att investera tid och engagemang i.

### Att vara i stunden

Att vara i stunden innebär att sjukskötare strävar efter att "vara" här och nu med patienten. Att vara

i stunden innebär att ha modet att vara närvarande genom att skapa ett utrymme för patienten att uttrycka sitt lidande. Deltagarna noterade ändå att alla patienter inte kan uttrycka sitt lidande med ord. Detta utrymme sträcker sig bortom det verbala och medlidande framstår således inte bara som ett gensvar på en patients verbala berättelser utan innebär också att vara tillsammans i tystnad. Sjukskötare behöver ibland "sitta på händerna", dvs. avstå från att agera, snarare än att utföra olika uppgifter eftersom otålighet och uppgiftsorientering är ett hot mot patientens värdighet genom att patientens egna erfarenheter och behov inte prioriteras. Detta beskrivs som att "vara borta från stunden" och agera snarare än "att vara i stunden". "Att inte vänta i tystnad kan återväcka patientens lidande och "stänga [förhållandet] ner [knäpper med fingrarna] ... bara så där".

Att vara i stunden innebär också att medlidande kommer till uttryck genom att vara nära någon. Denna närhet ses som ett sätt att kommunicera till patienten att sjukskötaren är närvarande, tillgänglig och villig att dela den andras lidande: "När vi sitter nära uppstår någon form av spänning ... och jag tror att jag är öppen för att ta emot [vad personen än vill öppna för] och [medlidande] öppnar ett sätt för det". Det handlar således inte bara om fysisk närhet utan också om att vara känslomässigt nära på ett sätt som kan skapa utrymme för patienter att uttrycka sitt lidande. Att vara i stunden som ett uttryck för medlidande innebär följaktligen att visa att man är tillgänglig för den andra och villig att närma sig det som kan vara smärtsamt både att bära och dela.

### Att vara ansvarig inför den andra

Medlidande innebär också ett grundläggande ansvar inför den andre som kommer till uttryck i sjukskötares naturliga villighet att ta hand om och vara lyhörd för patienten. Detta innebär att sjukskötarna är ansvariga inför den andra och har ansvar att förstå för patienten i relation till dennes omgivning och livssituation, inklusive de närstående och vilken betydelse detta sammanhang för patientens hälsa och lidande. Sjukskötare kan

lära känna patienten genom att prata om icke sjukdomsrelaterade saker som patienten är intresserad av. Ansvaret inför den andra sträcker sig med andra ord bortom de gränser som ett medicinskt perspektiv på ohälsa innebär, och bygger snarare på personcentrering och naturlig vård tillsammans med den medmänniska som lider, snarare än att ta över ansvaret.

"Om man vill se ... om man vill höra. Och om man vill hjälpa till. Då finns det inga problem. ... Man måste vara uppmärksam på saken. För jag kommer inte att uppfatta den om jag inte vill".

Att ha ansvar inför den andra innebär också medlidande kommer till synes genom sjukskötares intention att inte överge. Detta innebär att sjukskötaren fortsätter vara patientens stödjande medmänniska även i stunder då det är svårt, och då sjukskötaren kan uppleva sig själv som maktlös:

"Min uppgift är att locka dem att vandra uppåt ur den mörka dalen ... Och först och främst att hjälpa dem att nå högre. Men också att jag går med dem på resan ner ... och när det är bakslag och det är nedförbacke, så följer samma trygghet [jag, sjukskötaren] ... ofta när de får dåliga nyheter, då är jag denna trygghet [som inte överger], men förblir stabil [även om allt annat förändras]".

### Att vara i en kärleksfull gemenskap

Medlidande framstår också som ett delande, inte bara den andras lidande utan av ens egen sårbarhet. Att vara i en kärleksfull gemenskap tillåter sjukskötare att dela lidande, vilket är ett sätt att inte bara vara närvarande och "vara med" utan också att "vara för" den andra på ett sätt som upplevs som stödjande:

"Jag tror att de får styrka från mig ... och att de inte är ensamma ... Det är en gemenskap ... Jag förmedlar 'jag är här med dig'..."

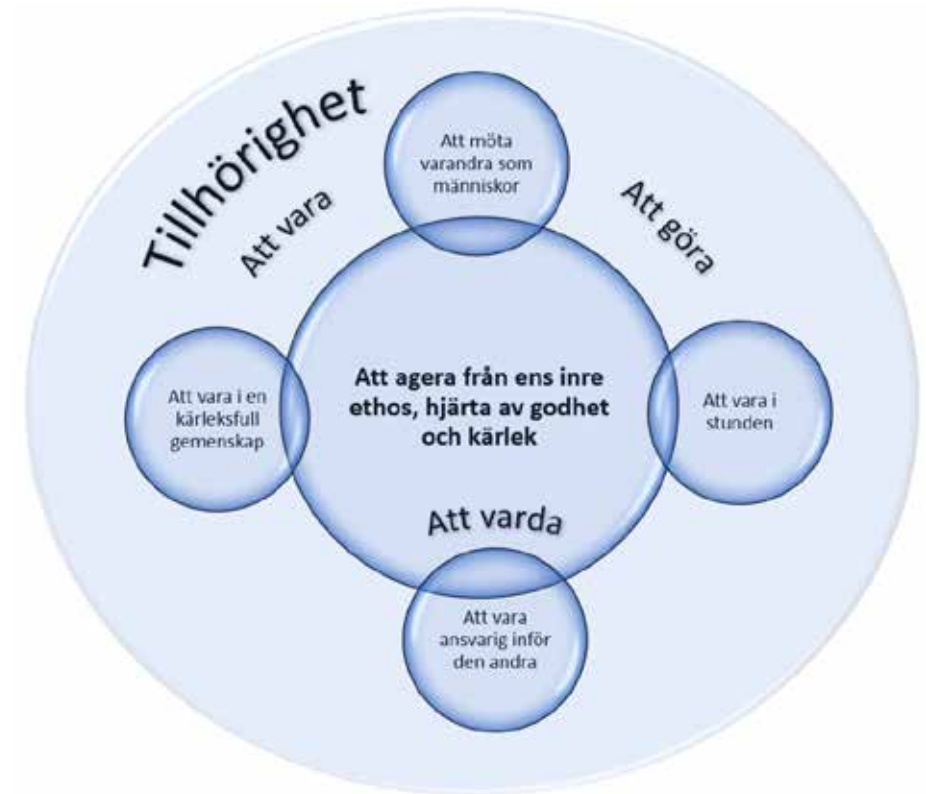
Att vara i en kärleksfull gemenskap innebär också att dela sin egen sårbarhet. Medlidande kommer till uttryck genom att sjukskötare delar något av sig själva, exempelvis att de beröras av den andras lidande eller känner sig otillräckliga, något som kräver mod och också öppnar för den andres sårbarhet.

"Ja, just det ... [tårarna från sjukskötaren kan visa patienten] att man är en människa ... och det gör det även möjligt för även de tuffaste att vara sårbara tillsammans med mig. Eftersom de ser att jag också är sårbar, så kan de också ha modet att visa sig sårbara".

### Tolkad helhet

Den tolkade helheten kan förstås som en syntes av den naiva förståelsen, resultaten från strukturanalysen och den teoretiska referensramen. Att möta varandra som människor och att vara i stunden framstår som ett uttryck för medlidande. Sammanflätat med att vara ansvarig inför den andra och att vara i en kärleksfull gemenskap framstår sjukskötarens upplevelser av att förmedla medlidande i hemvårdskontext som ett övergripande tema – "Att agera från ens inre ethos, sitt hjärta av godhet och kärlek". Det djupa ethos och fokus på den andra som ses här synliggör också att medlidande inte kan reduceras till att bli berörd av den andres lidande och sträva efter att lindra det, utan också handlar om att värna om patientens värdighet. Med utgångspunkt i Watsons (34) tankegångar om att tillhörighet föregår varandet och Erikssons (30) ontologiska hälsomodell framstår ömsesidigheten framstår detta "att höra till" och vara en människa bland människor som ett grundläggande villkor för sjukskötares medlidande. Denna tillhörighet konstitueras genom vårdarens ethos och synliggörs i att medlidandet kommer till uttryck inte bara som görande i form av konkreta interventioner för att lindra lidande, utan också i sjukskötares sätt att ha ansvar, vara tillsammans med den andre, förstå och svara på vad patienten uttrycker. (se figur 1 på följande sida)

Sjukskötares medlidande kommer till uttryck när de är närvarande och delar stunden med en patient genom att "vara" (t.ex. sitta bredvid en patient eller hålla en patients hand), vilket kan hjälpa patienten att hitta modet att också våga vara i stunden. Patientens värdighet bekräftas också när sjukskötare är tillgängliga för en patient på ett ärligt och ödmjukt sätt och kan vänta i tystnad snarare än att omedelbart börja agera



Figur 1. Studiens resultat: När medlidandet kommer till uttryck.

för att exempelvis kontrollera situationen utgående från sina egna värderingar eller för att skapa distans till sina egna reaktioner. I denna väntan finns både fysisk och emotionell närhet där sjukskötaren tillåter sig att bli berörd, för att kunna agera med utgångspunkt i den andre snarare än utifrån egna behov av att prestera. Att "göra ingenting" och "bara vara" tillsammans med patienten är i detta sammanhang också ett uttryck för medlidande och väsentligt i de situationer som är svåra att förändra. Omvänt kan sjukskötare kränka patientens värdighet om de engagerar sig

i omedelbar handling i ett försök att undvika att beröras av patientens lidande, eftersom patienter genom sådana handlingar kan uppfatta att de inte bör blotta sitta lidande och kan uppfatta att lidandeuttryck omedelbart måste "fixas" (jfr 33). Genom att vara i och dela stunden av lidande och sårbarhet kan sjukskötare skapa ett utrymme där patienter kan närma sig sin egen sårbarhet och erkänna samt närma sig sitt lidande på ett nytt sätt. När lidande delas och sårbarhet återkommer kan både sjukskötaren och patienten uppleva en tillväxt i relation till liv och hälsa. Sådan närhet

gör det möjligt för sjukskötare att engagera sig i medkännande handlingar som lindrar lidande och därmed erbjuder patienter en paus (om bara ett ögonblick) från lidande (jfr 40). Sett ur detta perspektiv framstår medlidande således som kommer till uttryck grundat på människors ömsesidighet och tillhörighet, snarare än som något sjuksköterskor gör eller kan förmedla som en intervention.

## Diskussion

Studien syftade till att beskriva vårdares levda erfarenheter av hur medlidande kommer till uttryck i mötet med patienter inom hemvårdskontext. Vi fann att medlidande kommer till uttryck när sjukskötare agerar utifrån sitt inre ethos, hjärta av godhet och kärlek. Dessa handlingar kan förstås som uttryck för en ontologisk tillhörighet, ett förbund människa-till-människa snarare än som interventioner sjukskötare gör inom ramen för en asymmetrisk relation och patient (jfr 34, 41). Samtidigt som detta är i linje med tidigare forskning där medlidande identifierades som en dygd (9, 18, 19, 21, 23, 24), så indikerar resultatet också att medlidande inte kan reduceras till något som kan läras in som "medlidsamma interventioner", utan att det har rötter i vår mänskliga natur, vilket för övrigt också bekräftas av biopsykologisk forskning som visar att vi är fysiologiskt predisponerade på att svara an på andra människor genom de s.k. spegelneuronerna (42).

Som vi ser här är medlidande vård inte bara en fråga om sjukskötare lär känna varje patient som människa. Det handlar också om sjukskötare gör sig tillgängliga på ett sätt som ger en grund för en ömsesidigt sjukskötar-patientrelation, som överskrider asymmetrin i vårdrelationen där en person är beroende av den andras goda vilja och professionalism. Detta är i linje med det personliga band som Sundin och Jansson (43) beskriver, vilket kan förstås som att stödja patienten i kampen med lidandet (33). I linje med detta säger Godlaski (27) att medlidande på många sätt är mer besläktad med vänskap än med någonting annat. Han konstaterar att även om en sådan uppfattning kan vara obekant eller till och med

tolkad som osäker när den betraktas i ett professionellt hälsosammanhang, ligger skillnaden mellan de två i att medlidande förekommer på professionell nivå medan sådan vänskap (dvs. vad andra anser är medlidande) inte uppstår i samma utsträckning på den personliga nivån som på den professionella nivån. Godlaski (27) fortsätter och skriver att: "Den medlidande klinikern påminner om en professionell vän som hjälper oss att leva igenom och prata genom erfarenheterna av sjukdom, lidande, förlust och sorg, samtidigt som hans medlidande framgår tydligt". Pellegrino och Thomasma (44) hävdar också att yrkesverksamma (betraktade som en professionell vän) har mycket kunskap och erfarenhet, som "icke-professionella" vänner vanligtvis saknar.

Godlaski (27) hävdar att medlidande egentligen inte är något man gör, utan snarare något som en annan individs lidande lockar fram i en, och säger att: "Hon och jag är länkade i en slags moralisk dans där ingen leder och ingen är ledd" (27). Enligt Young-Mason (45) är tillhörighet absolut nödvändig för medlidande, och genom att vara medlidande lär sig en individ mer om sårbarheten i att vara människa. Denna typ av erfarenheter skapar grund för den kreativa förståelse som är nödvändig för en persons förståelse och "självtransponering" till andras situation (18, 46). Detta innebär inte att bara "tänka sig in i" hur den andre har det, utan handlar om att vara närvarande och mötas i en situation där såväl sjukskötarens egen som patientens existens berörs. Som Jull (18) konstaterar kräver medlidande handling från den medlidande. I detta sammanhang är det dock viktigt att notera att handling inte är synonymt med konkreta åtgärder.

Att medvetet vara i stunden och ibland också avstå från att agera och istället ge tid som gåva är en aktiv handling, om än i stillhet. Tystnad, närhet och ett ödmjukt tillvägagångssätt kan således var uttryck för medlidande. Att vara i en tyst tillhörighet (med den andra) gör det möjligt för sjukskötare att förstå den andra (jfr. 43) och kan jämföras med den typ av intuitiv kunskap som beskrivs av van der Cingel (47). Vård baserad på intuitiv kunskap innebär att sjukskötare väntar på patienter

och är närvarande, tillgängliga och beredda att möta mörker och lidande i nuet (jfr 22, 47, 48). Centralt i sammanhanget är att som Hammarström (50) konstaterar, vara öppen för den andre och tillåta patientens uttryck för lidande att göra intryck på en själv, utan att ta avstånd från den andre. Detta kräver mod, och forskning om moraliskt mod knyter också detta till engagemang, kärlek och medlidande (50–53). I och med detta kommer ansvaret inför den andre snarare att handla om att i enlighet med Lëvinas (35) tankar om ansvars etik inte om att ta över ansvar, utan om att skapa förutsättningar för ett gott liv för den andre inte bara som patient utan också som medmänniska. Detta återspeglas i den här studien av att sjukskötare talar om att man ska bry om sig från sina hjärtan.

Saunders (29) konstaterar att "Medlidande hör hemma vid patientens säng eller sjukrum, inte på folkhälsoläkarens eller epidemiologens kontor". Samtidigt som vi ser tillhörighet och människors förmåga att svara an på andras lidande som ontologiskt och en del av människans natur är vi också medvetna om att detta kan vara utmanande för sjukskötare. Att möta andras lidande, och kanske också sina egna tankar om att inte kunna göra nog i situationen, kan väcka känslor av maktlöshet och osäkerhet. Att då försöka ta kontroll eller undfly en situation som vi uppfattar som ohanterlig och kanske även hotfull är precis som medlidande en del av vår mänskliga natur (15). Utan reflektion kan det vara svårt att hålla isär verkligheten som den presenterar sig för oss genom tankar som "jag kan inget göra", eller "jag måste göra något konkret", och verkligheten som dem är, det vill säga att det kan vara tillräckligt att stanna kvar och "lida med" den andre. Det finns med andra ord en risk för att handlandet utgår från egna behov av trygghet och kontroll snarare än patientens behov av att kanske "bara" ha någon vid sin sida i en svår stund.

Frågan är då hur sjukskötares förmåga och mod att bli berörda av den andres lidande kan utvecklas på ett sådant sätt att den kan balansera den utmaning som mötet med andras lidande innebär. Med utgångspunkt i Gilberts (15) forskning,

men också i forskning om självmedkänsla (55), så behöver en person kunna visa sig själv medkänsla och ta hand om sina egna reaktioner i mötet med den andres lidande. Om inte finns det en risk att personen överväldigas av sitt eget lidande och blir upptagen med att hålla det ifrån sig, istället för att "lida med" den andre. Ofta utvecklas denna förmåga i och med att vi i svåra situationer får ta emot medlidande från andra som hjälper oss att förstå och reflektera över det svåra, eller som hjälper oss igenom lidandet genom att finnas där. Att vårda och ställas inför andras lidande innebär emellertid en ny situation där tidigare erfarenheter inte alltid är tillräckliga. Studenter och erfarna sjukskötare kan därför behöva möta lärare, handledare och erfarna kollegor som i sin hållning ger uttryck för medlidande, visar förståelse för att möten med andras lidande kan göra ont och ger stöd i reflektion runt de egna reaktionerna – oavsett om dessa handlar om goda möten med patienters lidande, eller om situationer där det varit svårt att vara närvarande och "lida med" patienten. I dessa möten kan en förståelse såväl för de egna reaktionerna som för innebörden av medlidande växa fram (41, 55), och ansvaret inför den andre utvecklas då även till att kunna bära ansvar för sina egna reaktioner.

När sjukskötare har förmåga att ta hand om sina egna reaktioner och vara närvarande i mötet med den andre framstår också medlidande som en aspekt av ömsesidighet och tillhörighet tydligare. Därigenom kan mötet med andras lidande också bli en källa till energi och tillfredsställelse (56, 57).

## Konklusioner

Om medlidande relateras till den ontologiska nivån, och knyts samman med tillhörighet mellan människor som ett grundvillkor för tillvaron, så förefaller det rimligt att anta att uttryck för medlidande som en mellanmänsklig akt är oberoende av kontext även om konkreta interventioner för att lindra lidande kan kopplas till kontextspecifika faktorer. De erfarenheter av att ge uttryck för medlidande som sjukskötare inom hemvården beskrivit i denna studie, kan således ha relevans

även inom andra kontext. Dock behövs ytterligare forskning på detta område.

När medlidandet kommer till uttryck är det i ett sammanhang av mänsklig kontakt, ömsesidighet och tillhörighet, snarare än som en konkret intervention. Detta innebär inte att interventioner inte behövs, sjukskötare bör intervensera för att lindra lidande, men sådana interventioner kan vara riktade mot lidandet och även ske på basen av någon annans bedömning utan att vara uttryck för medlidande.

När medlidande kommer till uttryck handlar det snarare om att sjukskötaren har mod att ödmjukt och i en anda av medmänsklighet och kärlek engagera sig i mötet med patienten och att handlingar för att lindra lidandet – om så bara att vara tysta tillsammans – kan få en annan grund än standardiserade interventioner. Detta kan leda till en vårdande gemenskap som även den lindrar lidande. Att förstå att medlidande inte innebär att göra men att vara kan möjligen lindra stress för sjukskötare som annars kan känna sig tvungna att agera och "lösa" svårigheter under möten med lidande patienter.

### Jessica Hemberg

Docent, akademilektor i vårdvetenskap, enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa

### Lena Wiklund Gustin

Professor, UiT/Norges arktiske universitet, Narvik & Mälardalens högskola, Västerås

### REFERENSER

1. The Oxford English Dictionary (2nd ed.). Oxford: Clarendon Press; 1989.
2. Chambers C, Ryder E. Compassion and caring in nursing. Abingdon, Radcliffe Publishing Ltd; 2009.
3. Chambers C, Ryder E. Excellence in Compassionate Nursing Care: Leading the Change. Radcliffe Publishing, Oxford; 2012.
4. Tehranineshat B, Rakhshan M, Torabizadeh C, Fararouei M. Nurses', patients' and family caregivers' perceptions of compassionate nursing care (Internet). Nursing ethics; 2018. Hämtad från: doi 10.1177/0969733018777884.
5. International Council of Nurses. The ICN Code of Ethics for Nurses (Internet); 2012. Hämtad från: www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/2012\_ICN\_Codeofethicsfornurses\_%20eng.pdf.
6. Bramley L, Matiti M. How does it really feel to be in my shoes? Patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses (Internet). Journal of Clinical Nursing; 2014; 23: 2790–2799. Hämtad från: doi 10.1111/jocn.12537.
7. Brito-Pons G, Librada-Flores S. Compassion in palliative care: a review (Internet). Current Opinion in Supportive and Palliative Care; 2018; 12: 472–479. Hämtad från: doi 10.1098/SPC.0000000000000393.
8. Department of Health & NHS Commissioning Board. Compassion in practice: Nurse midwifery and care staff: Our vision and strategy. London, UK; 2015.
9. McCaffrey G, McConnell S. Compassion: a critical review of peer-reviewed nursing literature (Internet). Journal of Clinical Nursing; 2015; 24: 3006–3015. Hämtad från: doi 10.1111/jocn.12924.
10. Sinclair S, Hack T F, Raffin-Bouchal S, McClement S, Stajduhar K, Singh P, Chochinov H M. What are healthcare providers' understandings and experiences of compassion? The healthcare compassion model: a grounded theory study of healthcare providers in Canada (Internet). BMJ Open; 2018. Hämtad från: doi 10.1136/bmjopen-2017-019701.
11. Sinclair S, McClement S, Raffin-Bouchal S, Hack T F, Hagen N A, McConnell S, Chochinov H M. Compassion in Health Care: An Empirical Model. Journal of Pain and Symptom Management; 2016a; 51: 193–203.
12. Sinclair S, Norris J M, McConnell S J, Chochinov H M, Hack T F, Hagen N A, Bouchal S R. Compassion: a scoping review of the healthcare literature. BMC Palliative Care BioMed Central; 2016b; 15.
13. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Rahmani A, van der Cingel M, Ghafourifard M. Factors facilitating nurses to deliver compassionate care: a qualitative study. Scandinavian Journal of Caring Science; 2018; 32: 92–97.
14. Hemberg J, Wiklund Gustin L. Caring from the heart as belonging – the basis for mediating compassion. Nursing Open; 2020; 7: 660–668.
15. Gilbert P. Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges. Constable-Robinson; 2009.
16. Spandler H, Stickley T. No hope without compassion: the importance of compassion in recovery-focused mental health services. Journal of Mental Health; 2011; 20: 555–566.
17. Chochinov, H M. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C and D of dignity conserving care. BMJ; 2007; 335: 184–187.
18. Jull A. Compassion: A concept exploration. Nursing Praxis in New Zealand Inc; 2001; 17: 16–23.
19. Schantz M L. Compassion: a concept analysis. Nursing Forum; 2007; 42: 48–55.
20. Wiklund Gustin, L & Wagner, L. The Butterfly Effect of Caring – clinical nursing teachers' understanding of compassionate care. Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2013; 27: 175–183. doi 10.1111/j.1471-6712.2012.01033.x
21. Burnell L. Compassionate Care: A Concept Analysis. Home Health Care Management & Practice; 2009; 21: 319–324.
22. van der Cingel M. Compassion: The missing link in quality of care. Nurse Education Today; 2014; 34: 1253–1257.
23. Bradshaw A. Measuring nursing care and compassion: the McDonaldised nurse? Journal of Medical Ethics; 2009; 35: 465–468.
24. von Dietze E, Orb A. Compassionate care: a moral dimension of nursing. Nursing Inquiry; 2000; 7: 166+–174.
25. Frampton S B, Guastello S, Lepore M. Compassion as the foundation of patient-centered care: the importance of compassion in action. Journal of Comparative Effectiveness Research; 2013; 2: 443–455.
26. Hassmiller B S. Bringing Compassion Back to the Forefront of Care. JONA: The Journal of Nursing Administration; 2018; 48: 175–176.
27. Godlaski T M. On Compassion. Substance Use & Misuse; 2015; 50: 942–947.
28. Jakimowicz S, Perry L, Lewis J. Insights on compassion and patient-centred nursing in intensive care: A constructivist grounded theory. Journal of Clinical Nursing; 2017; 27: 1599–1611.
29. Saunders J. Compassion. Clinical Medicine; 2015; 15: 121–124.
30. Eriksson K. Caring Science. The science of caring. (In Swedish: Vårdvetenskap. Vetenskapen om vårdandet). Liber AB, Stockholm; 2018.
31. Lindström U Å, Nyström L L, Zetterlund J E, Katie Eriksson. Theory of caritative caring. In: Alligood M R (Ed). Nursing Theorists and Their work. 9th ed. St. Louis, Missouri, USA: Elsevier – Health Sciences Division; 2018.
32. Willis D G, Leone-Sheehan M L. Watson's Philosophy and Theory of Transpersonal Caring. In: Alligood, M.R. ed. Nursing Theorists and Their work. 9th ed. Elsevier Mosby; USA; 2014.
33. Eriksson K, Peterson C. (Ed.), Zetterlund, J. (Ed.). The Suffering Human Being. Nordic Studies Press; English edition; 2006.
34. Watson J. Caring Science: Belonging Before Being as Ethical Cosmology. Nursing Science Quarterly; 2005; 18: 304–305.
35. Lévinas E. Totality and infinity. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press; 2000. (Original work published 1969).
36. Watson J. Love and Caring. Ethics of Face and Hand – An Invitation to Return to the Heart and Soul of Nursing and our Deep Humanity. Nursing administration; 2003; 27: 197–202.
37. Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience (Internet). Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2004; 18: 145–153. Hämtad från: doi 10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x.
38. Ricoeur P. From text to action – essays in hermeneutics II, London: The Athlone Press; 1991.
39. Forskningsetiska delegationen. God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland (Internet). Forskningsetiska delegationens anvisningar; 2012. (hämtad 2.2.2019) Hämtad från: www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\_ohje\_2012.pdf.
40. Hemberg J. The source of life, love – health's primordial wellspring of strengt (Doktorsavhandling) (In Swedish: Livets källa kärleken – hälsans urkraft). Åbo: Åbo Akademi; 2015.
41. Wiklund Gustin L, Wagner L. The butterfly effect of caring – clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care. Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2013; 27: 175–183.
42. Bauer J. Varför jag känner som du känner. Intuitiv kommunikation och hemligheten med spegelneuronerna. Stockholm: Natur & Kultur; 2007.
43. Sundin K, Jansson L. 'Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia (Internet). Journal of Clinic Nursing; 2003; 12: 107–116. Hämtad från: doi 10.1046/j.1365-2702.2003.00676.x.
44. Pellegrino E, Thomasma D C. The virtues in medical practice. New York: Oxford University Press; 1993.
45. Young-Mason J. An Understanding of Compassion in Nepo's Acre of Light. Clinical Nurse Specialist; 1994; 8: 156.
46. Pence G E. Can compassion be taught? Journal of Medical Ethics; 1983; 9: 189–191.
47. Van der Cingel M. Compassion in care: A qualitative study of older people with a chronic disease and nurses. Nursing ethics; 2011; 18: 672–685.
48. Hemberg J. The dark corner of the heart – understanding and embracing suffering as portrayed by adults (Internet). Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2017. Hämtad från: doi 10.1111/scs.12424.
49. Hammarström L. Encounters with patients in forensic inpatient care: Nurses lived experiences of patient encounters and compassion in forensic inpatient care. (Licentiatavhandling). Mittuniversitet, Sundsvall: Sweden; 2020.
50. Arman M, Hök J. Self-care follows from compassionate care – chronic pain patients' experience of integrative rehabilitation (Internet). Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2016; 30: 374–381. Hämtad från: doi 10.1111/scs.12258.
51. Lindwall L, Bouissad L, Kulzer S, Wigerblad A. Patient dignity in psychiatric nursing practice (Internet). Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing; 2012; 19: 569–576. Hämtad från: doi 10.1111/j.1365-2850.2011.01837.x.
52. Numminen O, Repo H, Leino-Kilpi H. Moral courage in nursing: A concept analysis. Nursing Ethics; 2017; 24: 878–891.
53. Thorup C, Rundqvist E, Roberts C, Delmar C. Care as a matter of courage: vulnerability, suffering and ethical formation in nursing. Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2012; 26: 427–435.
54. Neff K D, Germer C. Self-Compassion. In Emma S, Emiliana S-T, Brown S L, Worline M C, Cameron C D, Doty J R (Eds.), The Oxford handbook of compassion science. Oxford: Oxford University Press; 2017.
55. Wiklund Gustin, L. (2017). Compassion for self and others as key aspects of well-being in changing times (Internet). Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2017; 31(3): 427–433. Hämtad från: doi 10.1111/scs.12536.
56. Dunn D J. The intentionality of compassion energy. Holistic Nursing Practice; 2009; 23: 222–229.
57. Hegney D G, Craige M, Hemsworth D, Osseiran-Moissin R, Aoun S, Francis K, Drury V. Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results; (2014); 22: 506–518.