

Forside

Eksamensinformation

S910000102 - S910000102: Speciale, Tom Ingerslev
Blaabjerg

Besvarelsen afleveres af

Tom Ingerslev Blaabjerg
tobla20@student.sdu.dk

Eksamensadministratorer

Inge Poetzsch
ipoetzsch@health.sdu.dk
☎ +4565502738

Bedømmere

Anders Juhl Rasmussen
Eksaminator
ajr@sdu.dk
☎ +4565502030

Helle Weber Ravn
Censor
helle@weberravn.dk

Vær opmærksom på titel

Du skal være opmærksom på, at den titel du angiver i Digital Eksamen er den titel der bliver skrevet på dit eksamensbevis. Vær derfor ekstra opmærksom på stave- og slåfejl.

Links

Filer

Besvarelsesinformationer

Titel: En kvalitativ interviewundersøgelse af medicinstuderendes personlige og faglige udbytte af at deltage i det obligatoriske kursus narrativ medicin, Syddansk Universitet

Titel, engelsk: A qualitative interview-based study of medical students' personal and professional benefit of participating in the mandatory course Narrative Medicine, University of Southern Denmark

Vejleder / eksaminator: Anders Juhl Rasmussen

Antal tegn: 71772

Indeholder besvarelsen fortroligt materiale: Nej

Må besvarelsen gøres til genstand for udlån: Ja

Må besvarelsen bruges til undervisning: Ja

A qualitative interview-based study of medical students' personal and professional benefit of participating in the mandatory course Narrative Medicine, University of Southern Denmark

En kvalitativ interviewundersøgelse af medicinstuderendes personlige og faglige udbytte af at deltage i det obligatoriske kursus narrativ medicin, Syddansk Universitet

Af: Tom Blaabjerg
stud. cand. scient. fys.
Kandidatspeciale
Syddansk Universitet
01.06.2022.

Abstract

Background:

Complex stories of illness and chronic sick patients calls for person-centered treatment and health professionals, who are able to recognize, absorb and interpret the known and unknown in patients accounts of illness. The mandatory course Narrative Medicine for medical students' in 2nd semester at University of Southern Denmark practices these skills by reading fiction texts about illness, doctor-patient relation, mortality, grief and more, and discuss themes in class to become better doctors.

Aim:

The aim of this thesis was to investigate medical students' benefit personal and professional by participating in the course narrative medicine.

Methods:

Five semi-structured interviews with participating students were conducted, and casual interviews as well as participant observation in class informed interview-guide. Thematic analysis was used to analyze data with a phenomenological-hermeneutic approach.

Findings:

Four themes were identified, including: 1: Insights in illness experiences and new perspectives on the role of being a doctor. 2: Benefit of classroom teaching versus auditorium presentations. 3: Relevance of the course in 2nd semester. 4: Absence of an exam and consequences of this. Students described that the course was relevant and experienced a humanizing effect. Close reading worked best in classroom teaching with fewer students compared to an auditorium. Students described new perspectives on doctor-patient relation and in the role of being relatives. 80% thought that the course was placed too early in their medical education. Absence of an exam contributed maybe to less commitment in class for some students.

Conclusion:

It seems like five voluntarily participating students in this project, had positive experiences with narrative medicine, when they were asked immediately after the course finished.

Abstract

Baggrund:

Komplekse sygdomsfortællinger og flere patienter med kroniske smerter kalder på personcentreret behandling og medicinstuderende og sundhedsprofessionelle, der evner at genkende, fortolke og forstå, hvad patienten forsøger at meddele om sygdom. Det obligatoriske kursus Narrativ Medicin for medicinstuderende, 2. semester, Syddansk Universitet, har etableret sig med erklæret formål om at træne studerende i en narrativ kompetence ved at anvende de litterære metoder nærlæsning og kreativ skrivning. Der læses skønlitterære tekster om læge-patient relation mm. og studerende inviteres til at deltage i skrivelser.

Formål:

Dette speciale undersøgte medicinstuderende på 2. semester og deres oplevelse af det personlige og faglige udbytte af undervisningen i narrativ medicin.

Metode:

Fem semi-strukturerede interviews med studerende blev udført og uformelle interview og deltagerobservation i undervisning informerede interview-guide. Tilsammen var dette datagrundlaget for specialet. Tematisk analyse blev anvendt til at analysere data og jeg havde en emergent induktiv tilgang. Fænomenologisk-hermeneutisk teori har inspireret til fortolkningen af transskriberede interviews.

Resultater:

Der blev identificeret fire hovedtemaer med betydning for studerendes udbytte, herunder 1: Indsigter i sygdomserfaringer og nye perspektiver på lægerollen. 2: Udbytte af holdundervisning versus auditorieforelæsninger. 3: Kursets relevans på 2. semester. 4: Fraværet af eksamen og konsekvenser heraf. Studerende beskrev, at kurset var relevant og at nærlæsning af tekster, analyse og fælles diskussion fungerede bedst til holdtimer. Narrativ medicin medvirkede til, at studerende oplevede at blive mere ”menneskelige” og bidrog med indsigter i, hvordan det kan føles at være pårørende til en alvorligt syg patient samt nye perspektiver på lægerollen. Fire ud af fem studerende (80%) mente, at kurset var placeret for tidligt på uddannelsen. Og fraværet af afsluttende eksamen bidrog muligvis til, at nogle studerende udviste mindre engagement i undervisningen, fordi deres opmærksomhed var rettet mod fag, de skulle til eksamen i.

Konklusion:

Det tyder på, at fem frivillige studerende har fået personligt og fagligt udbytte af undervisning i narrativ medicin, når de bliver spurgt umiddelbart efter kursets afslutning.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	1
2. Metode	6
2.1 Studiedesign.....	6
2.1 Kontekst.....	7
2.3 Metodevalg	8
2.4 Analysestrategi.....	8
2.5 Videnskabsteori	9
2.6 Min forforståelse, ståsted og bias.....	12
2.7 Etik og datasikkerhed	14
3. Resultater	14
3.1 Indsigt i sygdomserfaringer og nye perspektiver på lægerollen.....	14
3.2 Udbytte af holdundervisning versus auditorieforelæsninger med øvelser.....	18
3.3 Kursets relevans på 2. semester.....	20
3.4 Fraværet af eksamen og konsekvenser heraf	23
4. Diskussion	25
4.1 Diskussion af resultater	26
4.2 Fund i relation til tidligere forskning	27
4.3 Metodologiske begrænsninger	28
5. Konklusion og implikation for praksis	30
6. Referencer	31
7. Appendiks	35
7.1 Appendiks 1: Sample af projektbeskrivelse for specialet i narrativ medicin.....	35
7.2 Appendiks 2: Standards for reporting qualitative research (SRQR).....	37
7.3 Appendiks 3: Samtykkeerklæring.....	39
7.4 Appendiks 4: Interview-guide	41
7.5 Appendiks 5: Sample af transskription - studerende A.....	44
7.6 Appendiks 6: Feltnotater fra undervisning og uformelle interview.....	46
7.7 Appendiks 7 – Ekstra forforståelse.....	47

1. Indledning

Der er sket en ændring i sygdomsbilledet i Danmark de seneste årtier. Fra 2010 til 2019 ses en stigning på 25% flere borgere med udvalgte kroniske sygdomme, herunder KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma (Sundhedsdatastyrelsen). Antallet af kvinder i alderen 16 år og op der har en psykisk lidelse, er steget med 50% fra 2013 til 2021 og for mænd med 30% (Den Nationale Sundhedsprofil 2021). Den tidligere årsag-virknings forklaringsmodel udfordres i disse år af komplekse sygdomsfortællinger og kroniske smertepatienter. I Danmark viser et kohortestudie fra 2017 på ca. 10.000 mennesker, at henholdsvis 10% af mændene og 17% af kvinderne oplyser, at de har en funktionel lidelse (Dantoft et al., 2017). Det er bekræftet i et andet studie af ca. 50.000 danskere, hvoraf 15% har en funktionel lidelse (Rasmussen et al., 2020). En funktionel lidelse er karakteriseret ved, at patienter oplever at have fysiske symptomer, der ikke kan påvises med blodprøver, røntgenundersøgelser eller andre biomedicinske test (Funktionelle lidelser: viden og redskaber almen praksis, 2021). Antallet af borgere med kroniske smerter er steget fra 19% i år 2000 til 29% af befolkningen i 2017. Det er over 1.3 millioner mennesker (Sundhedsstyrelsen). Flere rammes af depression, angst og stress, og den nationale sundhedsprofil for 2021 tegner et billede af forværring i danskernes mentale sundhed. En stigning i antallet af unge mellem 16 og 24 år med selv vurderet nedtrykhed defineret som; ulykkelig, nedtrykt eller deprimeret inden for de seneste fjorten dage, er steget fra 38.3% i 2010 til 60.8% i 2021. For unge mænd var andelen 24.1% i 2010 og 44.8% i 2021. Dette er næsten en fordobling og det synes jeg, er bekymrende. Der ses yderligere tendens til at score højt på stressskalaen blandt unge. 21.3% af kvinderne havde et højt stressniveau i 2010, mens det var 52.3% i 2021. For mænd ses en ændring i andelen fra 11.3% i 2010 til 31.2% i 2021 (Den Nationale Sundhedsprofil 2021).

Resultater fra den nationale sundhedsprofil skal ses i lyset af, at data er indsamlet under covid-19 og derfor kan have forstærket tendenser, der allerede var i gang (Den Nationale Sundhedsprofil 2021). Ikke desto mindre er det tydeligt på de kvantitative parametre, at der er et problem. Det kalder efter min opfattelse på et sundhedsvæsen, der kan levere personcentreret behandling, men er muligvis samtidig et udtryk for et samfund, herunder uddannelsessystem og arbejdsmarked, med strukturelle udfordringer.

Den biomedicinske tilgang har siden den fra omkring midten af det 20. århundrede viste sig andre tilgange overlegen hjulpet millioner af mennesker på verdensplan. Skader i menneskets biologi er forsøgt kureret ved diverse medicinske eller kirurgiske interventioner. Skader blev set som årsagen til, at patienten oplevede smerter, og sundhedsvæsenet arbejdede i stigende grad ud fra ”apparatfejlsmodellen”. Hvis sundhedsvæsenet så at sige kunne identificere ”fejlen” eller skaden og ”fikse” den, var patienten rask. Nutidens forskning tyder dog på at nogle biologiske vævsskader og slid også findes hos mennesker, der ikke oplever smerter. Her kan nævnes diskusprolaps og degenerative forandringer i ryggen (Boos *et al.*, 1995; Deyo *et al.*, 2009; el Barzouhi *et al.*, 2013). Hver femte dansker har en diskusprolaps uden at opleve smerter. Et studie peger på, at ved MR-scanning af 3110 raske personer havde 37% af alle 20-årige slidgigt i ryggen og tallet steg gradvist med alderen – uden at de oplevede smerter. Af de 80-årige var det 96%, der havde slidgigt i ryggen, hvilket betyder, at det er mere reglen end undtagelsen at have diskus degeneration i den alder (Brinjikji *et al.*, 2015).

Der er også eksempler på skader i rotatorcuffen (muskler omkring skulderleddet). Forskere fik to erfarne radiologer til at undersøge en gruppe uden smerter i skulderen ved MR-scanning og fortolke resultaterne. De fandt ”skadestilstande” i 34% af alle aldersgrupper og 54% ”skadestilstande” i aldersgruppen over 60 år. Rotatorcuff ”skadestilstande” steg konsekvent med alderen og var kompatible med en normal, smertefri og aktiv hverdag (Sher *et al.*, 1995). Der findes eksempler på borgere med artrose i knæleddet uden smerter (Guermazi *et al.*, 2012). Borgere med akillessener, hvor begge var strukturelt komprimerede, men kun den ene ankel gjorde ondt (Docking *et al.*, 2015).

Og der er eksempler på det modsatte fænomen. De fleste har en opfattelse af, at smerter er lig med skade. Men eksempler fra hverdagen kan være hovedpine, ondt i maven og *brainfreeze*, hvor det opleves ubehageligt eller gør ondt, men ingen skade er sket. Det kan også være mennesker, der oplever at have smerter i fx ryg eller knæ uden, at der ses biologiske tegn på skade. Fantomsmerter, hvor patienter har mistet en arm eller et ben og kan opleve smerter i en kropsdel, de ikke har mere. Det tyder derfor på at René Descartes dualistiske tilgang til smerte og skade (den biomedicinske model), hvor ”skade” var lig med årsagen til smerte, udfordres i disse år (Jensen, Høgh and Pickering, 2015).

I 1977 introducerede George Engel den bio-psyko-sociale model, som Fordyce og Loeser overførte til smertevidenskab. Deres viden har bidraget til en ny forklaringsmodel for smerte. Mennesket betragtes som et biologisk, psykologisk og socialt væsen og der er konsensus om, at smerte er en oplevelse produceret af hjernen på baggrund af al tilgængelig information (Moseley and Butler, 2015). Det er endnu uvist, hvor stor procentdel af mennesket de tre dimensioner udgør i forhold til hinanden, men det står med nutidens forskning mere og mere klart, at kroppen og sindet påvirker hinanden gensidigt.

De seneste årtier har den ny smertevidenskab bidraget med perspektiver på menneskekroppen og sindet som værende mere robust, end man hidtil har troet (Reiman *et al.*, 2016; Dan-Azumi *et al.*, 2018). Vores erfaringer, viden og overbevisninger ser ud til at forme vores smerteoplevelse. Med den rette vejledning er patienter i stand til at komme sig efter alvorlige traumer (Fernandez *et al.*, 2016; Gugliotta *et al.*, 2016). Hvis hjernen gradvist eksponeres for belastning og får tilstrækkelig hvile, tilpasser den sig løbende stimulus, fordi hjernen er plastisk. En faktor som tid og fænomenet *regression to the mean* spiller en væsentlig rolle i menneskets helingsproces. Det tyder på, at kroppen er i stand til at hele sig selv i meget høj grad (Zhong *et al.*, 2017). Sundhedssociologen Arthur Frank skriver, at mange patienter løbende søger at skabe mening i en ellers kaotisk livssituation eller verden (Frank, 2013). Dette kan læger og sundhedsprofessionelle også møde eksempler på i skønlitteraturen og kunsten. Fortællinger og litteratur er måske det mest intime møde, man kan have med et andet menneske, fordi man kan høre dens indre stemme, det ”indre” menneske. En forståelse for andre menneskers livsverden og selv ubevidste tankemønstre er noget af det, litteraturen kan give læsere et indblik i, og som de næppe ville kunne få andre steder.

Muligvis kan undervisning i narrativ medicin være én af nøglerne til at åbne for kommende læger og sundhedsprofessionelles forståelse for og indsigt i, det komplekse ved at være menneske i nutidens verden med alle vores modsætninger, idiosynkrasier, overbevisninger og skiftende narrativer. Og ved at styrke klinikers narrative kompetence kan de muligvis handle mere nøjagtigt på patienters fortælling og forbedre behandlingen.

På lægeuddannelsen, Syddansk Universitet, har narrativ medicin været et obligatorisk kursus siden 2017. Narrativ medicin er et nyere undervisnings- og forskningsfelt, der kan placeres inden for personcentreret medicin (Juhl Rasmussen, Mai and Ploug Hansen, 2021).

Ifølge Rita Charon, læge, professor i intern medicin og ph.d. i engelsk litteratur, der har udviklet metodologien og dertil hørende pædagogik i narrativ medicin, er formålet at styrke lægers forståelse for patienters meddelelse om sygdom (Charon, 2017). Narrativ medicin trækker på fænomenologiske og hermeneutiske teorier, og kurset har løbende udviklet sig og udbydes i dag som obligatorisk kursus for medicinstuderende på 2. semester. Det kan vælges som valgfag på de sundhedsfaglige kandidatuddannelser på SDU og tilbydes som efteruddannelseskursus for almen praktiserende læger i regi af lægeforeningen. Der er oprettet et lektorat i narrativ medicin i Danmark. Og forskere fra kulturvidenskab er begyndt at samarbejde med forskere fra samfunds-, sundheds- og naturvidenskab om det overordnede felt ”personcentreret medicin”. Et samarbejde, der ønsker at forstå mennesket og sundhed i bred forstand og anholder, at mennesket ikke kan reduceres til biologi, socialitet eller psykologi.

Det overordnede formål med narrativ medicin er at træne studerende og klinikere til en adfærd karakteriseret ved begreberne; *attention*, *representation* og *affiliation*. Disse begreber er udviklet af Rita Charon og knytter forskning og undervisning i narrativ medicin mod en adfærd karakteriseret ved aktiv, fokuseret og engageret lytning til patientens sygdomsfortælling (*attention*), præcis repræsentation skriftligt, visuelt eller verbalt af det patienten forsøger at kommunikere (og ikke kommunikerer) verbalt (*representation*), som resulterer i en ligeværdig og genkendelig relation og skaber en samlet enhed mellem patient og kliniker til gavn for patientens behandlingsplan (*affiliation*). Kompetencer, der skal forbedre diagnosticering og behandling. Herudover har narrativ medicin et erklæret formål om at understøtte lægers egenomsorg og at etablere et sundhedsvæsen, hvor patienten er i fokus. Hvor sundhedsydelse er til for patienten og ikke for at matche en institutions økonomiske interesser (Charon, 2017).

Til at opnå dette anvender Rita Charon sammen med kolleger på Columbia University de litterære metoder nærlæsning og kreativ skrivning. Nærlæsning er karakteriseret ved en undersøgende læsning af kortere skønlitterære tekster, billeder, digte, musik med mere – ofte i plenum – hvor hvert ord i teksten får betydning i sammenspil med helheden. Dette kan minde om en konsultation med en patient og deres anamnese (sygdomshistorie). Her lytter lægen eller den sundhedsprofessionelle opmærksomt og nysgerrigt og forsøger at begribe, hvad patienten prøver at kommunikere. På samme måde som nærlæsning fokuserer på en tekst’ ordlyd, tid, stemning og fortællestemme, vil den ”opmærksomme læge” fx fokusere på patientens sprog, humør, kropssprog, toneleje og udstråling.

Kreativ skrivning eller reflektiv skrivning er en måde at personliggøre og udforske studerendes tankeprocesser i forlængelse af en læst tekst i undervisningen. Ved at blive bevidst om egen tankeproces eller refleksioner over en læst tekst, eller skrive sine refleksioner ned over mødet med en specifik patient, der gjorde indtryk, kan denne praksis muligvis styrke lægers samhørighedsfølelse og egenomsorg. Måske kan den enkeltes skriftlige arbejde og bearbejdning af tanker og følelser i forlængelse af en læst tekst, og ved at synliggøre dette for medstuderende, kolleger eller patienten, bidrage til at opdage nye - måske genkendelige - områder af hinanden og potentielt styrke samhørighedsfølelse, relationer og fællesskab og bidrage til et medmenneskeligt arbejdsmiljø, ifølge Charon (Charon, 2017; Juhl Rasmussen, Mai and Ploug Hansen, 2021). Og muligvis kan man opøve en klinisk sensibilitet og modtage, fortolke, forstå og handle på patientens sygdomsfortælling ved at læse god skønlitteratur. Det er i hvert fald hypotesen (Charon, 2017).

De kortere skønlitterære tekster som præsenteres i undervisningen på Syddansk Universitet tager udgangspunkt i temaer som sygdom, lidelse og læge-patient relation. Koncentrerede øvelser i at være nysgerrig og opmærksom på kunstneriske udtryksformer (litteratur, billedkunst, film) betyder, at sundhedsprofessionelle måske bliver bedre til at forstå, hvad patienten forsøger at meddele om sygdom. Og det kan – måske - overføres til lægekonsultationen, der også indebærer et menneske og en sygdomsfortælling, der skal fortolkes. Kunst fortsætter med at kaste ny betydning af sig, alt efter hvordan, af hvem og hvor længe, det studeres. På samme måde kommunikerer patienter ofte direkte eller indirekte, hvad deres hovedproblem er, og den medicinstuderende eller sundhedsprofessionelle trænes i at opfange dette. Det kræver en åbenhed og nysgerrighed, som narrativ medicin forsøger at stimulere gennem æstetiske oplevelser. En klinisk kompetence i at etablere en tillidsfuld relation gennem lydhør opmærksomhed mod, hvad patienten fortæller om deres sygdom eller tøver med at fortælle, kan narrativ medicin muligvis bidrage til. Forhåbningen er, at skabe empatiske og lydhøre medicinstuderende og sundhedsprofessionelle der bevarer evnen til modtagelighed, klarsyn og indsigt i menneskelivet (Juhl Rasmussen, Mai and Ploug Hansen, 2021).

Teoretiske overvejelser om hvorvidt det er muligt at forbedre empatiniveau samt styrke egenomsorg gennem læsning af litteratur findes i artikler af forskere som Kidd og Castano, Ann Jurecic og Nuccio Ordine. (Kidd and Castano, 2013; Kelm *et al.*, 2014; Mai, 2019; Juhl Rasmussen, Mai and Ploug Hansen, 2021). De kritiske stemmer anholder, at instrumentalisering af menneskelig relationsskabelse netop ikke er, hvad humaniora i sin essens står for (Ann Jurecic, Nuccio Ordine).

I en statusartikel i Ugeskrift for Læger 2020 skriver lektor i narrativ medicin, Anders Juhl Rasmussen, og Morten Sodemann, professor i global sundhed og indvandrermedicin, at der er et videnshul. Og at effekter af kurset i narrativ medicin bør undersøges nærmere (Rasmussen and Sodemann, 2021).

To systematiske oversigtsartikler fra 2019 har undersøgt indholdet og effekter af undervisning i narrativ medicin, fortrinsvis baseret på studier fra overvejende USA og Canada hvor 89% af inkluderede studier i Milota *et al.*'s review og 83.7% i Remein *et al.*'s review, er publiceret (Milota *et al.*, 2019; Remein *et al.*, 2020). Forskerne fandt høj deltagertilfredshed, positive effekter på kompetencer som relationskabelse, empati, pædagogiske og kliniske skills, og konstaterede, at der er en fortsat mangel på undersøgelser af langtidseffekter af studerendes adfærd samt interaktion med kolleger og patienter. Milota *et al.* påpegede desuden, at det bør undersøges, hvorvidt det er en ideologisk konsensus om personcentreret medicin, der understøtter kurser i narrativ medicin.

Dette speciale er det første evalueringsstudie af det obligatoriske kursus i narrativ medicin på Syddansk Universitet for medicinstuderende på bachelorniveau. Med udgangspunkt i kvalitative metoder er formålet at undersøge, hvad studerende på 2. semester oplever at få ud af kurset personligt og fagligt som takseres til 2 ECTS, og som består gennem 100% fremmøde til i alt 16 timer fordelt på seks uger. Semi-strukturerede interviews med fem studerende umiddelbart efter kursets afslutning er datagrundlaget for undersøgelsen. Tidsrammen for projektet var fire måneder fra d. 01.02.2022 til 01.06.2022.

Forskningsspørgsmål:

- Hvad oplever medicinstuderende personligt og fagligt at få ud af undervisningen i narrativ medicin på 2. semester på Syddansk Universitet?

2. Metode

2.1 Studiedesign

Specialet er et evalueringsstudie af fem medicinstuderende på 2. semester og deres oplevelse af det personlige og faglige udbytte af undervisningen i narrativ medicin på Syddansk Universitet. Undervisningen forløb over seks lektioner (å skiftevis tre og to timer) fra den 3. februar til den 10. marts 2022. Inklusion af tre-fem studerende blev annonceret ved præsentation af specialet til den første undervisningsgang.

Fem studerende viste interesse og gav informeret samtykke skriftligt til at deltage den 3. februar. To studerende vendte ikke tilbage på den efterfølgende henvendelse. Det blev på ny forsøgt at inkludere studerende til specialet, ved at jeg reklamerede for projektet til de følgende holdtimer. Studerende skulle helst være tilknyttet hold A1 og hold A2, idet jeg lavede deltagerobservation på de to hold. Der var ikke tilstrækkeligt med frivillige deltagere på hold A1 og hold A2, derfor blev poolen for inklusion udvidet og en enkelt deltager fra et andet hold (C1), blev inkluderet. To mandlige studerende blev den 24. februar inkluderet i projektet. Der opnåedes dermed en grad af diversitet i køn i specialet, som det fremgår af Tabel 1.

Tabel 1: Deltagerkarakteristika

Deltager	Køn (m/k)	Alder	Anden etnisk baggrund end dansk	Optaget på medicinstudiet (kvote 1* eller kvote 2)
A	K	22	Nej	Kvote 1
B	K	24	Ja	Kvote 2
C	M	21	Ja	Kvote 2
D	K	22	Nej	Kvote 1
E	M	28	Nej	Kvote 2

*Note: Medicin, Odense (sommer- og vinterstart) var kvote 1 karaktergennemsnit = 10,4 i 2021

2.1 Kontekst

Konteksten for semi-strukturerede interviews den 10. marts 2022 var undervisningslokalet U 60 på Syddansk Universitet. Interviewpersonen og jeg var placeret overfor hinanden ved et bord på den forreste række, tættest på tavlen. På et bord til venstre for mig havde jeg placeret computer, samtykkepapirer og noter. Kage og kaffe til studerende stod på bordet imellem os. Det var ønskværdigt, at interviewpersonen oplevede at blive modtaget som gæst, og dermed opmuntret til en behagelig samtale med personlige og righoldige beskrivelser af undervisningen i narrativ medicin. Jeg forsøgte at fremstå venlig, imødekommende og afslappet, og havde en interview-guide (Se appendiks 4), en kuglepen og bogen *Enhver sygdom er en fortælling*, liggende foran mig. Det korteste interview varede 35 minutter, og det længste varede 45 minutter.

2.3 Metodevalg

Semi-strukturerede interviews blev anvendt som metode til at undersøge medicinstuderendes oplevelse og udbytte af undervisningen i narrativ medicin. Det nærmede sig en hverdagssamtale, men interviewet havde et formål og spørgsmål var i overensstemmelse med en interviewguide, der fokuserede på bestemte temaer. Interviewguiden rummede forslag til åbne spørgsmål og rækkefølgen af spørgsmål var vejledende (Thorpe, 2012) (Kvale Steinar, Brinkmann Svend, 2015). Før de endelige interview deltog jeg i alle forelæsninger (å tre timer) og holdtimer (å to timer) på kurset. Her lavede jeg deltagerobservation og uformelle interview med studerende i pauser før og efter undervisningen. Hensigten var at indsamle baggrundsviden om studerendes umiddelbare forhold til undervisningen og derved opnå kendskab til deres forventninger til kurset samt en forståelse af undervisningens indhold. Dette skulle bidrage til, at efterfølgende dybdegående interview blev mere kvalificeret. Jeg observerede skiftevis forskellige grupper af medicinstuderende og deres arbejde med litterære tekster og skriveøvelser i undervisningen samt interaktion med undervisere. Feltnotater blev nedfældet løbende og uformelle interviews noteret i en notesbog (Hammersley and Atkinson, 2007). Umiddelbart efter interview blev de transskriberet fra talesprog til skriftsprog.

2.4 Analysestrategi

Den kvalitative analysestrategi Tematisk Analyse (TA) blev anvendt som metode til at analysere data. TA anvendes ofte i kvalitativ forskning til at beskrive, analysere og rapportere strukturer i data. Derudover er den fleksibel og tillader, at data bliver analyseret under forskellige metodologier. I dette speciale var rammen fænomenologisk-hermeneutisk inspireret, da ønsket var at forstå studerendes egne beskrivelser af undervisningen i narrativ medicin (Giorgi, 2005).

Transskribering af interview blev betragtet som en del af analyseprocessen, idet reduktion af data påbegyndtes. For at overskueliggøre analysen fulgte jeg seks trin for TA som foreslået af Braun og Clarke, men var bevidst om den iterative og refleksive del i processen (Braun and Clarke, 2019).

Første trin var, at jeg gennemlæste interview og noterede førstehåndsindtryk af indhold, der sprang i øjnene. Jeg arbejdede med materialet i hånden, det vil sige udskrifter af transskriberet interviews. Begrundelsen herfor var, at den refleksive del i bearbejdning af data - noter om valg/fravalg undervejs - risikerede at gå tabt, hvis jeg kastede mig ud i software kodningsanalyse, som jeg ikke var trænet i.

Da empirimængden var maksimalt fem transskriberede interview, ansås det at være en overskuelig mængde til at arbejde med materialet i hånden. Efter at have gennemlæst materialet to gange og noteret førstehåndsindtryk og dannet mig en overordnet fornemmelse af data, gennemlæste jeg interviewene igen. Jeg kodede af tre omgange. For det første forsøgte jeg at skabe overblik ved at lave deskriptive koder fx indexering af udtalelser, hvor interviewpersoner svarede på samme spørgsmål fra interview-guiden. Jeg forsøgte derefter at lave emnekoder. Et emne kan være meningsindhold der identificeres på tværs af interviews og får sin egen kode. Det kan være ligheder og forskelle i data. Der opstod refleksioner over, hvordan disse temaer indgik i sammenhænge på tværs, og hvad de kunne fortælle om studerendes oplevelse af, hvad de personligt og fagligt fik ud af kurset i narrativ medicin.

Efterfølgende lavede jeg analytisk kodning og samlede temaer i større klynger, der tilsammen skabte overordnet forståelse af, hvorvidt narrativ medicin levede op til eget erklæret mål om at kunne træne studerende i at blive bedre til at lytte til patientens meddelelse om sygdom og handle derpå (Charon, 2017). Det var en induktiv emergent kodningsproces, og refleksioner over hvorfor jeg valgte at kode, som jeg gjorde, blev nedskrevet i en notesbog (Elliott, 2018). Det blev forsøgt at få sproglige udtryk fra interview til at matche tematiske overskrifter for at opnå en grad af intern validitet i data. Endnu en gang, som foreslået af Braun og Clarke, gennemgik jeg data og undersøgte, om jeg var tro mod materialet og om koder og temaer bidrog til en overordnet analyse af, hvad der var på spil i datamaterialet. Afslutningsvis skulle fund og resultater rapporteres i en fortolket analyse og præsenteres nu i dette speciale (Braun and Clarke, 2019). *Standards for reporting qualitative research* blev yderligere anvendt til at udforme specialet (O'Brien *et al.*, 2014). (Se appendiks 2)

2.5 Videnskabsteori

Når formålet er at undersøge, hvad studerende personligt og fagligt får ud af at deltage i det obligatoriske kursus narrativ medicin, er subjektets bevidsthed genstandsfelt for undersøgelse. Derudover er en del af genstandsfeltet mine observationer og begge dele er imidlertid fortolkninger af egne og andres reaktioner. Derfor placerer specialet sig inden for det fortolkende paradigme (Denzin and Lincoln, s. 55). Det antages, at den menneskelige samtaleverden er anderledes fra den naturlige, fysiske og målbare verden og derfor kræver andre metoder end klassiske positivistiske måle-, tælle- og vejeinstrumenter til at undersøge den. Subjektet forstås som et meningsskabende væsen i hans/hendes livsverden.

De kvalitative metoder og fx semi-strukturerede interviews er velegnet til at undersøge dette, fordi interviews bidrager med nuancerede beskrivelser af specifikke oplevelser fra interviewpersonens perspektiv. Vi kan få adgang til menneskers oplevelser, tanker, følelser, overbevisninger og holdninger, ifald vi får skabt en relation, der inviterer til at dele dette med interviewerens (Kvale Steinar, Brinkmann Svend, 2015, s. 282). Min opgave var at undersøge denne meningsskabelse hos de studerende.

I specialet var den ontologiske antagelse, at den vigtige virkelighed eksisterede, som interviewpersonen oplevede den. Det var for mig at se vanskeligt at lave en objektiv undersøgelse af genstandsfeltet, da undervisning, læring og almindelse ikke nødvendigvis lader sig reducere til enkelte parametre, der kan måles og evalueres ved fx kvantitative spørgeskema eller et randomiseret kontrolleret studie. Hvis man vil forstå sociale processer, der bidrager til at skabe læring og udbytte af undervisning, er det vigtigere at interessere sig for, hvad studerende selv oplever. I stedet kunne en måde at undersøge feltet være at få studerende i tale og med deres egne ord give en beskrivelse af undervisningen. Muligvis opnåede jeg bredere forståelse af genstandsfeltet ved ikke at fokusere enøjlet på et enkelt kvantificerbart mål, der kun ville fungere som surrogatmål for det overordnede genstandsfelt. Et kvalitativt interview ville være et bedre valg til at undersøge formålet med dette speciale.

Jeg forsøgte at gøre fænomenologiske epistemologiske antagelser til at opnå viden om "virkeligheden". Ved at være bevidst om egen forforståelse, *epoché*, af narrativ medicin, undervisning og dét at være medicinstuderende forsøgte jeg, at sætte denne forforståelse i parentes og måske derved opnåede essentielle beskrivelser af studerendes egen oplevelse af, hvad de fik ud af kurset i narrativ medicin (Lund, Bjørnlund and Sjöberg, 2016; Ravn, 2019; Olesen). Ud fra disse antagelser placerede specialet sig mere specifikt inden for den psykologiske fænomenologi (Kvale Steinar, Brinkmann Svend, 2015, s. 48-55) Ved at situere mig selv som forskningsmedie og gennem samtale indtage rollen som rejsende, en metafor Brinkmann og Kvale benytter (ibid. s. 78), kunne dette være en metode til at skabe viden for at besvare mit forskningsspørgsmål. I sammenspil konstruerede interviewpersonen og jeg "viden", som blev produceret gennem samtale, der var interrelationel. Det betød, at interviewpersonen og jeg påvirkede hinanden gensidigt, og vores relation var dermed både en mulighed for og begrænsning af, den viden der kunne produceres (Smith and Sparkes, 2019).

Grundet tidshorisonten og formålet med specialet havde jeg en pragmatisk erkendelsesteoretisk tilgang til ”viden”. Det kom til udtryk ved, at jeg inkluderede studerende efter hvem, der havde lyst til at deltage, samt at jeg begrænsede inklusion af interviewpersoner til fem studerende. Jeg støttede mig til Kvale og Brinkmanns princip om *less is more* ved at lave færre interviews, men i stedet være grundig i forberedelser til interview og i udførsel af dem (Kvale Steinar, Brinkmann Svend, 2015).

En begrænsning på fem dybdegående interview medvirkede til, at jeg kunne have god etisk praksis og løbende gjorde overvejelser om, hvornår jeg ønskede at få interviewpersonen til at uddybe svar og hvornår dette ikke var relevant. Til sammen skulle dette øge sandsynligheden for, at den viden der blev produceret, var meningsfuld og brugbar til at besvare forskningsspørgsmålet.

Pragmatismen bidrog yderligere med en praktisk forståelse af begreberne ”viden” og ”virkelighed”. I stedet for en filosofisk diskussion af hvad viden og virkelighed er, betragter pragmatisk filosoffer sandhed, som viden der hjælper os til at handle, så vi opnår de resultater, vi ønsker. Jeg ville lave et speciale, hvor jeg undersøgte studerendes personlige og faglige udbytte af narrativ medicin. Viden fra interview ville herefter kunne bidrage til at kvalificere kurset i narrativ medicin.

Da kvalitativ metodologi interesserer sig for det partikulære og mindre for det generaliserbare, betyder det, at specialet har relevans til trods for dets begrænsede datagrundlag på fem studerende. På samme måde assisterede den hermeneutiske filosof Hans-Georg Gadamer's erkendelsesteoretiske filosofi, idet han beskriver, at erkendelse indbefatter, at den forstående gør sig bevidst om hvilke fordomme og forforståelser, der ligger til grund for måden hvorpå, verden erkendes. Og samtidig er åben for løbende at revidere denne forforståelse i mødet med det andet. Derfor skrev jeg min forforståelse ned på forhånd. Den var med til at forme mit perspektiv og syn på genstandsfeltet, som jeg observerede samt talte med de studerende om (Creswell, 2013; Kvale Steinar, Brinkmann Svend, 2015).

2.6 Min forforståelse, ståsted og bias

Min forventning var, at jeg ville møde medicinstuderende, der havde en stærk karakter og opfattelse af, hvad medicin, kirurgi og i det hele taget biomedicin kunne gøre for mennesker. At de studerende tænkte, naturvidenskab var det sandeste og mest videnskabelige inden for forskning i sundhed. En dygtig læge var en person, der kendte sin evidens - systematiske oversigtsartikler eller metaanalyser - og havde en forestilling om, at medicinsk eller kirurgiske interventioner var *superior* i forhold til andre behandlingsmodaliteter. Hvis ”dippedutten” kunne identificeres hos patienten, ville den kommende læge gennem korrekt medicinering helbrede patienten. At det i alle patientfortællinger var ”dippedutten”, der var årsag til, at patienten oplevede smerter.

Med tilstrækkelig viden om sygdomme i rygsækken, øvelse i at læse scanningsvar og en kirurgisk præcision, ville studerende på den anden side af medicinuddannelsen være klædt på til at praktisere i sundhedsvæsenet, forestillede jeg mig, at de fleste af de studerende tænkte. En fordom havde jeg om, at studerende ville betragte billediagnostik som en teknologi - i hvert fald på de tidlige semestre - der kunne fortælle studerende præcist, hvorfor patienten havde ondt, mens jeg som uddannet professionsbachelor i fysioterapi i 2020 (sep. 2016 – jan. 2020) opfattede billediagnostik som en teknologi, der beskrev anatomi og ikke smerter (Boos *et al.*, 1995; Sher *et al.*, 1995; Deyo *et al.*, 2009; Brinjikji *et al.*, 2015).

Læger og sundhedsprofessionelles kommunikation og fortolkning af patientens narrativ tyder på at være relevant, på alle tidspunkter, lige meget hvilken skade, hvilken fase eller behandling, der er tale om. Den kommunikation og de informationer patienten opfanger, er afgørende for helingsprocessen. For eksempel viste et studie fra 2012 af McCullough *et al.*, at ændrede læger deres måde at kommunikere på og samtidig fik viden om, hvor ofte de fundne ”skader” forekom i den asymptomatiske befolkning - altså folk uden smerter - resulterede det i, at de udskrev væsentligt mindre smertestillende medicin, og færre henvisninger til fysioterapi (McCullough *et al.*, 2012). Jeg forventede, at studerende i meget høj grad ville det bedste for kommende patienter. Men måske, var der en mindre gruppe, som var drevet af penge og prestige, og den medfølgende konkurrence kunne fjerne fokus fra den enkelte patient, det enkelte menneske.

En forforståelse om, at for at overbevise nogle studerende med høje karaktergennemsnit om effekter af narrativ medicin skulle undervisere kunne præsentere hård evidens og kolde *facts*.

For ellers ville studerende have meget andet at bruge deres tid på, ifølge dem selv. Samtidig forventede jeg dog en stor gruppe, der var nysgerrige på narrativ medicin, men skeptiske over for idéen om at læse skønlitteratur på medicinstudiet og at dét, skulle gøre dem til bedre læger.

En forestilling om, at studerende optaget via kvote 1 ikke havde mødt patienter endnu. Og det kunne selvfølgelig være en barriere for at se koblingen mellem dét at læse skønlitteratur, analysere tekster og til praksis. Studerende optaget via kvote 2 forestillede jeg mig, havde en bedre fornemmelse af at fange idéen med kurset og se kobling til lægegerningen, fordi de forventedes at have mødt patienter i relevant studieforberedende arbejde inden optaget på medicinstudiet. På SDU optog de i sommeren 2021 50% studerende fra denne gruppe.

Min egen interesse for skønlitteratur opstod, da jeg læste til fysioterapeut. Jeg oplevede, at fiktionen kunne beskrive sociale, psykologiske og kontekstuelle dimensioner af det at være menneske. Bøgerne gav en fornemmelse af menneskets kompleksitet. Fortællinger flugtede med den ny smertevidenskab, hvor mennesket blev betragtet som et biologisk, psykologisk og socialt væsen. Jeg havde en idé om, at viden om historie, kultur, samfund og individ måske kunne gøre mig til en bedre fysioterapeut. Derudover har jeg selv haft narrativ medicin som valgfag på de sundhedsfaglige kandidatuddannelser.

Muligvis bidrog læsning af skønlitteratur for mit vedkommende til en mere nuanceret forståelse af det at være menneske. En rummelighed og et udsyn, der gav indsigt i menneskets væsen og en forståelse af, at vi trods forskelligheder rummer mange af de samme tanker, følelser og drømme. Det har gjort mig klogere på sprog og de tvetydigheder, der kan ligge i sproget, og i kropssproget. Jeg oplever, at læsning har været med til at forme mig til et påstået empatisk menneske og det har muligvis bidraget til, at jeg føler, jeg kan rumme mere komplicerede patienter, og er nysgerrig på deres fortælling – hvem de er. Ligeledes har litteraturen formet et ønske om at kunne hjælpe de allermest sårbare, hvilket ofte også er dem, vi møder i sundhedsvæsenet grundet ulighed i sundhed. Den uretfærdighed, den lidelse, som de patienter gennemgår – men som vi alle sammen gennemgår på et eller andet tidspunkt – er meget tydelig i dele af skønlitteraturen fra Martin Andersen Nexø til Morten Pape og Michael Josephsen. (Se appendiks 7 for mere forforståelse)

2.7 Etik og datasikkerhed

Der er interpersonelle dynamikker, som bliver synlige ved metoden hvorpå, kvalitativ forskning genererer data. Derfor reflekterede jeg før, under og efter interview over, hvordan jeg handlede etisk korrekt i interviewsituationen. Jeg reflekterede over min position, privilegier og forforståelse. Derudover gjorde jeg mig overvejelser om *worst-case-scenario* og hvordan jeg burde handle i disse situationer. Der var indhentet skriftligt informeret samtykke og deltagere blev oplyst om projekts formål, metoder, forventede resultater og den efterfølgende rapportering. De studerende var anonyme i projektet. Og interviewmaterialet blev opbevaret fortroligt på en sikker server SDU OneDrive og ville blive slettet tre måneder efter specialeforsvar. Deltagere blev oplyst om, at de kunne trække sig fra projektet til enhver tid. Validiteten af specialet beror på min etiske omgang med den indsamlede viden samt rapportering. Derfor forsøgte jeg at være transparent om min forforståelse, ståsted og personlige bias (Declaration of Helsinki, 1964; Palmer, 2019; Kvale Steinar, Brinkmann Svend, 2015).

3. Resultater

Hvad oplevede studerende personligt og fagligt at få ud af kurset narrativ medicin på Syddansk Universitet som takseres til 2 ECTS, og som består gennem 100% fremmøde til i alt 16 timer fordelt på seks uger. Naive gennemlæsninger og efterfølgende refleksioner over strukturelle temaer der udkrystalliserede sig på tværs af interview præsenteres nedenfor i Figur 1.

Figur 1 - Fund

Hovedtemaer:

1. Indsigt i sygdomserfaringer og nye perspektiver på lægerollen
2. Udbytte af holdundervisning versus auditorieforelæsning med øvelser
3. Kursets relevans på 2. semester
4. Fraværet af eksamen og konsekvenser heraf

3.1 Indsigt i sygdomserfaringer og nye perspektiver på lægerollen

En studerende beskrev, at det var inspirerende og lærerigt at ”*blande tanker*” med hinanden til timerne. Vedkommende blev opmærksom på andre måder at være læge på end dem, hun hidtil havde forestillet sig.

”Jeg har altid læst op før undervisningen. Jeg tror også det skyldes, at jeg fandt det meget interessant. Det her med at deltage i diskussionerne og blande tanker med hinanden. Jeg føler faktisk, at det har givet mig ret meget. Førhen har jeg været rigtig intimideret i forhold til det her med læge-rollen eller hvordan man er en læge. Igen, når jeg selv har haft de her forventninger til, at de skal være perfekte eller at de skal kunne alle svarene. Det virker bare så voldsomt. En af vores forelæsere kom med et eksempel på forestillingen om, at læger tror, de skal være en helt. Jeg kan meget bedre lide det eksempel, de gav med, at man som læge er en ledsager eller en medhjælper til at hjælpe patienten, som egentlig er hovedpersonen i det her. Så jeg har helt klart ændret det til det her med, at man ikke behøver at være perfekt.” (A)

”Indtil videre har jeg altid haft det her forhøjet syn på en læge, når jeg selv har været patient. At de bare kan det hele, og at de ved det hele. Men jeg kan rigtig godt lide, at undervisningen her gør os alle sammen menneskelige. At der er mange flere kvaliteter og egenskaber hos både patienten og lægen.” (A)

Ovenfor citat tyder på, at den studerende har oplevet dekonstruktion af magtforholdet mellem læge og patient. Et forhold, ifølge principper for narrativ medicin, der kan være fordele ved at bryde op og gøre mere ligeværdig.

Hypotesen er, at dette åbner for nye erkendelser om patienten, fordi de er villige til at dele andre problemer, bekymringer eller forhold om sig selv, som kan have betydning for behandlingen, men kan forblive skjulte, hvis ikke patienten oplever at modtage denne tillid fra sundhedsprofessionelle (Charon, 2017). Udtalelsen kan måske yderligere ses i lyset af Max Webers analyse af, at det moderne menneske er fanget i 'rationalitetens jernbur' efter "Gud er død" og deraf affortryllelse af verden (The shock of attention, Charon, 2016). Paradoksalt betyder det måske at menneskelige følelser og deraf handlinger som omsorg, ømhed, respekt, empati og fantasi undertrykkes. Sundhedsvæsenet bygger på et rationelt paradigme, herunder rationelle valg og en positivistisk måde at tænke på, som har standardiseret og kvalitetssikret sundhedsvæsenet og dette er positivt, men når subjektet opfattes som et objekt der skal behandles ud fra objektivt begrundet behandlingsmodaliteter, kan det ifølge Charon, Olesen og andre reducere behandlingen, fordi medmenneskelighed går tabt, hvilket de peger på, måske er en betydelig del af patientbehandling (Charon, 2017; Olesen, 2018).

Noget tyder dog på, at dette behandlingssystem udfordres i disse år af dele af videnskaben, patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle.

Andre udtalelser tegner et billede af, at læsning af skønlitteratur bidrog til nye indsigter, nye spørgsmål og nuancer på det at være læge. Studerende blev opmærksomme på det asymmetriske magtforhold og hvilke udfordringer der kan være forbundet med dette.

”Det her med hvor personlig eller ikke-personlig må du være i forhold til dine patienter som læge. Jeg føler, at de ældre tekster stadig er meget nutidige i deres budskaber. Det her med skammen ved sygdom, og hvordan folk omkring en reagerer på det. Jeg føler især det her med magtforholdet. Jeg tror, det er blevet bedre i dag. Det føler jeg, at det er. Men jeg tror stadig, at der er den her følelse af, at man ikke er lige, når man sidder som læge overfor en patient. Det beskriver de ret godt. Teksterne er rigtig gode til, at man får lov til at hoppe ind i forfatterens verden, deres hjerne, deres tankegang på en lidt abstrakt måde. (A)

På mit spørgsmål: ”Hvordan har det været at læse tekster skrevet for 100-200 år siden? Kan de sige noget om det at være læge eller patient?” svarede studerende følgende:

”Bare på de tre historier jeg læste til undervisningen, der var jeg sådan ”Wauw”. Det sætter virkelig tingene i perspektiv.” (B)

*”Til en af holdtimerne skulle vi læse *The use of force* (1938), og den var jo skrevet i starten af 1900-tallet. Selvfølgelig er det klart, når man læser den, at den både giver et godt indblik i den der patient-læge relation, men jo også som et historisk billede, fordi det jo ikke er sådan, at man gør det mere. Jeg synes da, at det giver mening og giver et indblik i, hvordan lægevidenskaben har udviklet sig og hvordan, mange ser en læge som en autoritetsfigur. Sådan er det jo stadigvæk, men måske var det endnu mere sådan i gamle dage. Jeg synes da, at det er interessant og giver et spændende indblik. Man kan helt klart godt bruge nogle gamle tekster til noget.” (E)*

Til studerende B stillede jeg et opfølgende spørgsmål: ”Kan du huske, hvilke tekster det var?” Og ligesom mange af hendes medstuderende oplevede hun, at *Sorgens have* var rørende, tankevækkende og gav indsigt i, hvordan det kan føles at være pårørende til en syg patient.

”Det var Use of force, Perspective Shift og Sorgens have. De tre historier. Sorgens have var meget spændende, fordi det var fra en pårørendes perspektiv. Den omhandlede ikke rigtigt lægerne. Men hvis en læge læser den og kan se frustrationerne - vi er jo i sidste ende alle sammen mennesker - men det er som om, at lægerne ikke kan forstå, når tingene kan være rigtig hårdt fra patientens perspektiv, føler jeg.” (B)

”Sorgens have, ja. Den var lidt inspirerende på et eller andet punkt. Fordi man ligesom tænker ... Orgh, det er svært at sætte ord på. Men at man på en eller anden måde kan forhindre sådan et nederen forløb for en anden, og ligesom give lidt mere emotionel støtte til en pårørende.” (C)

”Den var virkelig god til, at man måske lige skulle overveje, at der også står et andet menneske og at det kan være lige så svært for dem. Det er en af de historier, jeg har fået mest ud af i hvert fald, tror jeg. Det er den, jeg husker klarest.” (D)

”Det der med at hun måske havde forladt ham emotionelt, men hun kunne ikke rigtig gøre det. Og hele det dilemma. Og deres forhold og frem og tilbage. Hun gennemlevede det nærmest, og jeg tror da, altså jeg har også oplevet sorg, vi har alle sammen prøvet at miste nogen – familiemedlemmer eller kæresten – men det der med, at jeg ikke lige præcis har oplevet dét. Den situation: ”Okay, man har en, man elsker og vedkommendes person dør, men kroppen er der stadigvæk.” Det dilemma der. Og hvordan man skal håndtere det. Det tror jeg da, at jeg har tænkt meget over. Hvordan vil jeg reagere i sådan en situation, hvis det var mig?” (E)

Jeg fortolker studerendes udtalelser i retning af, at skønlitteraturen skildrer livet som patient, pårørende eller læge i og uden for sundhedsvæsenet på en måde, der muligvis får studerende til at tænke i nye baner og se virkeligheden fra andre perspektiver end dem, de er vant til. Teksten *Sorgens have* af forfatter Caroline Albertine Minor tyder på, at dens beskrivelser af livet som pårørende til en alvorligt syg patient var et lærerigt indblik. Og det var interessant for studerende at læse. Jeg fortolker herudover deres udtalelser i retning af, at studerende oplever at blive mindet om, at også de ”bare” er mennesker og at det kan være en indsigtfuld erkendelse, fordi det afstedkommer en egenomsorg og et anderledes syn på lægerollen som fx hjælper eller ledsager for patienten.

Læger, der ender med at gå på kompromis med egen medmenneskelighed og egenomsorg, vil kunne føre til et arbejdsliv præget af depression og selvmordstanker, ifølge kirurg og forfatter Atul Gawande (Juhl Rasmussen, Mai and Ploug Hansen s. 39, 2021). Narrativ medicin er måske med til at modvirke dette i nogen grad.

3.2 Udbytte af holdundervisning versus auditorieforelæsninger med øvelser

Det, der bliver synligt, er i min fortolkning studerendes positive oplevelser med især holdundervisningen. På tværs af alle fem interview udtaler studerende uafhængigt af hinanden, at de havde gode oplevelser med holdundervisning, og at det var en fremmede faktor for udbyttet af undervisningen. Narrativ medicin som undervisning og praksis kom muligvis mere til sin ret, ifølge de studerende.

”Der var mange flere, der deltog aktivt i holdtimerne. Og jeg tror på en måde, at det er fordi, man ikke har lyst til at fylde så meget (til forelæsninger), så der er også lidt mere frihed til at lave fejl eller frit fortolke, når du er i en mindre gruppe, fordi du ikke udstiller lige så meget. Så jeg føler helt klart, at folk fandt trykthed i det.” (A)

”Jeg havde læst teksterne, da der var holdtimer, fordi det er noget andet, når det er mere intimt. Jeg læste altid til holdtimerne, så jeg kunne være med i diskussionerne, fordi dem synes jeg var spændende, og jeg lærte faktisk meget af at diskutere med underviseren.” (B)

”Til holdundervisningen var folk meget mere aktive. Jeg tror også det skyldes, at man var tvunget ud i at være mere aktiv, fordi vi er sådan en lille mængde fremfor til en forelæsning. Du var der jo i dag (forelæsning d. 10. marts 2022) – der var næsten ingen, der bød ind med noget – og det skyldes jo, at man er bange for, at det bliver pinligt for én at sige noget, der måske ikke er rigtigt. (C)

Nærlæsning af skønlitterære tekster, analyse og fælles diskussion på klassen fungerede bedre i det intime klasselokale med plads til cirka 40 personer sammenlignet med forelæsninger, hvor 180 studerende blev undervist i et auditorie med plads til 2-300 personer. De studerende italesatte, at de var mere villige til at blotte sig og deltage aktivt i timerne, fordi studiemiljøet bidrog til en tryggere stemning, og derfor var de ikke bange for at række fingeren op og risikere at sige noget forkert.

”Jeg kunne bedre lide holdundervisningen, fordi man var mere tvunget til at være til stede. Når man sidder til forelæsningserne og måske ikke synes, at det er det mest spændende nogensinde, er det nemt at falde lidt hen eller måske sidde og lave andre opgaver eller gøre noget andet. Der synes jeg, det har været bedre til holdtimerne. Også fordi man er gået mere i dybden med det. Så har du haft en tekst, så har du læst den og analyseret den. Jeg synes faktisk holdtimerne, har været mere fokuseret.”
(D)

Nedenstående citat tyder på, at holdundervisningen fungerede godt, men at forelæsningsformatet også bidrog med input til den studerende.

” Jeg synes især holdtimerne, har været gode. Hvis man skal være lidt kritisk, har jeg haft det svært med den der forelæsningsform. Altså noget af det var okay. Jeg synes især de første par gange, hvor der var nogle læger og fortælle nogle patientfortællinger, og vi fik et lidt mere personligt indblik i, hvordan folk oplevede deres sygdom og hvordan de håndterede det osv. Det synes jeg, var rigtig godt. Det gav også et indblik. Men den måde det fungerede på, hvor man skulle sidde til en forelæsning og skulle analysere og skrive og samtale, det har været en mærkelig setting at gøre det i, synes jeg. Jeg synes til holdtimerne, har det fungeret noget bedre. Man har været tættere på, på en eller anden måde. På underviserne.” (E)

Rita Charon skriver i bogen *The principles and practice of narrative medicine*, at tolerance over for forskellige fortolkninger af en tekst (eller en sygdomsfortælling) via ikke-hierarkiske metoder kræver, at alle stemmer i undervisningslokalet bliver hørt. Det er absolut nødvendigt for at skabe gode forudsætninger for en udbytterig og bevidsthedsudvidende undervisning i narrativ medicin. Kompetencen nærlæsning er en måde at praktisere de forskellige fortolkninger af tekster på. Gevinsten for studerende vil være at opdage andre måder at anskue verden samt en accept af den tvetydighed der kan opstå, når der analyseres tekster fælles i undervisningen (Charon s. 174, 2017). Udtalelser ovenfor indikerer, at fem studerende selv vurderer, at holdundervisning med færre deltagere bidrog til, at de fandt undervisningen ”meningsfuld” og udbytterig. Især når de skulle diskutere, fortolke og analysere tekster med hinanden.

En studerende beskrev, at en skriveøvelse i undervisningen og dét at læse højt for hinanden efterfølgende betød, at hun lærte at kende sin medstuderende på en ny måde. Formålene med skriveøvelser i narrativ medicin er forhåbningen om, at skriveøvelser muligvis knytter sundhedsprofessionelle tættere sammen (eller læge og patient) og styrker relationer. En stærk relation betyder muligvis øget omsorg for hinanden. Og da den andens indre følelsesliv og tanker synliggøres gennem skriveøvelser, vil man måske opdage at kunne genkende sig selv i noget af det skrevne. At man er ens. Solidaritet kan blomstre ud af øvelser som disse, og kan potentielt styrke sundhedsvæsenet, ifølge Charon (Charon, 2017).

”Hun fortalte mig under en af skriveøvelserne, hvor vi skulle skrive om at få hjælp, at hun havde været meget depressiv i en periode og hun mistede veninder. Og det troede jeg ikke om hende. Det vidste jeg faktisk slet ikke om hende. Jeg synes faktisk, at det var rart at høre. At det var sket for hende, og at jeg lærte hende at kende på den måde.” (B)

3.3 Kursets relevans på 2. semester

På spørgsmålet: ”Hvilken relevans oplever du, at dette kursus har for dig?” svarede alle fem studerende, at de syntes, det var relevant og spændende. Fire ud af fem studerende mente (80%), at kurset var placeret for tidligt på uddannelsen og begrundede det med, at de og medstuderende ikke havde mødt patienter i løbet af uddannelsen endnu.

De beskrev, at kurset ville give bedre mening, hvis det var placeret senere, fordi undervisningen i øjeblikket bar præg af at omhandle specifikke sygdomme, anatomi, biokemi og fysiologi, og opmærksomhed og studieaktivitet var rettet mod fag, de snart skulle til eksamen i.

”Jeg føler helt klart - også jo mere undervisning vi har haft - at det er utrolig relevant. Jeg er rigtig glad for, at man prøver at ændre fortolkningen af, hvad en læge er og hvad en patient er, og ændrer den kategorisering – jeg ved ikke, om man kan sige ”forhøjelse” eller ”statusforskel”. At man kan fjerne det. Men også at jeg føler mig bedre udrustet til at komme ud og møde mennesker. Møde patienter og ikke være bange for at spørge dem om ting eller lignende. At jeg ikke behøver at vide alt fra starten. Ja, jeg synes det er meget givende. Jeg er meget glad for, at vi har haft det.” (A)

Studerende A var den eneste interviewperson, der ikke italesatte, at kurset var placeret for tidligt på uddannelsen. I stedet kunne hendes udtalelser fortolkes som, at det har været givende for hende, at kurset var placeret nu, fordi hun opdagede andre måder at anskue lægerollen på.

”Og det er spændende. Det er spændende. Det er meget spændende undervisning. Og jeg synes, det er meget relevant for os, der skal ud at arbejde med mennesker, hvor vi skal have dem i fokus. Hvis du ikke forstår patienten eller hvis du faktisk har misforstået patienten, så kan du give nok så god behandling, som du vil, men det er den forkerte behandling. Og så er det ligegyldigt, om du er den dygtigste læge nogensinde, at du bare er god til at behandle alle de mennesker, du møder, hvis du giver den forkerte behandling.” (B)

Den tidlige placering af kurset på 2. semester var en af grundene til at interviewperson B's medstuderende og kammerater - der var kritiske over for kurset - ikke fandt det særligt interessant.

”Han sagde (B's kritiske studiekammerat), at det måske skulle være på kandidaten, når du har haft patientkontakt, at du begynder at kunne have kurser i, hvordan du faktisk skal snakke med dem, og der er det jo relevant, fordi du er i gang med det.” (B)

”Det kunne jeg også se. Der var mange, der ikke var interesseret. Når du kun har teori lige nu og det er kort og kontant fakta, og vi skal lære det udenad, lige nu, så kommer narrativ medicin måske lidt tidligt.” (B)

Studerende C var positiv i sin tilbagemelding af hans oplevelse af kurset og af udbyttet af narrativ medicin, men påpegede dog også placeringen. Han oplevede umiddelbart, at kurset havde en menneskeliggørende effekt på ham, og at han blev opmærksom på, hvor vigtigt det talte sprog er, når man skal have samtaler med patienter.

”Altså, jeg synes for mit vedkommende – jeg vil gerne være psykiater eller børnelæge, det er mit umiddelbare end-target - men der synes jeg, det er megafedt i forhold til de specialer, fordi man skal være lidt mere påpasselig med, hvad man siger, og høre de rigtige ting fra børnene eller dem der har psykiske lidelser. Fordi man kan meget hurtigt miste sådan nogle små hints, som kan give totalt forskellige diagnoser eller behandlingsforløb i sidste ende.” (C)

”Vi har jo mange år igen med kun faglig viden og fokus på patologier bagved. Jeg føler, dette fag har gjort én mere menneskelig, men at man måske skulle have det lidt senere. Når man måske har brug for det lidt mere efter alt det tunge stof, alt det enzymkinetik og alt det biologiske.” (C)

Studerende D beskrev, at kurset ville være relevant senere i hendes uddannelse, og havde en ambivalens ved at deltage i kurset. Studerende D's udtalelse tyder dog også på, at kurset har sat nye tanker i gang.

”Man læser medicin, fordi man kan lide det naturvidenskabelige. Du læser ikke medicin, fordi du kan lide at læse skønlitteratur. Hm. Det er jo meget relevant, når jeg bliver færdig som læge. Jeg tror ikke, at det har den store relevans for mig nu. Det ved jeg ikke. Jeg tror, at når man kommer i gang med det store forløb og får tænkt lidt mere over det, så hjælper det lidt på det. Men lige nu tænker jeg ikke, at det er sådan wauw.” (D)

”Vi er ikke helt i mål. Men jeg tror lige så meget, at det er placeringen af kurset. At det ligger så tidligt. Jeg tror ikke helt, man forstår, hvad meningen egentlig er. Men jeg synes da, at det har sat et eller andet i gang. Men der er lang vej endnu.” (D)

Studerende E beskrev, at kurset var relevant for ham. Han oplevede narrativ medicin som modvægt til andre fag på uddannelsen. Og hans udtalelse tyder på, at andre fag var koncentreret omkring faktisk viden om, hvordan kroppen fungerer biologisk. Derudover tyder det på, at han var enig med Rita Charon i tilgangen om at have et helhedsorienteret perspektiv på patient og symptom, hvor sygdomshistorie og mennesket bagved ”patientrollen” er i fokus. Han var dog i tvivl om, hvorvidt empati kunne trænes eller om det var medfødt, hvilket måske er en forudsætning for at arbejde holistisk med sygdom og patienter.

”Umiddelbart tænker jeg, at det er meget relevant. Det er meget relevant for det erhverv, vi skal ud at være i bagefter. Den rolle vi skal indtage. Jeg synes, at det giver mening, at vi har det. Jeg synes jo at i forhold til resten af studiet, hvor det er meget ... Altså vi skal lære nogle ting. Vi skal kunne nogle anatomiske ting. Vi skal kunne nogle ting om, hvordan kroppen ser ud, om hvordan den fungerer og senere hen noget om sygdomme osv., så giver det her et andet perspektiv på det. –

Jeg synes idéen om, at man skal kunne se patienten og mere end bare en sygdom og kunne se mennesket bagved, du ved, der er en historie bagved og alting og det koncept, det synes jeg, er en rigtig god idé. Jeg synes jo, at det er interessant. Jeg synes, de ting vi har læst, har givet et godt indblik i nogle af de ting.” (E)

”Jeg tror, empati som menneske er noget, der kan være meget svært at lære. Enten er det noget, man har eller også er det noget, man ikke har. Men selvfølgelig kan man træne det. Og man kan hjælpe på vej til det. Jeg tænker i hvert fald det med at analysere tekster, det giver et indblik. At nærlæse dem er rigtig fint.” (E)

Det må nævnes, at en udtalelse som nedenstående indikerer, at der var en stor gruppe, der ikke mente, at kurset var relevant for dem ifølge stunderede C's oplevelse af hans medstuderende.

Interviewer: ”Var der noget, der overraskede dig i forbindelse med kurset i narrativ medicin?”

”Hvor mange mennesker der syntes, det var røvsygt fra start af. Jeg synes, det var sådan lidt mærkeligt at høre på alle dem, der sagde: ”Jeg skal være forsker, så jeg har ikke brug for det her” eller ”Jeg skal bare være ortopædkirurg, så vi skal heller ikke kunne det her” og sådan noget. Jeg synes, det var lidt mærkeligt at høre folk være sådan lidt følelsesmæssigt kolde på den front.” (C)

En udtalelse, som peger i retning af, at studerende der drømmer om at arbejde med det ortopædkirurgiske speciale eller blive forsker, ikke tænker, at det er relevant at træne i at blive empatiske, aktivt lyttende medicinstuderende og oparbejde en sensibilitet over for, hvad patienten forsøger at kommunikere gennem et kursus som narrativ medicin. En tanke, som muligvis (fejlagtigt) stammer fra en forestilling om, at patienter alligevel er i fuld narkose, når ortopædkirurgen udfører sit arbejde, eller at forskere sidder på kontor hele dagen og ikke har patientkontakt.

3.4 Fraværet af eksamen og konsekvenser heraf

Ideen om almindannelse ved at deltage på kurset i narrativ medicin er muligvis udfordret af mangel på holdtimer, store auditorier og fraværet af en afsluttende eksamen. Det tyder på, at når studerende ikke vurderes på en mundtlig eller skriftlig prøve, men i stedet inviteres til at deltage aktivt og nysgerrigt med henblik på at tilegne sig stoffet, er der underliggende toner af:

”Hvad skal vi bruge det til, hvis ikke vi skal op i det til eksamen?” og ”At lytte aktivt” er en kompetence, nogle studerende oplever, at kunne i forvejen. Udtalelser i lighed med nedenstående fortolker jeg som udtryk for dette, og manglende lyst eller overskud til at engagere sig i kurset skyldes, studerende har andre fag samtidigt, de skal til eksamen i.

”Manglen på at du skal op til en eksamen, tror jeg, gør, at der er nogle, der ikke tager det seriøst. Men jeg ved ikke, om de kunne gøre det anderledes. Hvordan skulle man også vise til en eksamen, at du kan forstå, hvad det vil sige at være et menneske over for et andet menneske?” (B)

Studerende B er inde på noget af essensen ved humaniora med denne kommentar. Alt det der foregår mellem mennesker eller går forud for et relationelt møde, er fundamentet, sundhedsvæsenet står på og skal handle fra. Tilegnelse af traditioner, kulturarv, faglig viden og at huske på egen medmenneskelighed, gør sundhedsprofessionelle i stand til at arbejde helhedsorienteret med patienter. Viden om civilisationen, hvad vi kommer af og hvor vi bevæger os hen, bliver hjørnesten for at forstå nutidens menneske. En traditionsbevidsthed der medfører, at sundhedsprofessionelle kan overgå ”det tidligere” og skabe et nyt og forbedret sundhedsvæsen, der kan løse udfordringer i fællesskab (Charon, 2017).

Andre udtalelser præsenteres nedenfor. Studerende C’s udtalelse tyder på, at han måske følte sig snydt af undervisere og deres formål med at undervise i narrativ medicin, fordi de måske havde profit for øje, idet de selv havde udarbejdet antologien, studerende skulle bruge i undervisningen. Derudover mente han, at han mestrede kompetencen ”At kunne lytte aktivt” i forvejen, og måske derfor faldt interessen for kurset.

”Jeg synes, det er lidt fesent, at dem der underviser, også har skrevet bogen eller redigeret bogen. Jeg synes, det virker lidt scam, men det er bare mig. Det er, hvad det er. Det er en del af min uddannelse og jeg kan lige så godt se det positive i det, i stedet for at synes, det er pissenederen, for jeg kommer alligevel til at sidde der 6x3 timer. Men interessen dalede lige så stille ned i løbet af de seks uger. Jeg tænkte ikke rigtigt over narrativ medicin i fritiden for at være ærlig. Det her med aktiv lytning, det er noget, jeg har fået et kursus i på mit arbejde (telefonsælger).” (C)

”Jeg synes jo, narrativ medicin er meget relevant i forhold til, at vi skal ud og have med patienter at gøre. At have med mennesker at gøre. Jeg tror bare, at når man sidder i det, så glemmer man det lidt. Også fordi der er så lang tid til, at vi er færdige. Man tænker: ”Der er mange år til endnu-agtigt”. Så jeg tror også, at det er derfor, at man er lidt umotiveret omkring det og tænker, det skal bare overstås.” (D)

”Jeg tror ikke, at dem jeg ses mest med – min studiegruppe – at det lige har været det største fokus der. Jeg tror, at når vi har siddet sammen i studiegrupper, har det været med et klart fokus. Vi har eksaminer, vi skal til snart og du ved, der er ligesom nok at diskutere.” (E)

Narrativ medicin ønsker at bidrage med tid til fordybelse. Men manglen på eksamen medfører måske, at studerende går glip af støvede erkendelser, der ligger begravet rundt omkring i pensum og ikke opdages, fordi studerende aktivt søger information, der kan besvare test til eksaminer og koncentrerer sin opmærksomhed mod fag, de skal bestå. Kursets pensum bliver mindre relevant at fordybe sig i, hvilket ellers er idéen med kurser i narrativ medicin, ifølge Charon (Charon, 2017).

Hun påpeger, at der er behov for langsommelighed, refleksion, diskussion, fordybelse og samtale med hinanden på tværs af faggrupper i sundhedsvæsenet som modvægt til effektivisering og optimering, fordi dette går ud over kvalitet i behandlingen af den enkelte patient (Charon, 2017).

Når fem frivilligt deltagende interviewpersoner på hver sin måde udtaler, at kurset ikke havde deres største fokus, selv om de oplever, at det er relevant, peger det i retning af, at manglen på eksamen måske betyder noget for studerendes engagement. Man kan forestille sig, at en afsluttende opgave kan være motiverende og bidrage til mening for nogle.

4. Diskussion

Specialet bidrager med indsigt i medicinstuderendes, Syddansk Universitet, oplevelse af det personlige og faglige udbytte ved at deltage i det obligatoriske kursus narrativ medicin. Der blev identificeret fire hovedtemaer med betydning for studerende, herunder indsigter i sygdomserfaringer og nye perspektiver på lægerollen, udbytte af holdundervisning, kursets relevans på 2. semester og fraværet af eksamen og konsekvenser heraf.

4.1 Diskussion af resultater

I interview beskrev medicinstuderende, at de oplevede, at kurset var relevant. At det var vigtigt at lære om at lytte aktivt til patientens meddelelse om sygdom, og at undervisningen gjorde dem mere ”menneskelig”. Én beskrev, at der var en ambivalens ved at deltage i kurset og lære om kommunikation, empati og relationsskabelse, når ikke de havde mødt patienter endnu på studiet - der indtil videre primært handlede om specifikke sygdomme og kroppens funktion. Idéen om at læse skønlitteratur som modvægt til det naturvidenskabelige pensum i starten af studerendes uddannelse med ofte ét korrekt svar - hvor skønlitteraturen tematiserer tvetydighed, ambivalens og kompleksitet – oplevede andre som et velkomment læringsrum for refleksion og sparring med medstuderende. Mens en anden studerende italesatte, at kurset fungerede som pause eller ”hyggetime”.

Én deltager lærte at kende medstuderende på en ny måde gennem skriveøvelser. Andre italesatte, at undervisere aktivt skulle sammensætte studerende i grupper på tværs af lokalet for måske at opnå større udbytte af skriveøvelser, fordi studerende var tilbøjelige til at sidde ved siden af studiekammerater, de kendte i forvejen. En studerende oplevede en dekonstruktion i hendes syn på lægerollen. Hun ville fremover forsøge at se sig selv som medhjælper eller ledsager for patienten i stedet for en altidende helt, der skulle vide det hele om patienten på forhånd. Fraværet af en afsluttende eksamen bidrog muligvis til, at studerendes opmærksomhed var rettet mod fag, de skulle til eksamen i, og som følge af dette mindre lyst eller overskud til at engagere sig i undervisningen i narrativ medicin.

Novellen *Sorgens have* af Caroline Albertine Minor – en fortælling om pårørende - var perspektivudvidende for alle studerende i specialet. I forhold til studerende optaget via kvote 1 var der en mindre forskel i oplevelsen af kursets relevans. Den ene var meget begejstret, mens den anden mere skeptisk udtalte: ”Du læser ikke medicin, fordi du kan lide at læse skønlitteratur”. Etnicitet og dets betydning kunne være interessant at undersøge nærmere, idet én studerende med anden etnisk baggrund end dansk var meget positiv over for kurset. Alder kunne muligvis være en faktor for udbytte af undervisningen. Studerende E, der var ældste deltager på otteogtyve år, mente bestemt, at kurset var relevant for ham og hans medstuderende. Hans udtalelser var generelt i mere positiv retning sammenlignet med yngre deltagere. Køn havde umiddelbart ikke betydning for det personlige og faglige udbytte af kurset i narrativ medicin, da mange af de samme beskrivelser gik igen på tværs af køn.

Specialet er udarbejdet på baggrund af interviews med fem frivilligt deltagende medicinstuderende rekrutteret ved en pragmatisk udvælgelsesproces. De samlede resultater var muligvis mere positive sammenlignet med udtalelser fra studerende, der var tilfældigt udvalgt grundet *selection bias*. Muligvis var deltagerne personer, der i forvejen var positive over for kurset og mest ressourcestærke, og derfor havde lyst og overskud til at læse teksterne og deltage i timerne. *Social desirability bias* og *confirmation bias* kan yderligere have påvirket resultater i mere positiv retning. Grundet studerendes lyst til at fortælle det, de troede, at jeg ville høre i interview, og min egen forudfattet mening kunne have påvirket indsamling og fortolkning af data i mere positiv retning. For at imødekomme dette, forsøgte jeg at være transparent omkring forforståelse, ståsted og personlige bias.

4.2 Fund i relation til tidligere forskning

Efter kursets afslutning blev et spørgeskema sendt til 163 medicinstuderende, hvoraf 42 besvarelser kom retur, og som jeg har fået indsigt i. Studerende har knyttet uddybende kommentarer til deres score af undervisningen, og ved gennemlæsning af disse tyder det på, at samme temaer fra specialet går igen. Med den enkelte undtagelse, at der kun var én i spørgeskemaet, som beskrev, at kurset måske var placeret for tidligt på uddannelsen. Studerende beskriver med egne ord, at de fik mere ud af holdundervisningen sammenlignet med forelæsninger. Men der var tendens til, at undervisningen mindede om dansktimer fra gymnasiet, og det var problematisk.

Studerende beskrev, at de forstod idéen med narrativ medicin og syntes, det var relevant at lære om kommunikation og patient-læge relation, men kommenterede, at man – måske – også kunne diskutere virkelige patientcases på klassen og dele tanker med hinanden om, hvordan andre medstuderende ville reagere og kommunikere i specifikke situationer, i stedet for kun at læse skønlitteratur. Nogle beskrev, at de oplevede, at undervisningen var ”flyvsk” og det var uklart, hvad de skulle ”tage med hjem”. Derfor kunne en opsamling være relevant (Generel evaluering - Studienævn for medicin).

Andre humanistiske kurser i narrativ medicin er undersøgt i studier af Barber og Moreno (Barber and Moreno-Leguizamon, 2017). De undersøgte studerendes umiddelbare oplevelse af udbyttet. Og her var forbedret kommunikation, personlig udvikling, selv-refleksion og en nydelse ved at lære narrativ medicin fund, men også en påpejning af mangel på longitudinale studier af studerendes adfærd samt den lille datamængde, og deraf begrænsning af høj klinisk værdi.

Stojan, Sun og Kumagai har lavet et kvalitativt studie, hvor læger retrospektivt vurderede udbyttet af humanistiske kurser under deres uddannelse (Stojan, Sun and Kumagai, 2019). De fandt, at longitudinale interaktioner med patienter med kroniske sygdomme i løbet af uddannelsen kan have varig indflydelse ved at stimulere til at tænke over patientens perspektiv og have en humanistisk tilgang i behandling af patienter. Resultater stemmer nogenlunde overens med mit speciale, der dog ikke kan sige noget om langtidseffekter eller grader af forbedret kommunikative evner. Til gengæld præsenterer det detaljerede beskrivelser af studerendes personlige og faglige udbytte af kurset i narrativ medicin på Syddansk Universitet 2022.

4.3 Metodologiske begrænsninger

Specialet er baseret på interviews med fem studerende, hvilket er en lille gruppe af deltagere. Men da formålet med kvalitative undersøgelser er at opnå dybere forståelse af menneskers oplevelse af et givent fænomen, er det ikke nødvendigvis relevant at diskutere antallet af deltagere. Det er på trods af dette relevant at diskutere, om deltagere kan indfri at besvare forskningsspørgsmålet for specialet (Flyvbjerg, 2006). Deltagerne blev udvalgt, fordi de var tilknyttet det obligatoriske kursus narrativ medicin på lægeuddannelsen, Syddansk Universitet. Retrospektivt tyder det på, at deltagere var velvalgte, fordi fortolkning af udtalelser peger i retning af, at de har reflekteret over og tænkt på en hel del i forbindelse med undervisningen i narrativ medicin. Fund skal dog ses i lyset af, at interview blev udført umiddelbart efter undervisningens afslutning, og derfor var studerende måske mere begejstret. Til gengæld var der mindre risiko for *recall bias*.

Ønsket om at etablere en tæt relation med studerende i interviewsituationen lykkedes muligvis med udgangspunkt i fænomenologisk og hermeneutisk teori. Dette resulterede måske i adgang til mere dybdegående data. I overensstemmelse hermed åbnede studerendes udtalelser mine øjne for deres udbytte af undervisningen både personligt og fagligt, herunder mere tid til holdundervisning, nærlæsning, analyse, fortolkning og diskussion af tekster på klassen samt eventuelt en afsluttende eksamen. En væsentlig begrænsning ved specialet var, at jeg udførte analyse, fortolkning og rapportering af data selvstændigt. Resultater skal derfor yderligere ses i lyset af dette. Til at forbedre specialet kunne tematisk analyse være udført af andre forskere. Vi kunne efterfølgende diskutere indhold med hinanden og opnå konsensus om, hvad der var på spil i datamaterialet.

Til at forbedre troværdighed, stringens og robusthed af specialet kunne jeg have udført interviews med undervisere om, hvad deres formål med undervisningen var, og hvordan de oplevede studerendes udbytte. Og jeg kunne teste studerendes påstande kvantitativt fx studerende C's: "*Hvor mange mennesker der syntes, det var røvsygt fra start af*" ved at lave spørgeskema og sende til årgangen af medicinstuderende. Derved kunne specialet bevæge sig fra det partikulære mod det mere generelle og skabe et indtryk af, hvor repræsentativ denne udtalelse var for gruppen. Resultater ville dog kun kunne generaliseres til årgangen og institutionen, Syddansk Universitet.

På trods af forbehold for store potentielle bias' ved specialet (*selection-, confirmation-, reporting- og social desirability bias*) er det min forhåbning, at temaer, der materialiserede fra interview og min fortolkning af disse, vil være af interesse for undervisere, studerende og studienævn, der planlægger kursets placering og indhold og størrelse.

5. Konklusion og implikation for praksis

Samlet kan det konkluderes, at undervisning i narrativ medicin på Syddansk Universitet åbnede studerendes blik for andre perspektiver på læge- og pårønderollen. At studerende oplevede kurset relevant og spændende, men at det muligvis var placeret for tidligt på uddannelsen. Narrativ medicin havde en humaniserende effekt på studerende og mindede dem om egen ”menneskelighed”. Nærlæsning, fortolkning og fælles diskussion på klassen fungerede bedre til holdtimer sammenlignet med forelæsninger. Kravet på 100% fremmøde for at bestå kurset og derved ingen eksamen bidrog muligvis til, at nogle studerende var mindre engageret. En opfordring kunne herfra lyde at indsætte en skriftlig refleksionsopgave som beståelseskrav for narrativ medicin samt ønsket fra studerende om flere holdtimer. Og så må det nævnes, at resultater bygger på udtalelser fra fem frivilligt deltagende studerende. Derfor mangler der undersøgelser af det personlige og faglige udbytte for de mest kritiske medicinstuderende af kurset i narrativ medicin samt longitudinale studier af, om effekter kommer patienter og kolleger til gode.

6. Referencer

Barber, S. and Moreno-Leguizamon, C.J. (2017) 'Can narrative medicine education contribute to the delivery of compassionate care? A review of the literature', *Medical Humanities*, 43(3), pp. 199–203. doi:10.1136/medhum-2017-011242.

el Barzouhi, A. *et al.* (2013) 'Magnetic Resonance Imaging in Follow-up Assessment of Sciatica', *New England Journal of Medicine*, 368(11), pp. 999–1007. doi:10.1056/NEJMoa1209250.

Boos, N. *et al.* (1995) 'The Diagnostic Accuracy of Magnetic Resonance Imaging, Work Perception, and Psychosocial Factors in Identifying Symptomatic Disc Herniations', *Spine*, 20(24), pp. 2613–2625. doi:10.1097/00007632-199512150-00002.

Braun, V. and Clarke, V. (eds) (2019) 'Using thematic analysis in sport and exercise research', in *Routledge handbook of qualitative research in sport and exercise*. First published in paperback. London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group (Routledge international handbooks).

Brinjikji, W. *et al.* (2015) 'Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations', *AJNR. American journal of neuroradiology*, 36(4), pp. 811–816. doi:10.3174/ajnr.A4173.

Charon, R. (2017) *The principles and practice of narrative medicine*. New York, NY: Oxford University Press.

Creswell, J.W. and Creswell, J.W. (2013) *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. 3rd ed. Los Angeles: SAGE Publications.

Dan-Azumi, M.S. *et al.* (2018) 'Surgery versus conservative management for lumbar disc herniation with radiculopathy: A systematic review and meta-analysis', *Journal of Health Sciences*, 8(1), pp. 42–53. doi:10.17532/jhsci.2018.479.

'Danskernes sundhed : Den Nationale Sundhedsprofil 2021 – centrale udfordringer' (2021), p. 20.

Dantoft, T.M. *et al.* (2017) 'Cohort description: The Danish study of Functional Disorders', *Clinical Epidemiology*, Volume 9, pp. 127–139. doi:10.2147/CLEP.S129335.

Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S. 'The SAGE Handbook of Qualitative Research', p. 55.

Deyo, R.A. *et al.* (2009) 'Overtreating chronic back pain: time to back off?', *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 22(1), pp. 62–68. doi:10.3122/jabfm.2009.01.080102.

Docking, S.I. *et al.* (2015) 'Structural integrity is decreased in both Achilles tendons in people with unilateral Achilles tendinopathy', *Journal of Science and Medicine in Sport*, 18(4), pp. 383–387. doi:10.1016/j.jsams.2014.06.004.

Elliott, V. (2018) 'Thinking about the Coding Process in Qualitative Data Analysis', *The Qualitative Report* [Preprint]. doi:10.46743/2160-3715/2018.3560.

Flyvbjerg, B. (2006) 'Five Misunderstandings About Case-Study Research', *Qualitative Inquiry*, 12(2), pp. 219–245. doi:10.1177/1077800405284363.

Frank, A.W. (2013) *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. Second edition. Chicago: The University of Chicago Press.

Funktionelle lidelser: viden og redskaber almen praksis (2021). Sundhedsstyrelsen.

Giorgi, A. (2005) 'The Phenomenological Movement and Research in the Human Sciences', *Nursing Science Quarterly*, 18(1), pp. 75–82. doi:10.1177/0894318404272112.

Guermazi, A. *et al.* (2012) 'Prevalence of abnormalities in knees detected by MRI in adults without knee osteoarthritis: population based observational study (Framingham Osteoarthritis Study)', *BMJ*, 345(aug29 1), pp. e5339–e5339. doi:10.1136/bmj.e5339.

Hammersley, M. and Atkinson, P. (2007) *Ethnography: principles in practice*. 3rd ed. London ; New York: Routledge.

Jensen, N.-H., Høgh, M. and Pickering, A.P. (2015) *Smertebogen*. Munksgaard.

Juhl Rasmussen, A., Mai, A.-M. and Ploug Hansen, H. (2021) *Narrativ medicin i uddannelse og praksis*.

Kelm, Z. *et al.* (2014) 'Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review', *BMC Medical Education*, 14(1), p. 219. doi:10.1186/1472-6920-14-219.

Kidd, D.C. and Castano, E. (2013) 'Reading Literary Fiction Improves Theory of Mind', *Science*, 342(6156), pp. 377–380. doi:10.1126/science.1239918.

Kvale Steinar, Brinkmann Svend (no date) *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk 3. udgave*. 3. udgave. Hans Reitzels Forlag, København 2015.

Lund, H., Bjørnlund, I.B. and Sjöberg, N.E. (2016) *Basisbog i fysioterapi*. Kbh.: Munksgaard Danmark.

Mai, A.-M. (ed.) (2019) *Litteratur i brug*. 1. udgave. Hellerup: Spring.

McCullough, B.J. *et al.* (2012) 'Lumbar MR imaging and reporting epidemiology: do epidemiologic data in reports affect clinical management?', *Radiology*, 262(3), pp. 941–946. doi:10.1148/radiol.11110618.

Milota, M.M., van Thiel, G.J.M.W. and van Delden, J.J.M. (2019) 'Narrative medicine as a medical education tool: A systematic review', *Medical Teacher*, 41(7), pp. 802–810. doi:10.1080/0142159X.2019.1584274.

Moseley, G.L. and Butler, D.S. (2015) 'Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future', *The Journal of Pain*, 16(9), pp. 807–813. doi:10.1016/j.jpain.2015.05.005.

O'Brien, B.C. *et al.* (2014) 'Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations', *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(9), pp. 1245–1251. doi:10.1097/ACM.0000000000000388.

Olesen, J. (2018) 'Hvad er god fysioterapi', pp. 38–40.

Olesen, J. (2002). 'Kroppens filosofi : med baggrund i Maurice Merleau-Pontys forfatterskab', p. 11.

Palmer, C. (ed.) (2019) 'Ethics in sport and exercise research', in *Routledge handbook of qualitative research in sport and exercise*. First published in paperback. London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group (Routledge international handbooks).

Rasmussen, A.J. and Sodemann, M. (no date) 'Narrativ medicin som nyt, interdisciplinært felt', p. 4.

Rasmussen, S. *et al.* (2020) 'Multiple physical symptoms and individual characteristics - A cross-sectional study of the general population', *Journal of Psychosomatic Research*, 131, p. 109941. doi:10.1016/j.jpsychores.2020.109941.

Ravn, S. (ed.) (2019) 'Phenomenological analysis in sport and exercise', in *Routledge handbook of qualitative research in sport and exercise*. First published in paperback. London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group (Routledge international handbooks).

Reiman, M.P. *et al.* (2016) 'Return to sport after open and microdiscectomy surgery versus conservative treatment for lumbar disc herniation: a systematic review with meta-analysis', *British Journal of Sports Medicine*, 50(4), pp. 221–230. doi:10.1136/bjsports-2015-094691.

Remain, C.D. *et al.* (2020) 'Content and outcomes of narrative medicine programmes: a systematic review of the literature through 2019', *BMJ Open*, 10(1), p. e031568. doi:10.1136/bmjopen-2019-031568.

Sher, J.S. *et al.* (1995) 'Abnormal findings on magnetic resonance images of asymptomatic shoulders', *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, 77(1), pp. 10–15. doi:10.2106/00004623-199501000-00002.

Smith, B. and Sparkes, A.C. (eds) (2019) 'Introduction - An invitation to qualitative research', in *Routledge handbook of qualitative research in sport and exercise*. First published in paperback.

London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group (Routledge international handbooks).

Steffens, D. *et al.* (2016) 'Do MRI findings identify patients with low back pain or sciatica who respond better to particular interventions? A systematic review', *European Spine Journal*, 25(4), pp. 1170–1187. doi:10.1007/s00586-015-4195-4.

Stojan, J.N., Sun, E.Y. and Kumagai, A.K. (2019) 'Persistent influence of a narrative educational program on physician attitudes regarding patient care', *Medical Teacher*, 41(1), pp. 53–60. doi:10.1080/0142159X.2018.1436755.

Studienævn for medicin (no date) 'Modul B3_Narrativ medicin - F22'.

'Sundhedsdata-styrelsen' (2021).

Sundhedsstyrelsen: 'Informationsindsats om kroniske smerter'. Available at: <https://www.sst.dk/da/Viden/Laegemidler/Smerte/Informationsindsats-om-kroniske-smerter>.

'The shock of attention.pdf' (2016).

'Thorpe_2012_the ethnographic interview.pdf'.

Webster, B.S. *et al.* (2013) 'Iatrogenic Consequences of Early Magnetic Resonance Imaging in Acute, Work-Related, Disabling Low Back Pain':, *Spine*, 38(22), pp. 1939–1946. doi:10.1097/BRS.0b013e3182a42eb6.

World Medical Association (2014) *WMA declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects 2013*.

Zhong, M. *et al.* (2017) 'Incidence of Spontaneous Resorption of Lumbar Disc Herniation: A Meta-Analysis', *Pain Physician*, 20(1), pp. E45–E52.

7. Appendiks

7.1 Appendiks 1: Sample af projektbeskrivelse for specialet i narrativ medicin

Dette specialeprojekt er et mindre evalueringsstudie af kurset i narrativ medicin på Syddansk Universitet af medicinstuderende på bachelorniveau. Med udgangspunkt i kvalitative metoder er formålet at undersøge hvad medicinstuderende på 2. semester oplever at få ud af kurset personligt og fagligt. Deltagerobservation og uformelle interviews ved to undervisningsgange i februar 2022 samt semi-strukturerede interviews med tre-fem studerende er datagrundlaget for undersøgelsen. Tidsrammen for projektet er fire måneder fra d. 01.02.2022 til 01.06.2022.

Forskningsspørgsmål:

- Hvad oplever medicinstuderende personligt og fagligt at få ud af kurset i narrativ medicin på 2. semester, Syddansk Universitet?

Når formålet er at undersøge studerendes oplevelse af at deltage i det obligatoriske kursus narrativ medicin, bliver subjektets bevidsthed genstandsfelt for undersøgelsen. Den ontologiske antagelse er, at den vigtige virkelighed eksisterer, som interviewpersonen oplever den. Til at opnå viden om virkeligheden gør jeg fænomenologiske epistemologiske antagelser.

Semi-strukturerede interviews bliver anvendt som metode. Det nærmer sig en hverdags samtale, men interviewet har et formål og spørgsmål er i overensstemmelse med en interviewguide, der fokuserer på bestemte temaer. Interviewguiden rummer forslag til spørgsmål og spørgsmålene holdes åbne, så der gives plads til rige og udforskende beskrivelser. Rækkefølgen af spørgsmål er vejledende. (Thorpe, 2012)

Deltagerobservation og uformelle interviews bliver udført til to undervisningsgange henholdsvis den 17. og 24. februar 2022. Jeg observerer skiftevis forskellige grupper af medicinstuderende og deres arbejde med litterære tekster og skriveøvelser i undervisningen. Mine observationer foretages som *full observer*. Jeg udfører *thick descriptions* for at få så præcise og detaljerede beskrivelser af konteksten. Dette skal bidrage til en overordnet forståelse af den sociale kontekst, de studerende er en del af og som undervisningen foregår i. Herudover kan observation af undervisning bidrage til fælles referencepunkter mellem den studerende og undertegnet.

Jeg kan i senere interview få studerende til at huske tilbage på situationer og reflektere over meningen med specifikke øvelser, og om de oplever, at øvelserne kan bidrage til en bedre forståelse for patientens fortælling om sygdom. Beskrivelser fra observationer skal udover at bidrage til forståelse for den kontekstuelle dimension af undervisningen også bidrage til andres vurdering af transparens og eventuelt generalisering af resultater til andre kontekster. Det forsøges at indhente uformelle interviews i pauser, hvor jeg spørger til studerendes oplevelse af den øvelse, de netop har gennemgået og undervisningen generelt. Det indtales på diktafon eller noteres på en blok. (Hammersley and Atkinson, 2007)

Forskningsdata bliver opbevaret som personfølsomme oplysninger. Lydfiler, transskriberinger, logbog og forskningsdagbog vil blive opbevaret på en sikker server, SDU OneDrive. Materialet bliver af-identificeret hurtigst muligt. Rådata og analysefiler bliver opbevaret tre måneder efter afsluttet speciale, så resultater kan genskabes i en kort periode efter publicering.

Materiale/deltagere:

Undervisningen forløber over seks lektioner fra d. 3. februar til d. 10. marts 2022. Rekruttering af tre-fem studerende bliver annonceret til første undervisningsgang, hvor projektet præsenteres. Der indhentes samtidigt informeret samtykke. Studerende der er tilknyttet hold A1 og hold A2, har førsteprioritet, da de er en del af holdundervisningen, hvor jeg foretager feltobservationer.

Hvis der ikke er tilstrækkelig med frivillige interviewpersoner på hold A1 og hold A2, udvides poolen for rekruttering til alle studerende på semestret. Det forsøges at få en blanding af mænd og kvinder. Hvis ingen melder sig den første dag, er det aftalt med kursusansvarlig, at jeg vender tilbage d. 10. marts og rekrutterer deltagere. Antal deltagere holdes til en håndfuld grundet princippet om *less is more*, jævnfør Kvale og Brinkmann. (Kvale Steinar, Brinkmann Svend, 2015, s. 167) Konteksten for semi-strukturerede interviews er et undervisningslokale i Winsløvparken eller på Syddansk Universitet. Der er kage og kaffe til de medvirkende, så interviewpersonen oplever at blive modtaget som gæst. Dette opmuntrer forhåbentlig til personlige og righoldige beskrivelser af undervisningen i NM. Det forventes at interviewet varer op mod 1 time. Specialet har en pragmatisk tilgang til inklusion af deltagere. Det vil sige, det vigtigste kriterie er at få studerende inkluderet, der har deltaget i kurset, og det har mindre betydning, hvem de er, og hvilket hold de er tilknyttet.

7.2 Appendix 2: Standards for reporting qualitative research (SRQR)

Title and abstract**Pages**

Title - Concise description of the nature and topic of the study Identifying the study as qualitative or indicating the approach (e.g., ethnography, grounded theory) or data collection methods (e.g., interview, focus group) is recommended	Front page
Abstract - Summary of key elements of the study using the abstract format of the intended publication; typically includes background, purpose, methods, results, and conclusions	After front page

Introduction

Problem formulation - Description and significance of the problem/phenomenon studied; review of relevant theory and empirical work; problem statement	1 - 6
Purpose or research question - Purpose of the study and specific objectives or questions	6

Methods

Qualitative approach and research paradigm - Qualitative approach (e.g., ethnography, grounded theory, case study, phenomenology, narrative research) and guiding theory if appropriate; identifying the research paradigm (e.g., postpositivist, constructivist/ interpretivist) is also recommended; rationale**	8 - 11
Researcher characteristics and reflexivity - Researchers' characteristics that may influence the research, including personal attributes, qualifications/experience, relationship with participants, assumptions, and/or presuppositions; potential or actual interaction between researchers' characteristics and the research questions, approach, methods, results, and/or transferability	12 - 13
Context - Setting/site and salient contextual factors; rationale**	7
Sampling strategy - How and why research participants, documents, or events were selected; criteria for deciding when no further sampling was necessary (e.g., sampling saturation); rationale**	6 - 7
Ethical issues pertaining to human subjects - Documentation of approval by an appropriate ethics review board and participant consent, or explanation for lack thereof; other confidentiality and data security issues	14
Data collection methods - Types of data collected; details of data collection procedures including (as appropriate) start and stop dates of data collection and analysis, iterative process, triangulation of sources/methods, and modification of procedures in response to evolving study findings; rationale**	6 - 7

Data collection instruments and technologies - Description of instruments (e.g., interview guides, questionnaires) and devices (e.g., audio recorders) used for data collection; if/how the instrument(s) changed over the course of the study	8
Units of study - Number and relevant characteristics of participants, documents, or events included in the study; level of participation (could be reported in results)	7
Data processing - Methods for processing data prior to and during analysis, including transcription, data entry, data management and security, verification of data integrity, data coding, and anonymization/de-identification of excerpts	8 - 9 and 14
Data analysis - Process by which inferences, themes, etc., were identified and developed, including the researchers involved in data analysis; usually references a specific paradigm or approach; rationale**	8 - 9
Techniques to enhance trustworthiness - Techniques to enhance trustworthiness and credibility of data analysis (e.g., member checking, audit trail, triangulation); rationale**	14

Results/findings

Synthesis and interpretation - Main findings (e.g., interpretations, inferences, and themes); might include development of a theory or model, or integration with prior research or theory	14
Links to empirical data - Evidence (e.g., quotes, field notes, text excerpts, photographs) to substantiate analytic findings	14 - 25

Discussion

Integration with prior work, implications, transferability, and contribution(s) to the field - Short summary of main findings; explanation of how findings and conclusions connect to, support, elaborate on, or challenge conclusions of earlier scholarship; discussion of scope of application/generalizability; identification of unique contribution(s) to scholarship in a discipline or field	25 - 29
Limitations - Trustworthiness and limitations of findings	28 - 29

Other

Conflicts of interest - Potential sources of influence or perceived influence on study conduct and conclusions; how these were managed	None
Funding - Sources of funding and other support; role of funders in data collection, interpretation, and reporting	None

7.3 Appendiks 3: Samtykkeerklæring

Oplysning om behandling af personoplysninger

I forbindelse med projektet ”En undersøgelse af medicinstuderendes oplevelser af undervisningen i narrativ medicin” ønsker Tom Blaabjerg at indsamle oplysninger om dig. Tom Blaabjerg er ansvarlig for beskyttelsen af personoplysninger til brug for projektet. Det er frivilligt at deltage i projektet. Du vil blive anonymiseret i undersøgelsen, så det ikke er muligt at spore udtalelser tilbage til dig.

Formål med behandlingen af personoplysninger

Dette forskningsprojekt er et mindre evalueringsstudie af undervisningen på Syddansk Universitet af medicinstuderende på bachelorniveau i narrativ medicin. Med udgangspunkt i kvalitative metoder er formålet at undersøge, hvad medicinstuderende på 2. semester oplever at få ud af kurset personligt og fagligt. Deltagerobservation og uformelle interviews ved to undervisningsgange i februar 2022 samt semi-strukturerede interviews med tre-fem studerende er datagrundlaget for undersøgelsen.

De oplysninger, der behandles er:

Navn, alder, uddannelse og dine udtalelser i forbindelse med interview.

Sådan bruger jeg/Vi personoplysningerne

Oplysningerne behandles efter databeskyttelsesforordningen art. 6, stk. 1, litra a og art. 9, stk. 2, litra a, som er reglerne omkring samtykke. Jeg/Vi vil behandle personoplysningerne fortroligt - i overensstemmelse med gældende ret. Jeg/Vi sørger for at opbevare dem sikkert, så det kun er relevante personer med tilknytning til projektet, der har adgang til dem. Oplysningerne vil kun blive anvendt i forbindelse med projektet.

Sletning og opbevaring af dine personoplysninger

Jeg/Vi vil slette eller anonymisere data, når det ikke længere er relevant at opbevare dine personoplysninger. Det vil oftest være når projektet er afsluttet, men kan også være senere, af hensyn til eventuel dokumentation for resultaterne i projektet. Oplysningerne vil blive slettet seneste tre måneder efter projektets afslutning og dermed er de slettet d. 1. oktober 2022. Ønsker du at få slettet dine oplysninger tidligere, kan du trække dit samtykke tilbage.

Du gøres opmærksom på,

- at du altid kan tilbagekalde dit samtykke og dermed er jeg/vi forpligtet til at slette de oplysninger, vi har vedrørende dig,
- at du har ret til at se de oplysninger, jeg/vi har om dig,
- at du har ret til at forlange berigtigelse eller sletning af oplysningerne, og
- at du har ret til at klage til Datatilsynet over behandlingen af oplysningerne via www.datatilsynet.dk.

Du har altid mulighed for at tilbagetrække dit samtykke ved skriftlig henvendelse til tobla20@student.sdu.dk

Videregivelse/andre formål

Hvis andre beder om adgang til materialet til andre undersøgelser, vil du blive spurgt, om du vil give samtykke til dette.

Offentliggørelse

Der sker ikke offentliggørelse af data, hvor du kan identificeres. Dine personoplysninger er anonymiserede inden de indgår i en offentliggørelse af resultatet af projektet. Det betyder, at det ikke er muligt at genfinde dine oplysninger i eventuelle publikationer.

Tom Blaabjerg

Yderligere information

Hvis du har spørgsmål til undersøgelsen, kan du til enhver tid kontakte Tom Blaabjerg på telefon XXXX eller tobla20@student.sdu.dk.

Ønsker du at klage over behandlingen af personoplysninger, kan du rette henvendelse til Datatilsynet via www.datatilsynet.dk.

Samtykkeerklæring

- Jeg forstår, at det er frivilligt at deltage i projektet.
- Jeg forstår, at oplysninger om mig kun bliver anvendt til forskning.
- Jeg forstår, at jeg bliver informeret, hvis mine oplysninger bliver videregivet til *andre*.

Dato

Navn

Underskrift

7.4 Appendiks 4: Interview-guide

Interview-guide

Jeg vil gøre dig opmærksom på, at interviewet bliver optaget på diktafon. Optagelsen anvendes som støtte til min hukommelse og vil indgå i mit specialeprojekt. Interviewet behandles fortroligt og gemmes på en sikker server, SDU OneDrive. Tre måneder efter jeg har forsvaret mit speciale, bliver materialet slettet, dvs. omkring 1. oktober. I opgaven vil dine udtalelser være anonymiseret, så de ikke kan ledes tilbage til dig. Du må endelig spørge, hvis der er noget, du er i tvivl om eller ikke forstår undervejs i interviewet. Jeg vil gøre dig opmærksom på, at du deltager frivilligt i interviewet og at du altid kan trække dit samtykke tilbage og stoppe interviewet til enhver tid. På forhånd tak fordi du vil deltage i dette projekt.

Intro	
Præsentation af projekt. Hvem er jeg.	
Vil du fortælle lidt om dig selv. Alder, har du søgt direkte ind på medicinstudiet efter gymnasiet eller har du haft sabbatår? – (Lavede du noget relevant ifbm. dit kommende studie, som du vil dele med mig)	
Har du mødt patienter før?	
Oplevelse af kurset	
Hvordan har du oplevet kurset i narrativ medicin de sidste seks uger?	
Var der noget, der overraskede dig i undervisningen?	
Hvordan har det været at læse ældre skønlitterære tekster skrevet for 100 år siden? Hvad synes du om tekstudvalget? Har det været meningsfuldt for dig som medicinstuderende på 2. semester at læse disse tekster?	
Hvad betyder udtrykket ”patienten som et helt menneske” for dig? - Hvad er en patient - Hvad er et menneske - Hvad er sygdom	
Knud Brixen, sygehusdirektør på Odense Universitetshospital, skriver i indledningen til bogen ”Enhver sygdom er en fortælling”, at det ikke er en samling symptomer, der kommer til	

lægen, men en hel historie, et helt menneske. Hvad betyder det for dig?	
Når underviseren fortæller om teorier bag narrativ medicin og formålet; at forbedre attention, representation og affiliation, kan du så følge denne tankegang, hvorfor/hvorfor ikke?	
Forberedelse og øvelser	
Vil du fortælle mig, hvordan du har forberedt dig til undervisningen?	
Hvad oplevede du, når I lavede nærlæsning af den specifikke tekst?	
Hvad gjorde du helt specifikt, når I blev bedt om at lave en skriveøvelse? Hvad synes du om det?	
Hvordan oplevede du forelæsningerne?	
Hvordan oplevede du holdundervisningen?	
Hvordan har du oplevet studiemiljøet i timerne? Har det bidraget til, at du selv har haft lyst til at deltage aktivt i timerne?	
Refleksioner	
Hvilken relevans oplever du, at dette kursus har for dig?	
Hvad tænker du om titlen på bogen ”Enhver sygdom er en fortælling”?	
”Læsning af litteratur kan give den enkelte lægestuderende billeder på, hvordan de (måske) selv virker på andre mennesker.” Hvad tænker du om det? (citat Morten Sodemann, Enhver sygdom er en fortælling)	
Føler du (eller kan du se perspektiverne i), at du (måske) bliver bedre til at lytte aktivt og nysgerrigt til andre mennesker ved at deltage i dette kursus?	
Hvordan vil du forklare, hvad formålet med narrativ medicin er til en ven eller et familiemedlem?	
Føler du, at du har lært noget om at være mennesket ved at deltage i kurset, og i så fald hvad?	
Hvorfor tror du, at kurser i narrativ medicin møder stor begejstring blandt klinikere, der har mange års erfaring med patienter? NM tilbydes som efteruddannelseskursus i regi af lægeforeningen)	
Helt frit for leveren, hvis du skal sige noget her til sidst om, hvordan det har været at deltage på	

Tom Blaabjerg

kurset i narrativ medicin, er der så noget du vil dele?	
---	--

7.5 Appendiks 5: Sample af transskription - studerende A

I: Okay. Det var lige en kort intro. Så går vi til hovedspørgsmålene. Nu er der gået seks uger. I har været til undervisning hver torsdag - fire forelæsninger, to holdundervisninger - i narrativ medicin, hvad er din overordnede oplevelse af de seks uger, der er gået?

R: Jamen, jeg føler, at det har været meget positivt. Det lyder lidt mærkeligt, måske, at kalde det for en hyggetime. Men jeg kunne godt lide, at man inddrog kommunikation og det kreative. Det her med, at det ikke skal være i så faste rammer, som det normalt er i medicinuddannelsen eller i undervisningen, hvor du bare skal kunne det, der står. Det er udenadslære. Hvor her der tog man lidt af det, som jeg godt nogle gange kan savne, når man havde dansk og lignende. Der var fortolkning. Der var samtaler. Man delte ideer og tanker med hinanden. Jeg kunne rigtig godt lide det sociale aspekt af det. At det ikke var så kantet.

I: Ja.

R: Men også, at jeg egentlig følte, at det har - jeg tror, det er svært at sige nu allerede - men at det har givet mig en anden tanke om, hvad jeg kan forvente eller hvordan jeg skal håndtere situationer senere hen i min uddannelse. Eller når jeg møder andre mennesker, hvor det er deres sygdom eller lignende. Jeg tror helt klart, at jeg vil tænke meget mere over det nu. Så jeg føler, at førhen har det måske også været lidt intimiderende, det her med at møde en patient - hvordan skal man agere over for en patient, hvis man bliver læge. Indtil videre har jeg altid haft det her forhøjet syn på en læge, når jeg selv har været patient. At de bare kan det hele og at de ved det hele.

Og jeg ved jo, at der er mange forskellige holdninger, alt efter hvem du møder, men jeg kan rigtig godt lide at undervisningen her, gør os alle sammen menneskelige. At der er mange flere kvaliteter og egenskaber hos både patienten og hos lægen. Fx var der en af undervisningsgangene, jeg tror, det var den første eller anden, hvor der var en fortælling om en patient, der faktisk næsten trøstede eller belærte sin unge læge - jeg tror han havde kræft eller lignende - og den gjorde meget stort indtryk på mig. For jeg kan godt forestille mig, at jeg måske er en type, der bliver meget påvirket af andre.

I: Er det teksten "Perspective Shift", af Daniel Shapiro, du tænker på? Hvor man pludselig indser, at det er patientens synsvinkel, vi hører fra.

R: Ja. Den gjorde stort indtryk på mig. Patienten, som på en eller anden måde trøster eller føler med sin læge, mere end sig selv. Det kommer vi nok også til at møde – hvor det kan være, at jeg er mere påvirket end de er eller omvendt. Hvordan man håndterer en situation. Det synes jeg er meget interessant.

I: Det er interessant. Tror du, at det du har været igennem i seks uger - du lyder meget positiv over for det og har haft en god oplevelse - føler du allerede nu, vi kan jo ikke vide det, vi ved ikke noget om fremtiden, men føler du allerede nu, at det kan du muligvis bruge? Altså det har ændret dit syn – jeg ved ikke, om det har ændret dit syn radikalt på, hvad det vil sige at være læge eller patient - men du kan se nogle nye perspektiver i, hvad det vil sige at være læge og dén autoriteter der følger med der? – Hvordan det også kan blive udfordret, måske? Patienten er måske ekspert i deres eget liv, hvor du er ekspert i sygdommene osv.?

R: Helt klart. Jeg føler faktisk, at det har givet mig ret meget. Førhen har jeg været rigtig intimideret i forhold til det her med læge-rollen eller hvordan man er en læge. Igen, når jeg selv har haft de her forventninger til, at de skal være perfekte eller at de skal kunne alle svarene. Det virker bare så voldsomt. Jeg tror, at en af vores forelæsere nævnte det, som om, at man skal være en helt. Og jeg kan meget bedre lide det eksempel, de gav med, at man som læge bare er en ledsager eller en medhjælper til at hjælpe patienten, som egentlig er hovedpersonen i det her. Så jeg har helt klart ændret det til det her med, at man ikke behøver at være perfekt. Og at jeg vil se mig selv som læge, som en ledsager, som vil prøve at hjælpe personen, holde dem i hånden, og helt klart vil jeg lytte meget mere til patienten nu. Jeg ved selvfølgelig ikke, hvordan jeg vil være i fremtiden. Jeg tænker rigtig meget over, det her med som de siger, at hvis du egentlig bare lytter til patienten, de er jo eksperter i deres eget liv og i deres egen sygdom og vil jo nok gerne dele det, hvis man er villig til at lytte. Hvis man er det, så vil de 80 % af tiden fortælle dig, hvad diagnosen er.

Tom Blaabjerg

7.6 Appendiks 6: Feltnotater fra undervisning og uformelle interview

Ved henvendelse på tobla20@student.sdu.dk kan feltnotater udleveres.

7.7 Appendiks 7 – Ekstra forforståelse

En forventning havde jeg om at møde en gruppe fremragende studerende med et tårnhøjt karaktergennemsnit fra gymnasiet. Jeg forestillede mig samtidig, at der måske kunne være studerende, der var optaget via kvote 1 og havde en attitude af at vide bedre. At humanister fra kulturvidenskab ikke skulle komme og undervise dem i, hvordan de skulle være læger i fremtiden. Et krav til at bestå kurset på 100% fremmøde og derved manglen på eksamen forestillede jeg mig, ville medvirke til, at nogle studerende udviste mindre engagement i undervisningen. Hvis dette var tanker, nogle studerende måtte have, ville det, ifølge mig, fortælle mere om dem end om kursets indhold og mål. Kursets formål var i stedet at klæde studerende på til at tænke selv og være nysgerrige på det stoflige uden tanke på: ”Hvad skal jeg bruge det til” eller en studieaktivitet karakteriseret ved *teaching to the test*. En adfærd, som muligvis kunne overføres til mødet med patienter, hvor fordomsfri og nysgerrig tilgang i mødet med ”den anden” kunne bidrage til personcentreret behandling.

Et andet aspekt er vilkårene i sundhedsvæsenet. I forlængelse heraf kunne jeg forestille mig, at studerende ville møde en travl hverdag, når de kom i praktik. De ville møde kolleger og ældre studerende, der havde arbejdet med udgangspunkt i den biomedicinske tilgang i en lang årrække. Derfor, forventede jeg, at kollegerne i mindre grad havde kendskab til den holistiske tilgang til patienter og smerte. Til gengæld ville de trække på stor praktisk erfaring. Praktisk erfaring der ville reproducere en bestemt måde at tænke på, som studerende ville blive en del af.

Når presset på den enkelte medarbejder i sundhedsvæsenet er enormt og maksimalt ti-femten minutter til hver konsultation ikke stiller kommende læger i en bedre position i forhold til at fordybe sig i patientens narrativ, bliver konsekvensen mindre tid til solidaritet og omsorg for patienten. Jeg havde forventning til, at de fleste studerende gerne ville kunne udvise disse følelser for kommende patienter. Men med vilkårene i sundhedsvæsenet i øjeblikket kunne det være svært. Og at den nye holistiske tilgang til patienter kunne virke abstrakt for studerende, fordi de kun var på 2. semester og knap nok havde erfaringer med sundhedsvæsenet.

...

Dette, tror jeg, har været med til at skubbe mig i retning af de særligt sårbare, de kroniske, de palliative patienter og et ønske om at handle for dem. Ikke fordi jeg har afprøvet læsning af skønlitteratur med sårbare patienter, men fordi jeg oplevede litteraturens menneskeliggørelse af min person og det medførte muligvis, at jeg blev i stand til at indgå i relationer på ”den andens” vilkår og banehalvdelen.

Jo flere karakterer jeg kan møde i fortællinger, der tænker på anderledes måder, desto bedre for udvidelsen af mit normalitetsbegreb. Det har en humaniserende effekt, tror jeg. Og giver udsyn og rummelighed, hvilket er grundlaget for empati. Og det tyder på, at en stærk interpersonel relation mellem behandler og patient måske netop er forudsætningen for en effektiv behandling (Olesen, 2018). Det starter altid i mødet med ”den anden”. På denne måde dukker litteraturen indirekte op i mit virke som sundhedsprofessionel og munder ud i dette specialeprojekt. Den nyeste smertevidenskab og læsning af skønlitteratur har været min indfaldsvinkel til narrativ medicin og ovenfor beskrevne er udgangspunktet og ståsted for specialet

Hvis vi kan uddanne læger og sundhedsprofessionelle i vigtigheden af og hvordan, man skaber en relation på lige vilkår med patienten, er der skabt et mulighedsrum for at nå ind til kernen og dermed hovedproblemet. Undervisning i narrativ medicin er for mig én måde, dette måske lader sig gøre.

En personlig bias kan dog være, at jeg - trods alle mine forventninger til litteraturens gavn - i forvejen er rundet af en påstået empatisk indstilling til andre mennesker gennem opdragelse og social-kulturel kapital. Dette betyder på den ene side, at det ikke er skønlitteraturen i sig selv, der får mig til at handle på en specifik måde til gavn for patienter. Men på den anden side ligger litteraturen implicit i den sociale og kulturelle rygsæk, jeg har med mig. Et spørgsmål er derfor, om læsning af skønlitteratur kan træne studerende og sundhedsprofessionelle, der i forvejen er skeptiske over for den. Men så må det tilføjes, at kurser i narrativ medicin godt kan inddrage billeder, film, tegneserier, dramatik og musik, dvs. kunst i bredeste forstand, og stadig træne en kompetence i at være lydhør og søge samskabelse med patienten. Afviser man som kommende læge, at kunst har nogen værdi overhovedet, vil man formentlig ikke få noget ud af et kursus i narrativ medicin

Min forståelse af hvorfor MR-scanning ikke nødvendigvis viser smerte:

Argumentet herfor er, at de fleste muskel- og skeletskader også findes hos mennesker der ikke har smerter (Boos *et al.*, 1995; Sher *et al.*, 1995; Deyo *et al.*, 2009; Brinjikji *et al.*, 2015).

Og fordi tidlig MR-scanning af fx akutte rygsmerter kan være forbundet med negative effekter på funktionsevne for patienten og ende med at koste samfundet penge (Webster *et al.*, 2013).

Tom Blaabjerg

Scanningssvar kan aldrig stå alene (Steffens *et al.*, 2016). Forhåbentligt ville dele af de studerende være enige i dette senere på deres uddannelse til læge, tænkte jeg.