

Forside

Eksamensinformation

H440009102 - H440009102: Kandidatspeciale, Kirstine Petersen

Besvarelsen afleveres af

Kirstine Petersen
kipet20@student.sdu.dk

Eksamensadministratorer

Signe Østergaard Christensen
si@sdu.dk
☎ +4565504312

Bedømmere

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

Eva Hjelms
Censor
eva@dighjelms.dk
☎ +4521274414

Besvarelsesinformationer

Titel: LÆS VIDERE - Læsning og skrivning i online grupper for sygeplejersker som efteruddannelse

Titel, engelsk: KEEP READING - Reading and writing in online groups for nurses as continuing education

Tro og love-erklæring: Ja

Indeholder besvarelsen fortroligt materiale: Nej

Må besvarelsen gøres til genstand for udlån: Ja

Specialetype 2, Produkt med akademisk rapport

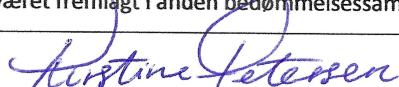
Forside til specialet

| | | | |
|--|---------|--|--------|
| Afleveringsfrist: | Januar: | Juni: X | Andet: |
| Vejleder: Anders Juhl Langscheiden Rasmussen | | Institut: Institut for kulturvidenskaber | |
| Titel, dansk: LÆS VIDERE - Læsning og skrivning i online grupper for sygeplejersker som efteruddannelse | | | |
| Titel, engelsk: KEEP READING - Reading and writing in online groups for nurses as continuing education | | | |
| Min./max. antal typeenheder: 40-60 normalsider eksklusive bilag og produkt. Ved deltagelse af flere studerende lægges 50 % til for hver deltager ud over én, dvs. ved to deltagere i alt 60-90 sider og ved tre deltagere i alt 80-120 sider. (1 normalside = 2400 typeenheder) | | Din besvarelses antal typeenheder¹: 134215 | |
| Du skal være opmærksom på, såfremt din besvarelse ikke lever op til det angivne (min./max) antal typeenheder (normalsider) vil din opgave blive afvist, og du har brugt et forsøg. | | | |
| (sæt kryds) | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Specialet må gerne bruges i forbindelse med undervisning/vejledning af kommende specialestuderende (navn, studienr. og lignende fjernes ikke fra specialet) | | | |
| <input type="checkbox"/> Specialet må gerne i anonym form bruges i forbindelse med undervisning/ vejledning af kommende specialestuderende (navn, studienr. og lignede fjernes fra specialet) | | | |
| <input type="checkbox"/> Specialet må ikke bruges i forbindelse med undervisning/vejledning af kommende specialestuderende. | | | |

Tro og love-erklæring

Det erklæres herved på tro og love, at undertegnede egenhændigt og selvstændigt har udformet denne eksamensopgave. Alle citater i teksten er markeret som sådanne, og eksamensopgaven, eller væsentlige dele af den, har ikke tidligere været fremlagt i anden bedømmelsessammenhæng.

Afløvet af:



Fornavn:

Kirstine

Efternavn:

Petersen

Fødselsdato:

27.09.1990

¹ Tælles fra første tegn i indledningen til sidste tegn i konklusionen, inkl. fodnoter. Tabeller tælles med deres antal typeenheder. Følgende tælles *ikke* med: resumé, indholdsfortegnelse, litteraturliste og bilag. Se i øvrigt eksamensbestemmelserne for disciplinen i studieordningen.

LÆS VIDERE

- Læsning og skrivning i online grupper for sygeplejersker som
efteruddannelse

ABSTRACT

This thesis examines the methods of close reading and creative writing from the interdisciplinary field of 'Narrative Medicine' which poses the hypothesis that healthcare professionals can benefit from achieving knowledge from the humanistic field of narratology. The area of interest for this thesis is the application of the methods of 'Narrative Medicine' in an online setting. By analyzing video recordings of two different reading groups from the project *Læs som mand*, which were facilitated on the online communications platform Zoom, this thesis investigates the strengths and weaknesses of literary group discussions online. From the insights of the analyses, the thesis outlines the framework of a continuing education course for Danish nurses called *Læs videre*, wherein the methods of 'Narrative Medicine' are taught.

The analysis of the video recorded reading groups concludes that Zoom possesses the prerequisites to enable the process of empathy and a fellow feeling of togetherness in a group. The analysis furthermore concludes the importance of the role of the facilitator and the importance of activating the video- and audio-features. It underlined the importance of having a minor number of participants in a group session, due to the limitations of Zoom's video viewing options as well. The findings of the analysis illustrate the possibility of and potential in facilitating a continuing education course online, which benefits both the participants and the provider. 'Narrative Medicine' emphasizes the benefits of humanities' knowledge of narratology for healthcare professionals, which helps them reach a state of affiliation with their patients where they can navigate complex, fragmented and often painful illness narratives from their patients, and enables them to honor their patients' narratives as co-creators.

Tak til

Anders Juhl Rasmussen for konstruktiv og motiverende vejledning

Familie og venner for uendeligt mange peptalks

Min søster Katrine og alle andre sygeplejersker, der passer på dig og mig

INDHOLDSFORTEGNELSE

| | |
|--|----|
| INDLEDNING | 1 |
| BEHOV OG BEGRUNDELSE FOR <i>LÆS VIDERE</i> | 2 |
| NARRATIV MEDICIN | 5 |
| DEN NARRATIVE KOMPETENCE | 11 |
| EMPATI HOS DEN SUNDHEDSFAGLIGE | 12 |
| EMPATI ONLINE | 15 |
| <i>TO NARRATE, OR NOT TO NARRATE, THAT IS THE QUESTION</i> | 21 |
| METODER TIL LÆSNING OG SKRIVNING | 24 |
| NARRATIV MEDICINS VERSION AF NÆRLÆSNING | 25 |
| GUIDET FÆLLESLÆSNING | 29 |
| KREATIV SKRIVNING | 31 |
| SKRIVNING I FORLÆNGELSE AF GUIDET FÆLLESLÆSNING | 34 |
| NÅR LÆSNINGEN ER FLYTTET ONLINE | 36 |
| <i>LÆS SOM MAND</i> PROJEKTET | 37 |
| TEKSTVALG OG LÆSEGUIDENS ROLLE | 37 |
| ONLINEFORMATETS MULIGHEDER OG BEGRÆNSNINGER | 46 |
| ZOOM IND PÅ HINANDEN: EMPATI OG FÆLLESSKABSFØLELSE ONLINE | 52 |
| SKITSERING AF PRODUKTET <i>LÆS VIDERE</i> | 55 |
| ONLINE GRUPPER Á MAKSIMUM 8 DELTAGERE | 57 |
| LÆRINGSMÅL | 59 |
| FACILITATOR- OG LITTERATURVALG | 61 |
| SAMARBEJDSPARTNERE OG MIN ROLLE | 62 |
| KONKLUSION | 63 |
| LITTERATURLISTE | 66 |

INDLEDNING

Sorg er en grusom form for uddannelse. [...] Man lærer, hvor meget sorg handler om sprog; sprog, der ikke slår til, sprog, man griber efter. Hvorfor er jeg så øm i siden? Det er af at græde, fortæller man mig.

Chimamanda Ngozi Adichie 11

Sådan skriver forfatter Chimamanda Ngozi Adichies om sorg i forbindelse med hendes fars død i erindringsværket *Noter om sorg* (2021). Adichies beskrivelse af sorg indleder dette speciale, da den illustrerer en udfordring for den sundhedsfaglige, som forsknings- og uddannelsesfeltet 'Narrativ Medicin' beskæftiger sig med. Beskrivelsen af sorgen som sproglig samtidig med sprogets utilstrækkelighed med at italesætte og repræsentere sorgen, illustrerer en problemstilling omkring sygdomsnarrativer for patienter¹ og pårørende, som den sundhedsfaglige kan opleve i sine arbejdsmæssige relationer². For hvordan hjælper man patienter og pårørende med at skabe en meningsfuld sygdomsnarrativ, når symptomer, sygdomme, sorg og smerte modsætter sig det sprog, vi er så vant til at mestre? Narrativ medicin arbejder med en hypotese om, at sundhedsfagliges narrative kompetence kan styrkes gennem nærlæsning af skønlitteratur og kreative skriveøvelser. Den narrative kompetence medvirker til, at den sundhedsfaglige bedre kan lytte, forstå og tale med patienter, pårørende og kollegaer samt at skrive omkring mødet med dem på en mere personlig refleksiv måde. Nærværende speciale vil undersøge, hvordan narrativ medicins metoder kan overføres til et online efteruddannelsesforløb, og hvilke fordele og begrænsninger, der opstår i forbindelse med læsning og skrivning, når man afholder kurset online. Gennem en analyse af videooptagelser fra to forskellige læsegruppesessioner fra *Læs som mand* projektet, vil specialets analyseafsnit undersøge, hvordan online kommunikationsplatformen Zoom spiller ind i deltagernes interaktioner omkring litteraturen, samt hvordan forudsætningerne for empati og fællesskabsfølelse er.

¹ Sygeplejersker har både kontakt til borgere og patienter igennem deres virke. I nærværende speciale, har jeg valgt at referere til både patient- og borgergruppen, som 'patienter', for enkelthedens skyld.

² Det er netop også af denne grund, at jeg har valgt at inkludere *Noter om sorg* på en liste over anbefalet litteratur til nærværende speciales produkt (Bilag 1).

Analysen af læsegruppesessionerne er ikke en komparativ analyse af en læsegruppe i et virtuelt rum versus en læsegruppe afholdt i et fysisk rum. Specialet vil undersøge om der kan skabes et trygt rum online og om læsning af litteratur og kreativ skrivning kan fungere på en online kommunikationsplatform. Analysen af sessionerne fra *Læs som mand* projektet anvendes som en undersøgelse af hvad der sker, når en gruppe deltagere mødes online med litteraturen i centrum. Indsigten i begrænsningerne og mulighederne ved Zoom indgår i overvejelserne omkring valgene for specialets produkt *Læs videre*. Det er ud fra narrativ medicins version af nærlæsning og kreativ skrivning, samt resultaterne af online kommunikationsplatformen Zooms begrænsninger og muligheder, at specialet afslutningsvis skitserer rammerne for *Læs videre*.

Læs videre er en pendant til lægeforeningens forestående læsekredse, opstart i 2022. *Læs videre* er et efteruddannelsesforløb for sygeplejersker, der har til skal undervise dem i narrativ medicins metoder nærlæsning og kreativ skrivning, med det formål at udvikle sygeplejerskens narrative kompetence, som bruges i relationen til deres patientgrupper. Efteruddannelsesforløbet er tilrettelagt som et onlineforløb for at imødekomme sygeplejerskers ofte skiftende arbejdstider, samt for at skabe grupper, der indeholder deltagere fra forskellige arbejdspladser i Danmark. *Læs videre* skal skabe et trygt digitalt rum, hvor sygeplejerskerne, grundet deres fælles faglig uddannelse og grundlæggende lignende arbejdsopgaver inden for pleje og omsorg, kan dele erfaringer, oplevelser, og viden. Denne, på forhånd givne fælles identitet, skal medvirke til at etablere et trygt og åbent rum.

BEHOV OG BEGRUNDELSE FOR LÆS VIDERE

I et velfærdssamfund, hvor borgerne bliver ældre og ældre, og dermed også får flere og mere komplekse sygdomsforløb, er sundhedsvæsnet under et stigende pres. Manglen på sygeplejersker, ressourceknaphed samt travlhed resulterer i udbrændthed og stress hos sygeplejersker, der ikke har tid til at udføre deres basale arbejdsopgaver som pleje og omsorg. Det påvirker både sygeplejerskerne, der oplever udbrændthed og stress, samt patienterne, hvis behandling bliver forringet (Danbjørg, dsr.dk). Et essentielt element i en empatisk og effektiv behandling af patienterne, er en sygeplejerske-patient relation, hvori patienten føler sig hørt og forstået. Forståelsen af patientens livs- og

sygdomsnarrativ er en af forudsætningerne for, at patienten bliver korrekt diagnosticeret af lægen, samt at denne modtager den korrekte behandling. Det er dog netop tiden til at opbygge den patientnære relation og rummet til eftertanke og refleksion hos sygeplejersken, som må vige for den mere akutte behandling, når tiden og ressourcerne er knappe. En undersøgelse fra 2018, som DSR Analyse lavede i samarbejde med MEGAFON viste blandt andet, at mere end en fjerdedel af de deltagende sygeplejersker ikke havde tid til støtte eller samtale med deres patienter sidst de var på arbejde ("NOTAT Sygeplejersker mangler tid til at løse nødvendige sygeplejefaglige").

I forbindelse med TV2 dokumentaren "Opråb fra sygehuset" (oktober 2021) har Yngre Læger, Overlægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd (DSR) i samarbejde lavet en undersøgelse af travlhed og overbemanding på danske sygehuse ("Travlhed og underbemanding forværrer patienters tilstand på hospitaler", læger.dk). Undersøgelserne fra DSR blev sendt ud til 6000 beskæftigede medlemmer, hvoraf 43% af de inviterede deltog. Her blev der blandt andet spurgt ind til sygeplejerskernes oplevelse af arbejdspress, stress og nedslidning, samt udbrændthed. Undersøgelserne viste nogle foruroligende tal, der understøtter den frustration som ses i TV2 dokumentaren samt i forbindelse med sygeplejerskernes strejke. Undersøgelserne fra DSR viste, at over halvdelen af sygeplejerskerne oplever ofte eller altid, at de arbejder meget hurtigt. Og knap en tredjedel oplever, at de ofte ikke når alle deres opgaver. En tredjedel oplever også, at arbejdstempoet ofte eller altid påvirker kvaliteten af deres arbejde ("NOTAT Sygeplejerskernes oplevelser af arbejdspress, 2021"). Undersøgelserne af stress og nedslidning viser, at 23 % af sygeplejerskerne har følt sig stresset hele tiden eller ofte de sidste to uger fra spørgeskemaets udlevering. Derudover føler knap en tredjedel sig delvist eller helt psykisk nedslidt ("NOTAT Stress og nedslidning blandt sygeplejersker, 2021"). Afslutningsvis oplever 19 % af sygeplejerskerne, at de i høj eller meget høj grad føler sig udbrændt grundet deres arbejde. 29 % er i høj eller meget høj grad i tvivl om, hvor længe de magter at arbejde med patienter, borgere, eller klienter ("NOTAT Udbrændthed blandt sygeplejersker, 2021"). Resultaterne af undersøgelsen illustrerer et klart behov for, at der bliver taget hånd om sygeplejerskernes velbefindende. En del af visionen for efteruddannelsesforløbet er, at give sygeplejersken hjælpemidler til at skabe plads til dennes egenomsorg. Et af narrativ medicins formål er at skabe et refleksionsrum, hvor

den enkelte kan få oplevelsen af at bremse op og tage et pusterum (Rasmussen et al. *Narrativ Medicin* 76). Narrativ medicins version af nærlæsning og kreativ skrivning tilbyder sygeplejersken et rum, hvor denne kan identificere og forholde sig til egne følelser ved at sætte ord på dem. Ved at eksternalisere følelsesmæssige oplevelser kan sygeplejersken få et nyt perspektiv på dem og dennes egen rolle i oplevelsen, samtidig med, at der skabes ny indre plads til nye oplevelser (Charon et al., *The Principles and Practice of Narrative Medicine* jf.).

Det er ikke alene sygeplejersker, der bliver påvirket af blandt andet ressourceknapheden og tidspresset i sundhedsvæsnet. Læger er en anden faggruppe, der også bliver påvirket og Lægeforeningen har for nyligt lanceret et produkt, baseret på narrativ medicins hypotese. I 2022 kan læger afholde læsegrupper med andre læger forskellige steder i landet. På lægeforeningens hjemmeside er projektet beskrevet og det er på hjemmesiden, at læger, som ønsker at starte eller deltage i en læsegruppe kan finde gode råd til at komme i gang med samt lære at facilitere en læsegruppe. Lægeforeningen har struktureret projektet således, at det er lægerne selv, der opretter og afholder læsegruppen med fysisk tilstedeværelse, dog med hjælp og inspiration fra de informationer, man kan finde på Lægeforeningens hjemmeside. *Læs videre* er en pendant til dette projekt, men adskiller sig derfra ved at være tilrettelagt, som et online efteruddannelsesforløb, for en anden faggruppe. Ligeledes har DSR et projekt med faglitteratur for deres medlemmer. Journal clubs er et forum for sygeplejersker, eller andre fagpersoner, der ønsker at diskutere fælles faglige forhold. Journal clubs kan beskrives som en faglig læsegruppe for medlemmer af samme faglige baggrund og/eller interesse. Som hos Lægeforeningen, beskriver DSR på deres hjemmeside, hvordan sygeplejersker kan starte en Journal club på arbejdspladsen. Journal clubs beskæftiger sig med videnskabelige artikler, hvorimod *Læs videre* vil beskæftige sig med litteratur. Til trods for, at teksterne adskiller sig fra hinanden, er formålet med Journal clubs og *Læs videre* sammenligneligt. På hjemmesiden skriver DSR: ”Journal clubs er en god måde at styrke kvaliteten i klinisk praksis og den sygeplejefaglige identitet” (”Deltag i en Journal Club”, dsr.dk), ved en kompetenceudvikling gennem læsning og diskussion af videnskabelige artikler. Denne baggrund for kompetenceudvikling hos sundhedsfagligt personale (læsegrupper og journal clubs) viser et behov for og ønske om at fremme kvaliteten af sundhedsfagliges kompetencer, samt at gøre dette i

fællesskab med fagligt ligesindede. *Læs videre*, der tillige har en kompetencefremmende vision om at styrke sygeplejerskers narrative kompetence, træne deres empatiske evner, samt at give dem et pusterum hvor refleksion, følelser og sårbarhed kan fylde, adskiller sig fra eksempelvis Lægeforeningens læsegruppe og Journal club-konceptet, ved at beskæftige sig med litteratur på et efteruddannelsesniveau. Derudover inkluderer *Læs videre* også de deltagerengagerende aktiviteter kreativ skrivning og højtlesning af skriveøvelser.

NARRATIV MEDICIN

I dette afsnit vil jeg redegøre for forsknings- og uddannelsesfeltet 'Narrativ Medicin' som Rita Charon beskriver, bygger på en hypotese om, at narrativ viden kan skabe en narrativ kompetence hos sundhedsfagligt personale. Feltet narrativ medicin har til hensigt at skabe en forbedring i sundhedsvæsenet og den måde, hvorpå sundhedsvæsenet og -personalet interagerer med patienterne, hvor den sundhedsfaglige-patient relation skal være respektfuld og ærer patientens sygdomshistorie.

Termen *narrativ medicin* beskriver "medicine practiced with [...] narrative skills of recognizing, absorbing, interpreting, and being moved by the stories of illness" (Charon, *Narrative Medicine* 4). Således beskriver læge, professor og PhD i engelsk litteratur ved Columbia University, og grundlægger af narrativ medicin, Rita Charon termen i *Narrative Medicine* (2006). Til trods for, at Charon er en amerikansk læge og professor og derfor skriver ind i en amerikansk kontekst og det amerikanske sundhedsvæsen, så indeholder hendes bog nogle globale problemstillinger for patienter, pårørende og sundhedsfaglige. Hun beskriver, at medicinpraktiserende ofte afskåret fra et autentisk engagement, hvori de kan genkende patientens perspektiver, og herigennem udvikle empati (Ibid. 8-9). Charon mener, at forståelsen for, og værdsættelsen af 'den andens' vidnesbyrd er gledet i baggrunden til fordel for den mere universelt gældende videnskabelige og epidemiologiske viden om sygdomme og helbred (Ibid. 8-9). Dette står i kontrast til det Charon et al. beskriver i *The Principles and Practice of Narrative Medicine* (2016), hvor vores menneskelige kroppe, med samme organer og risiko for sygdomme muligvis er den sidste universelle ting, som er "truly, globally shared (176).

Narrativ medicin er et interdisciplinært felt med en interesse for personcentreret medicin, der ønsker at modsvare sundhedsvæsnets upersonlige, fragmentariske og generaliserende tilgange til patienter, pårørende og sundhedsfaglige kollegaer imellem, med en narrativ viden, som Charon beskriver som "narrative knowledge" (*Narrative Medicine* 9). Denne narrative viden "enables one individual to understand particular events befalling another individual not as an instance of something that is universally true but as a singular and meaningful situation" (Ibid. 9). Træning i narrativ viden sætter den sundhedsfaglige i stand til at gå ud fra det partikulære for at belyse en universel menneskelig tilstand og ikke omvendt, som er den gængse metode indenfor videnskaben (Ibid. 9). Inden for det litteraturvidenskabelige felt findes narratologien, kreativ skrivning og nærlæsning, som kan bidrage med metoderne til, hvorledes den sundhedsfaglige kan interagere med de individuelle patienter for at skabe en bedre sundhedsfaglig-patient relation, hvilket kan lede til bedre diagnosticering og behandling af patienten. Den narrative viden skal uddanne den sundhedsfaglige i at brygge en bro over den afstand, der er mellem raske og syge individer, mellem patient og sundhedsfaglig, og det sundhedsfaglige personale imellem (Ibid. 20).

For at træne den narrative viden og kompetence, beskriver Charon tre grundlæggende bevægelser i artiklen "Narrative Medicine: Attention, Representation, Affiliation" (2005): opmærksomhed [Attention], repræsentation [Representation] og sammenhørighedsfølelse [Affiliation]. I *Narrativ Medicin i Uddannelse og Praksis* (2021) bliver bevægelsen 'affiliation' oversat til dansk, som både 'tilknytning' af Maagaard et al. (87) og 'sammenhørighedsfølelse' af Rasmussen et al. (17). Jeg vælger at bruge Rasmussen et al.s reviderede oversættelse 'sammenhørighedsfølelse', da 'tilknytning' giver en association til forældre-barn relationen, som ikke er ønskværdig. De tre bevægelser beskriver de tre faser, der opstår i mødet mellem den sundhedsfaglige og patienten, som ultimativt skal lede til enten en diagnosticering eller behandling. En af udfordringerne i mødet med patienten og dennes sygdomsnarrativ er, at den sundhedsfaglige skal udføre en meget krævende lytte-opgave. Samtidigt er patientens fortælle-opgave om muligt endnu mere krævende, da "pain, suffering, anguish, and the sense of something not being right are conditions very difficult, if not impossible, to put into words" (Charon, *Narrative Medicine* 4). Det er derfor vigtigt, at den

sundhedsfaglige har en viden omkring narrativer for at kunne imødekomme patientens fortælling. Den første af de tre bevægelser er 'opmærksomhed' [attention]. I mødet mellem patient og læge, bruges som oftest en standardiseret liste med spørgsmål; "the "Review of Systems"", som er en gennemgang af organernes funktioner (Charon, "Narrative Medicine: Attention, Representation, Affiliation" 264). 'Review of Systems' fokuserer på patientens krop, og i opmærksomheden på kroppen, skabes der en adskillelse af kroppen fra 'jeget' – fra patientens selv. Charons tilgang til mødet med patienter i hendes praksis som læge, adskiller sig fra den standardiserede metode ved, at hun møder patienten, ikke bare som en generaliseret sygdomsramt krop, men som et partikulært individ, hvor krop og sjæl udgør patientens helhed. Tilgangen er anderledes, da patienten får mulighed for selv at vælge, hvad der fortælles, og hvad der er relevant fra dennes liv i den fortalte sygdomsnarrativ. Den første fase, 'opmærksomhedsfasen', kommer i spil, når den sundhedsfaglige lytter til patienten i en narratologisk rammesætning af meningsgørelse (Ibid. 264). Her donerer den sundhedsfaglige sig selv som et "meaning-making vessel[...]" (Charon, *Narrative Medicine* 132) som en beholder, der ved at tømme sig selv for alle andre input end netop patientens fortællinger, skal rette opmærksomheden mod patientens sygdomsnarrativ. Den sundhedsfaglige skal ikke blot lytte efter ord, men skal være opmærksom på alle de meningsfulde budskaber, der kommer gennem patientens "silences, gestures, facial expressions, and bodily postures as well as [paying attention to the] physical findings, diagnostic images, and laboratory measurements" (Ibid. 132). Ved at lade sig fylde med patientens fortælling, kan den sundhedsfaglige få et indblik i, ikke bare patientens mulige diagnose, men også dennes behov, frygt og ønsker (Ibid. 134). Opmærksomhedsfasen kræver, at den sundhedsfaglige udfører en kompleks handling, hvor mange elementer af patientens tilstedeværelse skal have opmærksomhed. Evnerne som denne opmærksomhedshandling kræver, kan stimuleres ved narrativ medicins version af nærlæsning, eller lignende måder at læse opmærksomt på.

Herefter følger den anden fase, 'repræsentation' [representation], hvor den sundhedsfaglige skriver sygdomsnarrativen ned, som patienten har fortalt. Dette skriv kan både deles med patienten, men det kan også være til internt brug. Evnerne til repræsentationshandlingen kan stimuleres og trænes gennem kreativ skrivning. Repræsentationen ved kreativ skrivning sker "[b]y giving the formless experience a

form, the creator can perceive and display all dimensions or facets of the situation” (Charon, “Narrative Medicine: Attention, Representation, Affiliation” 266). Det betyder, at den repræsentative handling i mødet mellem sundhedsfaglig og patient medvirker til at indfange og manifestere den sygdomsnarrativ som patienten har berettet. Dette giver den sundhedsfaglige mulighed for at betragte og analysere det, som patienten har fortalt. Fortællingen i nedskreven form giver også mulighed for, at andre kan betragte og analysere indholdet (Ibid. 266-267). Kreativ skrivning er en aktivitet tæt knyttet til narrativ medicins version af nærlæsning, som anvendes af blandt andet Charon og Syddansk Universitet i undervisningen af sundhedsfaglige studerende på kurser i narrativ medicin. Ligesom at lytte til sygdomsnarrativer, er skrivning en dagligdagsopgave i den kliniske praksis. Læger og sygeplejersker skriver i patientjournaler, noterer symptomer, hvilket medicin, der er givet og så videre. Disse patientjournaler er objektive, passive, rensset for personlige overvejelser og følelser, og de kan fremstå fragmentariske, da der ofte er flere forskellige sundhedsfaglige, som skriver i patientjournalerne (Charon, *Narrative Medicine* 145-6). Charon opfordrer sine studerende til at holde en ’parallel journal’ [parallel chart], hvori den studerende kan nedskrive alt det han/hun oplever, associerer ud fra oplevelserne, og føler i eller omkring oplevelserne. I de parallelle journalerne kan den sundhedsfaglige skrive alt det, de ikke kan skrive i patientjournalerne. Hovedmålet med den parallelle journal er at forbedre den studerendes forståelse for patienternes situation og oplevelser, samt at kunne undersøge deres egen ”rejse” gennem uddannelsen og den kliniske praksis (Ibid. 156). I nærværende speciales produkt *Læs videre* vil parallelle journaler også indgå, som et opfordringsforslag til de deltagende sygeplejersker. Det udbytte, som sygeplejerskerne kan få af at holde en parallel journal, ved at se dem selv, deres arbejdsrelaterede oplevelser samt deres identitet som sygeplejersker udefra, giver dem mulighed for at reflektere over og at forstå disse bedre. Målet med at skrive handler ikke kun om at udtrykke, hvad man har lært om patienten. Den sundhedsfaglige bliver et repræsentationsinstrument. Charon beskriver, at

[i]t is through writing that we can know, most fundamentally, what might be the case with a patient and our relationship with the patient. If we can understand clearly the passages that link

the confrontation with a suffering person with the representation of that experience and the subsequent reflection on the meaning of it, we can conceptualize roads toward the eventual goals of narrative medicine – extending empathy and effective care toward the patients we serve and building community with colleagues with whom we do our work.

Charon 2008, 131

De kreative skriveøvelser samt den kreative og refleksive skrivning i parallel journalen, som sygeplejerskerne skal praktisere i *Læs videres* efteruddannelsesforløbet, har altså et stort kompetenceudviklende potentiale, både i relationen med patienten, pårørende, kollegaer, men også i sygeplejerskens forhold til sin egen rolle og identitet.

Opmærksomheds- og repræsentationsfasen leder til det, som er det endelige mål: 'sammenhørighedsfølelse' [affiliation]. Dette er den sidste af Charons tre grundlæggende bevægelser. Opmærksomhed og repræsentation ender i en kontakt med patienten, der skal forhindre en sundhedsfaglig-patient relation, hvor patienten føler sig forladt eller overladt til sig selv (Charon, *Narrative Medicine* 149-50). Ydermere kulminerer de to første faser også i en handling, hvor den sundhedsfaglige som nævnt i citatet ovenover, kan behandle og handle på vegne af sin patient, samt at handle i fællesskab med sine kollegaer (Ibid. 150). Kontakt og handling samt resultaterne af disse er, hvad 'sammenhørighedsfølelse'-begrebet handler om. Det er dette resultat af samhørighed, der stadfæster narrativ medicins berettigelse i et travlt sundhedsvæsen (Ibid. 150). Den empati, som Charon nævner i det længere citat, vil jeg vende tilbage til i et senere afsnit i en diskussion om, hvad begrebet empati dækker over, og om der er behov for at øge sundhedsfagliges empatiske evne.

I *Narrative Medicine* tilføjer Charon fem begreber fra narratologien til de tre grundlæggende bevægelser. Disse er "temporality, singularity, causality/contingency, intersubjectivity, and ethicality". De fem begreber er elementer indenfor narratologien, men de er også aktive elementer i den kliniske praksis (Charon, *Narrative Medicine* 39). Begreber er vigtige elementer i forståelsen af en sygdomsnarrativ, da man bedre kan forstå meningen i fortællingen, og hvordan den påvirker lytteren, hvis man kan

identificere, hvordan en historie er opbygget, samt hvordan den er fortalt og bliver modtaget (Ibid. 40). Mennesker forstår begrebet tid gennem skrivning og læsning af narrativer, hvor tiden kan inddeles i en fortid, en nutid, og en fremtid (Ibid. 43). Det temporale element i en sygdomsnarrativ er ofte kaotisk, da den vante kronologi af fortid, nutid og fremtid forstyrres. Arthur W. Frank, professor emeritus i sociologi ved University of Calgary beskriver tidens rolle for narrativer i *The Wounded Storyteller* (1995). Værket beskæftiger sig med sygdomsnarrativer i en narratologisk rammesætning, og er skrevet såvel som et 'akademisk' værk som et værk skrevet i lyset af Franks egen sygdomsnarrativ, som blandt andet kræftpatient. Hos Frank er det temporale element den centrale ressource i en narrative. Når den forstyrres bliver sygdomsnarrativen "wrecked because its present is not what the past was supposed to lead up to, and the future is scarcely thinkable" (Frank 55). Løsningen på at være et narrativt vrag, som Frank beskriver det med Ronald Dworkins betegnelse, er at fortælle historier om selvet, for selvet formes i det, der bliver fortalt (Ibid. 55). Fortælling om selvet leder videre til Charons andet begreb 'singularitet' [singularity]. Narrativer indfanger og beskæftiger sig med det singulære og partikulære, og i samme ånd som Franks, beskriver Charon, at det er i det narrative, at patienter forsøger at indfange deres subjektivitet (*Narrative Medicine*, 47). Også kausalitet [causality/contingency] knytter sig til narratologien, hvor kausaliteten knytter sig til plotforståelsen. Narrativer har et plot, hvilket betyder, at der er en meningsbærende kausal relation mellem de forskellige begivenheder, hvor man forsøger at finde en mening gennem motiv og kausalitet (Ibid. 48). Narrativer er ikke reduktionistiske, men hylder de mangfoldige muligheder, der ligger i de potentielle relationer mellem begivenhederne, og den narrative praksis forbereder derfor individet på, at leve "in the face of contingency without trying to eradicate it" (Ibid. 50). 'Intersubjektivitet' [intersubjectivity] opnåes, modsat temporalitet, singularitet, og kausalitet, ikke i selve teksten, men i det rum som fortællingen lever i, i mødet mellem to subjekter. Intersubjektivitet opstår ikke blot mellem mennesker, men den kan også indfinde sig mellem en læser og fortælleren. På den måde opstår intersubjektivitet mellem en person, der fortæller og en person, der lytter eller læser (Ibid. 52). Intersubjektivitets-begrebet dækker over den relation, der opstår mellem to subjekter, hvori narrativens betydning "arises from *and is created by* the meeting between teller and listener [or reader]" (Ibid. 52). Den sidste af de fem

begreber er den etiske relation [ethicality]. Begrebet dækker over, det etiske budskab som en narrativ har, som afslører hvordan fortællingen forholder sig til rigtigt og forkert, og hvad fortælleren eller forfatterens holdning er (Ibid. 56). Ved at træne sundhedsfaglige i disse begreber, og derved deres narrative evner til at lytte, forhindres det, at patienternes symptomer bliver overset, at deres bekymringer og frygt forbliver uden opsyn samt at deres sygdom bliver fejldiagnosticeret.

DEN NARRATIVE KOMPETENCE

”Becoming seriously ill is a call for stories”, skriver Arthur W. Frank (53) og linker derved medicinens interesseområde – sygdommen – med den litteraturvidenskabens interesseområde – fortællinger. Sygdom kalder på fortællinger på to forskellige niveauer; det personlige og det bogstavelige. På det personlige niveau, har den sygdomsramte behov for fortællinger for at reparere den skade, som sygdommen har haft på dennes liv (Frank 53). På det bogstavelige niveau kræver sygdommen en fortælling, når den skal videregives til arbejdsgivere, sundhedsfagligt personale, bekymrede pårørende, familie og venner. For en sygdomsramt patient er sygdomsfortællingen altså en uundgåelig del af livet, men det gør den ikke nødvendigvis lettere at berette, da sygdom er en afbrydelse. Hos Frank er sygdommen en afbrydelse af livet som levet hidtil, men den medfører også afbrydelser af blandt andet tale (58). Frank beskriver hvorledes patientens fortælling i mødet med lægen bliver opfattet som en klinisk opgave, hvilket ses som en lovlig undskyldning for at afbryde patientens tale. Det kan for eksempel være med spørgsmål om sygdomshistorik, hvis patientens fortælling ikke følger den forudindtagede tanke om, hvilke informationer der er relevante for en korrekt diagnosticering eller behandling. Afbrydelser af patientens sygdomsfortælling forøger fortællingens forvirrende, kaotiske eller fragmentariske karakter og kan give fortællingen en ubehagelig natur for både patient og læge (Ibid. 58-59). Narrativen kan være svær at fortælle og svær at modtage og forstå. Det er derfor af stor betydning, at den sundhedsfaglige, som i Franks eksempel er lægen, har den narrative kompetence og de redskaber, der skal til for at imødekomme patienten, ved at lytte respektfuldt og anerkende patientens sygdomsfortælling. Den narrative kompetence det kræver at imødekomme patientens

sygdomsfortælling, som kan skabe en klinisk effektivitet, kan stimuleres og trænes gennem nærlæsning [close reading] (Charon, *Narrative Medicine* 107). Den narrative kompetence er ikke noget mennesker mangler, men er noget universelt som alle mennesker gør brug af, også uden formel træning eller uddannelse. I narrativ medicins version af nærlæsningen har man fokus på teksten, tekstens meningsbærende delelementer og den følelsesmæssige respons, som læseren oplever. Nærlæsning som bevægelse har en lang tradition indenfor litteraturvidenskaben, men den er også en term, som dækker over en ”attentive, critical, careful reading” (Charon, *The Principles and Practice of Narrative Medicine* 159). Narrativ medicins version af nærlæsning trækker både på den litteraturvidenskabelige tradition gående tilbage til New Criticism om at læse teksten ”køligt” samtidig med, at den har fokus på, hvordan læseren er influeret af følelser og intersubjektivitet (Ibid. 164). Det emotionelle element i nærlæsningen, Charon beskriver, er fremmed fra den nærlæsning, man arbejdede med inden for New Criticism for snart 100 år siden. For New Criticism er objektivitet i læsningen essentielt, da teksten skal kunne opfattes som autonom. Læseren må her ikke trække opmærksomheden fra teksten over på sig selv og egne følelser, men teksten skal i stedet undersøges som isoleret fra den effekt, den har på læseren.

EMPATI HOS DEN SUNDHEDSFAGLIGE

Målet med uddannelsen i narrativ medicins er, at den sundhedsfaglige bliver styrket i, at kunne udføre empatisk og effektiv pleje for og behandling af patienten (Charon, *Narrative Medicine* 131). En af de problemstillinger, som dette kapitel vil tage fat i, omhandler empati. Empatibegrebet er svært at definere og håndtere, hvorfor det er relevant at bruge lidt tid på at dykke ned i, hvad der menes når man taler om empati i forbindelse med metoderne indenfor narrativ medicin. Ydermere er det ikke alle, der mener, at det er fordelagtigt at styrke empati hos lægerne, da der ikke er konsensus om, at empati fører til bedre behandling (Rasmussen og Wohlmann 262). I dette afsnit vil jeg dog beskæftige mig med narrativ medicins syn på empati som en ønskværdig evne, hos den sundhedsfaglige, der kan bruge sine empathiske evner i mødet med og behandlingen af patienten. Empati er svært at skelne fra sympati. Rasmussen og Wohlmann beskriver i kapitlet ”Narrativer og empati” i *Litteratur i brug* (2019)

forskellen på empati og sympati således: "[h]vor empati er kendetegnet ved at sætte sig i den andens sted og føle "for" patienten, er sympati kendetegnet ved at føle "med" og tilslutte sig patientens perspektiv" (264). Forskellen er, at empati har et kognitivt aspekt, hvor empatiudøveren skal kunne forestille sig den anden samtidig med, at denne er opmærksom på, at den anden er forskellig fra empatiudøveren. Det er ydermere vigtigt at have i mente, at al empati ikke er den samme. Selvvurderet empati er ikke direkte svarende til den faktiske empati eller den empati som patienten eksempelvis opfatter hos den sundhedsfaglige (Ibid. 264). Udover begrebsafklaringen af termen empati, er også empatiens målbarhed problematisk. Empati kan ikke måles efter de naturvidenskabelige standarder, og i studier af empati hos sundhedsfaglige, bliver empatien ofte målt som 'selvvurderet'. Det betyder at den sundhedsfaglige selv vurderer hvor dennes empati ligger på en skala. Studier med selvvurderet empati giver et indblik i den sundhedsfagliges oplevelse af egne empatiske evner, og give en indikation for, om der er behov for at styrke disse. Melanie Neumann et al. har lavet studiet "Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents" (2011), hvor 18 undersøgelser af empati hos medicinstuderende under uddannelse og i praktikforløb undersøges. Uagtet studiet kun beskæftiger sig med undersøgelser af medicinstuderende, vil jeg afslutningsvis vise, at studiet er relevant for dette speciale. Der kan trækkes paralleller fra betingelserne for det selvvurderede empatifald til de betingelser som sygeplejersker studerer, arbejder og har praktikforløb under.

I Melanie Neumann et al.s studie gennemgår forfatterne artikler med kvantitative og kvalitative undersøgelser af "the determinants of, development of, and changes in empathy during medical school and residency" (1997). Forfatterne udvalgte 18 studier; 11 med fokus på at undersøge empati hos de studerende på medicinuuddannelse, og 7 med fokus på at undersøge empati under medicinstuderendes praktikforløbet. Ingen af studierne fandt en forøgelse af selvvurderet empati hos de medicinstuderende, 2 studier fandt en forøgelse af selvvurderet empati under de tidlige studieår, men et fald i selvvurderet empati efter den kliniske praktikperiode, hvor de studerende havde patientkontakt. 10 ud af de 11 studier af medicinuuddannelsen fandt et fald i empati mellem det tredje år og den første patientoplevelse (Ibid. jf.). 6 ud af de 7 studier, der

undersøgte empati under praktikforløbet fandt et fald i deltageres selvvaluerede empati, og alle 7 studier fandt, at deltagerne følte et fald af empati under den kliniske praktikperiode. Der blev undersøgt forholdsvis få påvirkningsfaktorer for empatifaldet, men undersøgelserne viste, at deltagerne tilskrev 'en svær grad af bekymring' [distress] som inkluderede udbrændthed, reduceret livskvalitet og depression med mere, faldet i selvvaluerede empati (Ibid. 999). Undersøgelserne diskuterede alle, hvad denne svære grad af bekymring kunne skyldes, og kom frem til fire årsager: (1) dårlig behandling fra overordnede kollegaer, (2) en sårbarhed hos deltagerne, som tilskrives et skift i fokus fra humanistiske aspekter til objektivitet og teknologi indenfor medicinfaget, (3) en reduceret social kontakt og støtte, samt (4) en stor arbejdsbyrde (Ibid. 998). Disse er aspekter af det, der kaldes det 'skjulte pensum' [hidden curriculum] (Ibid. 998). Termen refererer til alle de aspekter af medicinuddannelsen, som ikke er en del af det officielle pensum. 'Det skjulte pensum' består af normer og værdier, der udgør en socialiseringsproces, som den studerende tager med sig videre i sin praksis. Studierne fandt et fald i den selvvaluerede empati hos studerende under medicinuddannelsen og under deres praktikforløb. Her var faldet af empati synligt hos de, der valgte patientfjerne felter, men særligt fremtrædende hos de, der valgte et felt med øget kontakt med patienterne i den kliniske fase af deres træning (Ibid. 998).

Studiet er ofte refereret til i forbindelse med og som argumentation for brugen af metoderne indenfor narrativ medicin på sundhedsfaglige uddannelser, men der er nogle problemstillinger ved at bruge studiet i dette speciale. Målgruppen for nærværende speciales produkt *Læs videre* er færdiguddannede danske sygeplejersker, og denne faggruppe er ikke inkluderet i studierne. Derudover er kun tre af de 18 undersøgelser europæiske. Der er dog nogle paralleller, som man kan trække mellem de årsager, som de medicinstuderende tilskriver deres svære grad af bekymring: sygeplejerskestuderende har tillige praktikforløb og senere arbejde, hvor de har en stor grad af patientkontakt, samt et uddannelsesforløb, med et overvejende biomedicinsk pensum. En sidste problematik er, at deltagerne i undersøgelserne selv vurderer deres empatiniveau. Neumann et al. tager højde for den selvvaluerede empati og nævner at selvvalueret og eksternt vurderet empati er måleenheder, der er påvirket af fejl og/eller fordomme om, hvad der er socialt ønskværdigt (1000). Subjektive, indre kognitive eller følelsesmæssige handlinger, der involvere følelser eller tanker, kan ikke måles

mekanisk, og derfor er den selvvruderende målemetode den mest direkte metode til at måle empati. Derudover henviser Neumann et al. til to studier, der har fundet en positiv sammenhæng mellem resultaterne af selvvruderede og ekstern vruderede observationer (1000). Til trods for problematikken ved empatiens målbarhed beskriver Rasmussen og Wohlmann i at "[s]tudier som Neumanns [...] i de seneste år [har] været af afgørende betydning i argumentationen for at introducere medicinsk humaniora eller narrativ medicin" (268). Neumann et al.s studie fremhæver nogle problemstillinger indenfor sundhedsvæsnet: lavt empatiniveau, udbrændthed, stress, og en biomedicinsk tilgang til patienterne. Hvis elementer som empati aflæres under medicinuddannelsen, må uddannelsen suppleres med undervisning, der har fokus på at opretholde eller genlære de studerende deres empathiske evner; en undervisning, der er forskellig fra det klassisk biomedicinske pensum (Rasmussen og Wohlmann 268). Som førnævnt er det muligt at trække paralleller mellem de årsager til empatifald, som de medicinstuderende oplever, til sygeplejerskestuderende og færdiguddannede sygeplejerskers arbejdsvilkår. Den tætte patientkontakt, det biomedicinske pensum, og et skiftende fokus fra humanistiske aspekter til mere objektive aspekter og teknologisk opmærksomhed medfører derfor også en svær grad af bekymring, som eksempelvis stress og udbrændthed hos den studerende og færdiguddannede sygeplejerske.

Det næste afsnit, vil med afsæt i Fredrik Svenaeus, professor i filosofi ved Södertörn University, diskutere, hvorvidt en online kommunikationsplatform som eksempelvis Zoom kan skabe et rum, hvor trykthed, fællesskabsfølelse og empati kan opstå.

EMPATI ONLINE

Empatiens målbarhed, hvorvidt den kan fremmes og dens forbindelse med litteraturlæsning er et "omdiskuteret spørgsmål, særligt blandt filosoffer, kognitive psykologer og litteraturforskere" (Rasmussen et al., *Narrativ Medicin* 73). Antagelsen om, at læsning af litteratur fordrer en følelse empati hos læseren, diskutere Ann Jurecic i artiklen "Empathy and the Critic" (2011). Antagelsen er dog en mere lægmandsforestilling og akademisk trænedede litteraturlæsere og kritikere ser ofte denne forestilling som naiv og simplificeret (Jurecic, "Empathy and the Critic" 13).

Litteraturens nytte som empatifremmende, er dog ikke en forestilling, som udelukkende eksisterer udenfor de litteraturvidenskabelige kredse. Jurecic belyser nogle problematikker ved den empatiske læsning, hvor læseren vælger bøger med karakterer og plots som de på forhånd kan identificere sig med. Derudover pointerer hun, at læsnings-empati er anderledes end social empati. Når et menneske læser, er han/hun altså fritaget fra sociale forpligtelser og læseren behøver derfor ikke have mistanke eller skepticisme med i de empatiske overvejelser (Ibid. 15). Det største problem med empati er dog, at empati ikke er “a collection of individual components, but a complex and integrated experience and practice that, to date, has defied measurement” (Ibid. 16). Jurecic skriver endvidere, at vi endnu ikke ved, hvordan vi skal forbinde rækken fra læsning til empati til social handling. Af denne grund er studier som Neumann et al.s, hvori empatien er selvvurderet, af stor betydning for begrundelsen for narrative medicins berettigelse, selvom den selvvurderede måleenhed ikke møder kriterierne af naturvidenskabens normale målestandarder. Diskussioner om, hvordan – hvis overhovedet – mennesker udvikler empati, når man mødes online gennem et digital medie, er mindre omdiskuteret. Tiderne ændrer sig og med dem, den teknologiske udvikling af de medier, hvorigennem vi interagerer med hinanden. Det har derfor været betydeligt svære at kaste lys over diskussionerne af empatiens rolle i onlineinteraktioner, men fornyligt har Fredrik Svenaeus udgivet en artikel i *Journal of Phenomenological Psychology*, ”Empathy and Togetherness Online Compared to IRL: A Phenomenological Account” (2021). Heri undersøger Svenaeus, hvorledes følelsen af empati samt andre sociale følelser, bliver produceret og udviklet i virkeligheden; i ansigt-til-ansigts relationer mellem mennesker, sammenholdt med, hvordan de opstår når mennesker mødes i et onlineforum over internettet. I artiklen læner Svenaeus sig op af empati-teorier af Edith Stein og Peter Goldie. Begge disse teoretikere har et fælles grundlag i det, at de deler antagelsen om at “*feeling the presence of the other person is a necessary condition for having a social experience*” (Svenaeus 79). Hverken Stein eller Goldie har en teori om, at det kræver en fysisk tilstedeværelse for, at der kan opstå empati, men der skal derimod være en følelse af en tilstedeværelse, hvilket åbner for en diskussion omkring, hvorvidt det er muligt at skabe denne følelse uden, at to eller flere mennesker er fysisk til stede med hinanden. For Stein dækker begrebet empati over at *føle sig ind i den andens oplevelse* (Ibid. 81). Man oplever den andens oplevelser – og i

denne proces består det empatiske aspekt af flere forskellige former for følelser. Den mest fundamentale form for empati, kalder Stein for perceptionsempati [perceptual empathy], og den defineres ved en genkendelse og forståelse på et kropsligt plan, hvor en krop føler tilstedeværelsen af en anden krop og spontant følger dens oplevelser (Ibid. 82). Perceptionsempatien bliver styrket, når vi ser fremmede kroppe, der bevæger sig med menneskelige manerer og følelsesmæssige udtryk; særligt ansigtsudtryk og gestikuleren (Ibid. 82). Det er normalt at forstå empati på to forskellige niveauer; højt niveau og lavt niveau – disse niveauer bliver ofte beskrevet som det affektive og det kognitive niveau. Svenaeus vil gerne frem til en model, hvor vi skal forestå empati på et perceptions- og et forestillingsniveau (80). For at opnå perceptionsempati har Stein tre forskellige trin i processen: På det første trin skal empatiudøveren se en oplevelse hos den anden, for på det andet trin at forsøge at følge denne oplevelse, for på tredje trin at kunne forstå betydningen af den andens oplevelse (Svenaeus 81-82). Ifølge Svenaeus har man nu oplevet den perceptuelle empati, og personen kan derefter gå yderligere tre trin for at opnå forestillingsmæssig empati, hvoraf det første trin er det sidste trin i perceptionsempatiprocessen. Steins empatiske drivkraft er af følelsesmæssig karakter, men Svenaeus pointerer, at den ikke må forveksles med en følelse af *togetherness* eller sympati, som Stein beskriver som en medfølelse for eller medlidenhed med den anden (83). Steins empatiske proces er både motiveret af en omsorg for andre, men den tilbyder også en vej til at komme til at kende det andet menneske og derved at have omsorg for den specifikke anden (Svenaeus 83). Svenaeus ser det som problematisk, at Steins empatiteori ikke inkluderer samtaler eller handlinger mellem medlemmerne i den empatiske proces. Derimod hævder Svenaeus, at der må være en form for kommunikation på spil i det første trin i empatiprocessen.

Svenaeus læner sig også op af Peter Goldies nyligere empatiteori, hvori empati defineres som simulationsbaseret. Her er det ikke nødvendigt, at 'den anden' er til stede, når empatiudøveren skal forestille sig dennes situation: "In this way one would empathize not only with persons who are not physically present in the room, but possibly with the dead or with fictional characters in a book" (Svenaeus 84). I Goldies teori ser Svenaeus en mulighed for, at mennesker ikke blot kan føle empati for andre mennesker, men også for fiktive karakterer fra eksempelvis bøger eller film. Disse forudsætninger for empati adskiller sig fra Steins teori, hvor empati er baseret på en

perceptuel tilstedeværelse af den anden, da "all forms of empathy are put in motion by lived bodily expressions" (Ibid. 84). Stein benægter ikke, at der kan opstå følelser forbundet med læsningen af litteratur, men Stein mener ikke, at disse følelser er empatiske.

For Goldie er empati forbundet med emotioner [emotions], og ikke følelser [feelings]. Disse "emotions are bodily experiences. [...] Emotions are intentional in the phenomenological sense, they present a state of the world to me, and they are also normative, since they include evaluations of how I feel about this judgement" (Ibid. 86). Goldies emotioner er en form for verdensbillede og empati er ikke det man forstår ved en typisk følelse, men en føle-episode: en oplevelse af at føle noget i forbindelse med 'den anden' (Ibid. 87). I Goldies empatiteori er der et aspekt af forestilling og han afskriver empatien, som begrænset til det møder ansigt-til-ansigt. Goldies empatibegreb handler om at forestille sig, hvordan det er at være den anden, hvilket Svenaeus beskriver som meget svært, hvis man ikke kender personen godt i forvejen. Svenaeus forsøger at give fænomenologisk ballast til Goldies definition af empati, da den ikke er begrænset til empatiprocessen, der involverer de perceptuelle følelser, der opstår i ansigt-til-ansigt mødet (Ibid. 87).

Svenaeus diskuterer andre undersøgelser af fællesskabsfølelser og empati online. Der er argumenter for, at "fellow feeling and togetherness online" er mulig, selvom de virkelige kropslige forudsætninger for empati ikke er til stede (88). Svenaeus er enig i beskrivelsen af, at onlineinteraktioner er kropslige. Hvis interaktionerne online sker foran et kamera med lyd, som virker uden for mange forsinkelser og forvrængelser, kan oplevelsen af det andet menneske komme meget tæt på den virkelige oplevelse, dog uden tilstedeværelsen af føle- og lugtesanserne (Ibid. 89). Jeg mener, at der er en anden væsentlig fysisk mangel i onlineinteraktioner, som Svenaeus ikke beskriver. For mig bliver denne mangel tydelig i kølvandet på en kandidatuddannelse der, grundet coronarestriktioner, har budt på både onlineundervisning og -eksamen. Når mennesker sidder virtuelt overfor hinanden, er vores tilstedeværelse medieret for hinanden. Det er ikke umuligt at kigge ind i den andens øjne på skærmen, men den dybe, gensidige, og tillidsskabende øjenkontakt, som særligt litteraturen fremhæver som helt unik, bliver begrænset i interaktionen. Øjenkontakt mellem mennesker er vigtigt i opbyggelsen af en tillidsrelation, som er grundlæggende for at skabe et rum til sårbare samtaler, for

eksempel i forbindelse med oplæsning af kreative skrivningsøvelser eller associationer i forbindelse med narrativ medicins version af nærlæsning. Jeg vil senere argumentere for, at en fællesskabsfølelse og empati kan opstå i forbindelse med læsning af litteratur faciliteret på en online kommunikationsplatform, hvis de rette forudsætninger er til stede. Også hvis øjenkontakten er begrænset.

Jeg vil argumentere for, at manglen på en synlig kropslig reaktion i en online interaktion, kan have en positiv indvirkning på nogle personer. Hvis man deler informationer, der får en til at føle sig sårbar og udstillet, kan det være en hjælp for nogen, at der ikke er så stærk en legemliggjort, visuel reaktion på det man deler. Derudover kan det give generte og tilbageholdende personer mod på at dele informationer i et forum, hvor der ikke er en så direkte kropslig reaktion tilgængelig. På den måde kan et online forum skabe et trygt rum for individer, der i et møde ansigt-til-ansigt ville føle sig udsatte og utrygge.

Svenaesus mener, at der *kan* opstå er en stærk sammenhørighedsfølelse i diverse online fællesskaber. Denne sammenhørighedsfølelse baseres på fælles interesser og muligvis et fælles fjendebillede (Svenaesus 90). Her bygger empatien og sympatien på fælles historier – hvilket Steins teori ikke inkluderer; det gør Goldies derimod. Svenaesus mener, at denne form for empati hører til forestillingsempatiprocessen, og at det i nogle tilfælde er muligt at have empati til trods for, at denne empati ikke er underbygget af perceptionsempatiprocessen (90). For at komme direkte til forestillingsempatien uden først at skulle igennem perceptionsempatiprocessen, sker dette ikke ved hjælp af den legemliggjorte krop, men ved hjælp af rørende historier. Man forestiller sig at være i den andens sko, eller endda at være ham/hende for at opnå forestillingsempati, men der er en usikkerhed vedrørende om dette overhovedet er muligt. Svenaesus mener, at mennesker har fortalt hinanden historier længe før vi udviklede kulturer, og han pointerer, at "[w]e are narrative creatures from the very beginning and this has not changed with our newly developed digital habits" (90). For Svenaesus er menneskets narrative 'drift' universal, hvilket er en omdiskuteret antagelse, som jeg vender tilbage til med en gennemgang af Angela Woods' og Brian Teares kritik af centraliseringen af narrativen indenfor humanistisk medicin. Diverse digitale kommunikationsmedier ændrer ikke på vores behov for og forbrug af narrativer, men

tilbyder en ny måde at formidle disse på. Hvis narrativer er ”rich enough to express the emotions of its author in a way that displays her personality, or the personality of some protagonist in the story, in a nuanced and coherent way, such cases of imaginative empathy are arguably as vivid as embodied engagements” (Svenaues 91). Narrativer har potentiale for at muliggøre forestillingsempatien hos empatiudøveren på samme niveau som, hvis empatimodtageren er fysisk tilstede.

Det er ikke alle narrativer, der har denne kvalitet; narrativerne må udtrykke følelser, som enten er forfatterens eller protagonistens på en sådan måde, så de følelsesmæssige nuancer og kompleksiteten af følelserne bliver tydelig for læseren/lytteren. Ann Jurecic berører en problematik vedrørende sygdomsnarrativer, der er de narrativer, man læser i forbindelse med nærlæsningen inden for kurset i narrativ medicin på Syddansk Universitet. Hvis man, som Svenaues beskriver, skal læse narrativer, der afslører forfatterens eller protagonistens indre nuancerede følelsesliv for at opnå forestillingsempati, kan det være problematisk, at den måde man lærer at læse litteratur på, er med en hermeneutisk mistænksomhed over for det læste, som Jurecic mener. For litteraturstuderende og litteraturforskere, der er “trained in such habits of reading, the idea of trusting a narrative to provide access to the experience of another person indicates a naïve understanding of how such texts function” (Jurecic, “Illness Narratives and the Challenge to Criticism” 3). En problematik med litteraturens empatifremmende kvalitet, som både Jurecic og Svenaues pointerer, handler ikke om litteraturens indhold, men instrumentaliseringen og udvælgelse af litteratur, som den enkelte underviser foretager. Når man læser for at fremme empati, vil man vælge tekster, hvor man forud for læsningen ved, at der er nogen eller noget man kan identificere sig med – nogen man kan have empati for. Netop denne problematik opstår i den ene læsegruppe fra projektet *Læs som mand*, hvor en deltager bemærker, at litteraturen synes udvalgt til projektets målgruppe, hvilket skaber en undring hos deltageren (Bilag 2). Det er muligt, at litteraturen er udvalgt med henblik på at fremme deltagernes empati- eller identificeringsproces i forbindelse med læsningen. Det er ikke muligt at fastslå, hvorfor litteraturen er udvalgt netop som den er, men udvælgelsen af litteraturen synes søgt, når en af projektets deltagere oplever et mere eller mindre bevidst ønske om at fremme dennes identifikationsproces.

TO NARRATE, OR NOT TO NARRATE, THAT IS THE QUESTION

Angela Woods, professor ved University of Durham i afdeling for *Medical Humanities*, stiller sig kritisk overfor den ophøjede rolle som narrativet har fået indenfor medicinsk humaniora. I artiklen "The limits of narrative: provocations for the medical humanities" (2011) fremlægger hun syv kritiske punkter for brugen af narrativer og narratologi hos medicinsk humaniora. En af de antagelser hun stiller sig kritisk overfor omhandler, hvorvidt sygdomsnarrativer virkelig afspejler "what it was really like?" (Woods 74), og om sygdomsnarrativer af den grund kan være skadelige. Et andet synspunkt, der bekymrer Wood, hvori hun inddrager en kritik af Author Frank og *The Wounded Storyteller*, omhandler narrativer som selverkendelseskabende og som et medie, hvorigennem den syge kan udtrykke selvet. Narativen "promotes a specific model of the self – as an agentic, authentic, autonomous storyteller; as someone with unique insight into an essentially private and emotionally rich inner world" (Ibid. 74). Woods fremstiller disse kritikpunkter og diskuterer dem ved hjælp af filosof Gale Strawsons artikel "Against Narrativity" (2004). Strawson modsætter sig medicinsk humanioras antagelse om, at mennesker forstår og oplever deres liv gennem narrativer, og at forståelsen af livet som en narrativ er essentiel for et godt liv og en autentisk personlighed (Ibid. 74). For Strawson er der narrative mennesker og ikke-narrative mennesker, og det kan være destruktivt for ikke-narrative mennesker at skulle passe ind i en model, hvor deres væren i tid skal forstås gennem en narrativ (Ibid. 74). Strawson mener, at ikke-narrative mennesker er i stand til at forstå forskellige enkeltstående livsbegivenheder og se dem i et kausalt forhold (Ibid. 75). Det de mangler er "the feeling of deep psychological continuity with one's past self married with the desire to frame experience, tell stories and revise the past" (Ibid. 75). Woods bemærker, at det er i denne strukturelle kontekst, at ikke-narrative mennesker har problemer med deres selvopfattelse. På den måde bliver medicinsk humanioras vedholdende brug af narrativer et skadende element for ikke-narrative patienter og personale.

Woods har en yderligere kritik af Arthur W. Franks "quest narrative", som er den form for fortælling, Frank mener bedst passer til en sygdomsnarrativ, da den "affords the ill person a voice as teller of her own story, because only in quest stories does the *teller* have a story to tell" (115). Den sygdomsramte ser, at der er noget at opnå gennem dennes sygdomsoplevelse og "quest narratives" accepterer sygdommen samt

forsøger at bruge den (Frank 115). Woods modsiger Franks antagelse af narrativen som ønskværdigt og gavnligt; hvis tesen om narrativens gavnlige etiske og psykologiske elementer er falsk – som Strawson argumenterer – kan et krav om en sygdomsnarrativ fra en patient med et ikke-narrativt tidsperspektiv, udgøre en skade for patienten, både personligt og behandlingsmæssigt (Woods 75). Derfor ser Woods Strawsons kritik af narrativer indenfor medicinsk humaniora som vigtige, da de stiller spørgsmål til, hvorvidt narrativer skal besidde en ophøjet position som ”the interpretation or restitution of that self-experience” (Ibid. 75). Woods mener at Franks idealisering af narrativen for patienter i deres møde med sundhedssystemet bygger på en grundantagelse, som bekymrer hende: at mennesker har og skal opretholde en ’narrativ identitet’. Derfor er Woods’ ønske for den medicinske humaniora også, at fokuset på narrativer skal ændres til at inkludere en opmærksomhed mod ikke-narrative måder, hvorved sundhedsfagligt personale kan forstå patienternes sygdomsforløb, og at der skal være en accept af, at narrativen ikke er et universalt element for mennesker (Ibid. 76). Woods’ agenda med kritikken af medicinsk humaniora er ikke at afskaffe det narrative element, men at åbne feltet op for alternativer til narrativerne, samt alternativer for de patienter, der ikke har et behov for at fortælle deres sygdomsoplevelser gennem en ”quest”-narrativ.

Det er ikke kun Gale Strawson og Angela Woods, der udtrykker en bekymring omkring den grundlæggende narrative tilgang til sygdomsoplevelser. I artiklen ”Neither Chaos Nor Quest: Toward a Nonnarrative Medicine” fremsætter lektor ved University of Virginia og forfatter Brian Teare en kritik af narrativ medicin – måske – overdreven fokus på narrativer. Artiklen er en personlig beretning om Teares eget møde med sundhedsvæsenet og artiklens følelsesmæssige karakter og det uformelle hverdagsprog afspejler Teares frustration som resultat af oplevelserne. Teare stiller sig især kritisk overfor Franks beskrivelse af sygdommen, som en eksistentiel tilstand, der kalder på at fortælle historier. For Teare er sygdommen en ikke-narrativ tilstand: “[...] time stopped moving in a linear fashion, and the compass supplied by stories of the ordinary world no longer pointed north, pointed true. The language of narrative – protagonist and antagonist, conflict and denouement – couldn’t orient me in that landscape” (Teare, ”Neither Chaos Nor Quest”). Hverken sprog, tid eller narrativer, som den raske kender

til, er anvendelige for den sygdomsramte. For Teare er den somatiske sygdomsoplevelse ikke narrativ, men den er et 'sted' (Ibid.) Til trods for, at Teares kritik af narrativ medicin ikke beror på en antropologisk-filosofisk antagelse om, at nogle mennesker er ikke-narrative, men derimod, at sygdomsforløbet er ikke-narrativt af natur, ligner hans kritik Strawsons. Teare problematiserer den vestlige medicins diskurs, som han mener skaber en forventning om, at patienten skal give sin sygdomsnarrativ i bytte for effektiv behandling. Han kritiserer Frank for, gennem en insisteren på narrativer i forbindelse med sygdomsoplevelsen, at opretholde en tilgang, hvor "patients who can "pay" for care with narrative will receive treatment, while those who cannot "pay" will not receive adequate care despite the moral and clinical imperative not to deny them" (Ibid.). Hvis den sygdomsramte skal berette om sygdomsoplevelsen for at få den krævede behandling, bliver ansvaret overflyttet fra sundhedssystemet til patienten (Ibid.). Teare mener, at Franks narrative præference risikerer at blive et påkrævet element, der kan skabe en form for "responsibility-centered narrative medicine [...]" (Ibid.). I Teares optik skaber narrativ medicin en diskurs, der tilgodeser patienter med stærke narrative kompetencer, gennem et overdrevent fokus på narrativer. For Teare var hans sygdomsoplevelse ikke narrativt og artiklen udspringer af de udfordringer han i den forbindelse oplevede i mødet med sundhedsvæsenet. Teare giver Frank ret i, at sygdomsoplevelsen kalder på narrativer i en social kontekst, hvor den syge må fortælle sin sygdomshistorie til sundhedsprofessionelle, venner og familie. Teare mener dog ikke, at disse sygdomsnarrativer er autentiske, da de er perfektionerede, genfortalt og skabt til fordel for modtageren. Meget afhænger af sproget, som er et af de mæglende elementer i mødet mellem patient og læge, og her har Teare endnu et kritikpunkt. Hans sygdomsoplevelse var ikke blot ikke-narrativ, men den var også ikke-semantisk, hvilket forhindrer en sygdomsnarrativ. Sygdommen tager ikke plads i sproget, men er en somatisk oplevelse for patienten, og det sprog den kan producere er tvetydigt og svært at skabe mening af. For Frank er patientens sygdomsnarrativ essentielt for at rette op på den skade sygdommen har forårsaget og give patienten sin selvfølelse og retning i livet tilbage. Derfor er sproget for Frank vigtigt, når patienten skal fortælle og finde mening i dennes sygdomsnarrativ. Grundet kritikken af det, Teare ser som et overdrevent fokus på narrativer, ønsker han, at feltet narrativ medicin retter opmærksomheden mod en "nonnarrative" tilgang (Ibid.), hvor sundhedsfaglige skal "[...] learn to read

nonnarrative language produced by an ill patient, not as chaos, but as language made by a specific experience of physical pain and psychological distress” (Ibid.), til trods for Teares oplevelse af, at der ikke er tid til at fortolke patientens ikke-narrativ.

I sin kritik formår Teare at simplificerer narrativ medicin. Charon beskriver, at det netop er sygdommens tvetydighed og udfordringer med at skabe mening i en narrativ, som ligger til grund for at uddanne sundhedsfaglige i at styrke sin narrative kompetence. Gennem en opmærksomhedsdrevet næslæsning, bliver den sundhedsfaglige trænet i at lede efter meningsbærende delelementer i patienternes udsagn. Ved en opmærksomhed på disse delelementer, eller manglen på samme, skal den sundhedsfaglige imødekomme og tilbyde sig selv som medskaber i patientens sygdomsnarrativ. Charons formål med at træne den sundhedsfagliges narrative kompetence er ikke, at give denne viden om hvilken narrativ der skal forlanges af patienten før denne kan få en korrekt behandling. Formålet er, at gøre sundhedsfaglige opmærksomme på narrative delelementer, sproglige, såvel som udtalte og kropslige, for at hjælpe patienten med at sammenstykke en meningsfyldt sygdomsnarrativ. De kritikpunkter, som Woods, Strawson og Teare fremsætter, stiller spørgsmål ved, hvorvidt mennesket har en biologisk narrativ evne, eller om denne narrative evne er umulig at gøre til noget universelt. I lighed med Teares artikel er Franks *The Wounded Storyteller* skrevet i lyset af Franks egen sygdomsoplevelse og møde med sundhedsvæsenet. Sygdom er noget, der kan ramme alle og er derfor en tilstand, som man kan tilskrive et potentielt universelt træk. Behovet for at fortælle om disse sygdomsoplevelser er derimod ikke noget man kan tilskrive som universelt eller alment gældende for alle. På den måde kan Woods', Strawsons og Teares kritikpunkter belyse den problematik, der kan opstå, hvis sproglige narrativer bliver et krav for, at patienten kan få den påkrævede behandling.

METODER TIL LÆSNING OG SKRIVNING

Dette afsnit beskæftiger sig med narrativ medicins version af nærlæsning og kreativ skrivning samt metoden guidet fælleslæsning. Guidet fælleslæsning er udviklet af The Reader Organisation i England og praktiseres nu af Læseforeningen i Danmark. Jeg inkluderer guidet fælleslæsnings-metoden i dette afsnit, da den kommende empiriske analyse af videomaterialet fra projektet *Læs som mand* arbejder med denne metode.

Dette speciales produkt kommer i modsætning til *Læs som mand* projektet, til at beskæftige sig med narrativ medicins metoder.

NARRATIV MEDICINS VERSION AF NÆRLÆSNING

Den narrative kompetence det kræver at imødekomme en patients sygdomsfortælling, trænes gennem narrativ medicins version af nærlæsning [close reading] (Charon, *Narrative Medicine* 107). For studerende og forskere inden for litteraturstudier er det nærmest indlysende, hvad nærlæsning af en litterær tekst består i. I *The Principles and Practice of Narrative Medicine* (2016) uddyber Charon dog, hvad hun forstår ved termen nærlæsning. Narrativ medicins version af nærlæsning forbedre ikke blot sundhedsfagliges interviewevner, men har også et transformativt potentiale i praksis (Ibid. 165). Den narrative kompetente læge vil opdage, at indtil en begivenhed, som eksempelvis forskellige symptomer, er repræsenteret gennem tale, skrift, eller anden form for repræsentation, vil de forblive ubemærket. Kaotiske oplevelser, som nogle sygdomme kan være, lader sig ikke opfatte og bemærke af sig selv, men kræver en fast form ved hjælp af eksempelvis sprog og er derved synliggjort gennem formen for både lytter og fortæller (Ibid. 166). Så hvis kunstsproget og det skønlitterære sprog er det sprog, der bedst formidler oplevelsen af sygdom, er nærlæsning af litterære tekster et vigtigt middel, hvormed man kan træne den sundhedsfaglige til at lytte opmærksomt efter meningsbærende elementer, at sammenstykke disse i den intersubjektive relationen med patienten, og ultimativt at udlede mening af patientens sygdomsnarrativ som helhed. Med nærlæsningen i traditionen efter New Criticism, har man fokus på teksten og ikke den kontekst eller forfatter, som er knyttet til teksten. En nærlæsning af en tekst kræver, at læserne identificerer og analyserer alle delelementer af en tekst i relation til hinanden, for at finde frem til meningsbærende elementer i teksten og i sidste ende en betydning. Den sundhedsfagliges møde med patienten er sammenlignelig med øvelsen i nærlæsning. Når patienten fortæller sin sygdomsnarrativ, skal den sundhedsfaglige kunne identificere historiens delelementer, se dem i relation med hinanden, for at finde frem til meningsbærende elementer, og nå til helhedens betydning. Ved at lede efter de delelementer, som konstituerer en narrativ, som for eksempel karakterer, plot og kausalitet mellem begivenheder, bliver det tydeligt, hvis der er ”tomme pladser” i historien – altså noget patienten har glemt, ikke ser som relevant eller skjuler grundet

ubehag, frygt eller skam. Derudover må den sundhedsfaglige også lede efter delelementer, som ikke eksisterer i den direkte tale; stilhed, kropssprog, gestik, toneleje, med mere. Nærlæsningen er 'opmærksomheds'-motiveret og den narrative viden – opmærksomhed på delelementer og små modsigelser – er en vigtig del af intersubjektivitet [intersubjectivity] i relationen mellem sundhedsfaglig og patient. Den sundhedsfaglige skal altså ikke kun hæfte sig ved det direkte udtalte, men også det indirekte sagte eller endda det usagte, sammensætte disse forskellige komponenter og kropslige signaler sammen, hvorigennem den opmærksomt lyttende sundhedsfaglige kan fange vigtige detaljer, der ellers ville unddrage sig dennes opmærksomhed i samtalen, og derved ikke have betydning for meningsudledningen. Det er i denne forbindelse mellem nærlæsning som metode og den patient-sundhedsfaglige relation, at Charon kan hævde, at "narrative training in reading and writing contributes to clinical effectiveness" (Charon *Narrative Medicine* 107). Igennem nærlæsningen lærer læseren at udlede en tolkning af teksten, som adskiller sig fra den første "overfladelæsning". På samme måde kan den sundhedsfaglige lære at forståelsen af patienten, ofte adskiller sig fra det første umiddelbare indtryk.

Når sundhedsfaglige studerende skal undervises i nærlæsning, bliver de gjort opmærksomme på elementerne *tid*, *sted/rum* [space], *genre*, *metafor*, *stemme*, *stemning* og *deres forhold til teksten* (Charon *The Principles and Practice of Narrative Medicine* 181). Disse er elementer som den studerende vil møde i næsten hvilken som helst tekst. De studerendes tilgang til teksten og de narrative elementer styrkes gennem en viden omkring elementerne fra litteraturteorien, narratologien og filosofien (Ibid.). Disse elementer kan skilles fra hinanden med det formål at se dem klart, men det er når alle elementerne er undersøgt og samlet igen, at læseren kan få en forståelse af, hvad teksten dybest set meddeler. I undervisningen i nærlæsning på Columbia Universtiy ser Charon ingen grund til at begrænse de udvalgte tekster til nogle, der tematisere sygdom, medicin eller helbred. Hun mener tværtimod, at tekster med sundhed som tema kan lede opmærksomheden fra tekstens form over på de mere velkendte emner for en sundhedsfaglig (Ibid. 182-183). I forhold til udvælgelsen af litteraturen til undervisning i nærlæsningen beskriver Charon, at teksterne gerne skal have "depth, dimensions, internal resonances, and ambiguities" (Ibid. 183). Holdingen til udvælgelsen af litteratur

på Syddansk Universitets kursus i narrativ medicin under professionssporet ”Mennesket først” på de sundhedsfaglige kandidatuddannelser er dog anderledes, og undervisningen indeholder primært skønlitteratur, der tematisere sygdom, medicin, helbred og sundhedsvæsnet – om det være autobiografier eller erindringsnarrativer. Her adskiller Charons undervisning sig fra det, der praktiseres på Syddansk Universitet, Lunds Universitet og andre steder i verden. I forbindelse med udvælgelsen af litteratur til *Læs videre* har jeg valgt at følge Syddansk Universitets eksempel, og kun udvælge litteratur, der tematisere sygdom, medicin, helbred, eller sygeplejerskens rolle og identitet. Denne beslutning beror på en antagelse om, at det genkendelige i litteraturen har den fordel ved at belyse et interessefelt, som sygeplejerskerne allerede har. Derved kommer det at læse litteratur ikke kommer til at virke som fjernt fra deres profession, hvilket jeg anser som vigtigt, når der er tale om et efteruddannelsesforløb.

Metoden nærlæsning er tæt forbundet med metoden kreativ skrivning på kurser i narrativ medicin. Inden for narrativ medicin taler man om at skrive i skyggen af den læste tekst. Nedenfor vil jeg gennemgå de narrative elementer tid, sted/rum, stemme og metafor, samt hvordan Charon foreslår, at man kan relatere en skriveøvelse til nogle af disse. Skriveøvelserne skal være korte (4-5 minutter), de studerende bliver ikke informeret på forhånd om, hvad de skal skrive om, hvordan de skal skrive, eller hvilke punkter skrivningen skal dække over (Ibid. 184). Den kreative skrivning er et vigtigt element i undervisningen, da skrivningen i den kliniske praksis bliver instrumentaliseret for at kunne videregive informationer til kollegaerne omkring patienterne. Sproget, som bruges i patientjournaler, er derfor objektivt, faktuel og formelt. Kommunikationen omkring patienter i den kliniske praksis, hvad enten den er skriftlig eller mundtlig, beskriver Charon som professionel af natur, eller som et udtryk for personlig svær bekymring, som for eksempel udbrændthed, der tales om i støttegrupper (Ibid. 189). I undervisningen på kurser i narrativ medicin har de studerende til gengæld fokus på den kreative proces, hvor den kreative skrivning i skyggen af den nærlæste tekst, bliver en ”form of self-discovery as well as reciprocal recognition” (Ibid. 189). Undersøgelserne af selvet opstår i den kreative skrivningsproces og den gensidige genkendelse opstår under feedbacken og diskussionerne af de skrevne tekster.

To af de elementer man kigger på i nærlæsningen af en tekst er tid og sted/rum (Ibid. 190). For at beskrive, hvorledes tid og sted/rum virker sammen, bruger

Charon den russiske litteraturforsker Mikhail Bakhtins begreb *kronotop*, hvor tid og sted/rum smelter sammen til et 'tidogrum'. Charon beskriver, hvordan begrebet kronotop gør abstrakte begreber som tid og sted til noget håndgribeligt (Ibid. 190). Det er kronotoperne, der muliggør handlingernes repræsentativitet og læserens forståelse af dem. Hvis man skriver med fokus på sted/rum i lyset af en tekst, vil de studerende opleve "the power of an evocation of space to create mood, meaning, context, and even plot. [...] [They] will be all the more attuned to spatial details in literary texts for the impressions and meanings that they may carry" (Ibid. 194). Ved at nærlæse en tekst med opmærksomhed på sted/rum og derefter selv formidler en narrative, der tager udgangspunkt i dette narratologiske element, vil den studerende opdage, at sted/rum i en narrativ kan være meningsbærende, og derfor er relevant at lytte opmærksomt efter i samtalen med patienten.

En opmærksomhed på stemmen i en narrativ gør læseren bevidst om det sprog som narrativen er fortalt gennem, om end det er gennem ord eller for eksempelvis tone (Ibid. 194). At være bekendt med udfordringerne for den stemme, der fortæller, er brugbar i den enkelte sundhedsfaglig-patient relation. Charon beskriver, hvorledes patientens udfordringer med at blive hørt nemt kan blive overset af den sundhedsfaglige. De udfordringer, som patienterne kan møde, omhandler brugen af deres stemme og det sprog, de har tilgængeligt; det kan være en udfordring at tale et "fremmedsprog", hvis man ikke er fortrolig med det sundhedsfaglige sprog, eller hvis man stiller sig mistroisk overfor de medicinske beslutninger og konklusioner (Ibid. 195). Den politiske interesse i sundhedssektoren og hierarkisering både mellem sundhedsfaglige og patienter, og sundhedsfaglige imellem, skaber en ubalance i privilegier og indflydelse, der resulterer i en fortielse hos både patienter og sundhedsfaglige (Ibid. 195-196). Forståelsen af en metafor er en kreativ handling, der er fuld af tvetydighed. Metafore findes ikke kun i litteraturen, men er også et genkommende element i vores talesprog. Derfor er det vigtigt for den sundhedsfaglige at forstå og tolke metaforer. Konsekvensen af ikke at forstå metaforer er, at lytteren kun hører halvdelen af det, som meddeles (Ibid. 202).

GUIDET FÆLLESLÆSNING

Metoden guidet fælleslæsning er inspireret af The Reader Organisations metode ”shared reading” og praktiseres af den Århus-baserede organisation Læseforeningen, som er stiftet i 2010. The Reader Organisations (UK) stifter er ph.d. i engelsk og litteratur, Jane Davis. Organisationen anvender kvalitetslitteratur til at bekæmpe eller modvirke sociale problemer som ensomhed, misbrug, depression, kroniske sygdomme og lignende. The Reader Organisation uddanner deres egne læseguides. Læseforeningen uddanner ligeledes læseguides til forskellige læsefællesskaber for udsatte grupper rundt om i Danmark (Gejl jf.). Guidet fælleslæsning er en anden læsemetode end den narrativ medicin anvender, men metoderne har alligevel meget tilfælles. Begge måder at læse på praktiseres i fællesskab med andre, hvor gruppesamtalerne tager udgangspunkt i en udvalgt kortere tekst med litterære kvaliteter. Et vigtigt element i guidet fælleslæsning er højtlesningen af den udvalgte tekst, som sker i plenum. Teksten kendes ikke på forhånd. I modsætning til sessionerne i guidet fælleslæsning, har de studerende i undervisningen af nærlæsning ofte kendskab til teksten på forhånd, men teksten læses til tider samtidigt af de studerende eller den læses højt af underviseren. Højtlesningen inden for guidet fælleslæsning kan enten faciliteres af en uddannet læseguide eller et af læsefællesskabsmedlemmerne. En fælles oplevelse, som højtlesning, afføder en fællesskabsfølelse hos deltagerne (”Guidet fælleslæsning”, Læseforeningen.dk).

Det er min vurdering, at højtlesningen af en tekst skrevet af en anden, tvinger den læsende til at tage stilling til teksten og dens forskellige elementer i højtlesningen. I højtlesningen ser jeg et læringspotentiale, hvor den læsende træner sin indlevelsesevne i teksten og tvinges til at fortolke teksten mens den læses. Højtlesningen har derfor et potentiale inden for narrativ medicin. Den kan træne den sundhedsfaglige i at leve sig ind i og derved udvikle empati for karaktererne i narrativen. Det er dog nærlæsning og ikke nærlytning, som Charon anbefaler i undervisningen af narrativ medicin, til trods for at de to aktiviteter kræver den samme opmærksomhed på alle narrative elementer. Charon mener at det er nemmere at tale om og at facilitere nærlæsning i undervisningen, og derfor starter de studerende her. Under læsningen oplever læseren “a parallel experience, or at least a personal experience that begins with a parallel ignition and can be inspected” (Charon, *The Principles and Practice of Narrative Medicine* 167). Selvom det endelige mål er samtale, så vil de

passive lyttere ikke have den samme oplevelse af samtalen som de aktive samtaledeltagere. En samtale kan ikke deles på samme måde som en tekst kan – og derfor starter undervisningen med nærlæsning (Ibid. 167).

Guidet fælleslæsning og nærlæsning har en tilgang til teksten, der tager udgangspunkt i en læser-respons relation. Forskellen er, at guidet fælleslæsning fokuserer på de associationer og livserfaringer, som medlemmerne af læsefællesskabet får aktiveret under højtlesningen og bringer ind i samtalen, hvorimod nærlæsningens tilgang er mere forankret i selve tekstens meddelelse. Nærlæsning har en litteraturfaglig tilgang til teksten og de studerende læser også litteraturfagligt materiale side om side med de autobiografiske sygdomsnarrativer og erindringsfortællinger omkring sygdom. Tilgangen til litteraturen som en udvidelse af læserens sprog og en vej til selverkendelse, som Charon beskriver, gør sig også gældende for guidet fælleslæsning. The Reader Organisation skriver på deres hjemmeside, at “[e]veryone experiences the text in their own way, but the literature provides a shared language that can help us to understand ourselves – and others – better” (“How does it work?”, thereader.org.uk). Der er en forestilling om litteraturen som indeholdende et potentiale til at lade læseren forstå sig selv og andre bedre – både for metoden guidet fælleslæsning og narrativ medicins version af nærlæsning.

Formålet med metoden og målgruppen, som deltager i guidet fælleslæsning eller nærlæsning, adskiller sig fra hinanden. Hvor metoden i guidet fælleslæsning har til formål at modvirke årsager til udsathed hos individer, såsom ensomhed, mentale udfordringer, marginalisering med videre, har nærlæsning (og kreativ skrivning) til formål, at ”increase the capacity of our learners to notice things, to be curious about words, to enter alien narrative worlds without fear or indifference, to gain insight into their own characterological moves in interpreting stories, and to be open to the beauty of what they receive” (Charon, *The Principles and Practice of Narrative Medicine* 205). Den kultivering af kreativitet og nysgerrighed, som Charon beskriver, skal træne en narrativ kompetence hos sundhedsfagligt personale, der kommer dem selv, deres kollegaer, og primært patienterne til gode ved at skabe gode og gensidige relationer.

KREATIV SKRIVNING

Termen kreativ skrivning indikerer ikke, at skrivningen er fiktion, men det betyder, at skrivningen “unleashes the curiosity and imagination of the writer, who may write in any style or genre” (Charon et al. ”Close Reading and Creative Writing” 345). Den tvetydighed, der ligger i ordet *kreativ*, kan være en hæmsko i undervisningen af kreativ skrivning. Nellie Hermann beskriver, at nogle medicin studerende har reservationer i forhold til termen *kreativ* skrivning, da ordet *kreativ* er forbundet med ting, der ikke passer ind i deres forståelse af det biomedicinske felt (Charon et. al. *The Principles and Practice of Narrative Medicine* 229). I forbindelse med den medicinske praksis har ordet en negativ konnotation; det ses som ikke evidensbaseret og uetisk i handling (Ibid. 212). Hermann beskriver kreativitet som “[...] information gathering, synthesizing, and hypothesizing is creative work” (Ibid. 213). Kreativitet er en praksis, som anvendes, når person læser en bog, eller når en læge lytter til en patient. Den kreative praksis er den evne eller ressource, narrativ medicin har til hensigt at vække i de studerende, hvilket kan gøres gennem læsning og skrivning (Ibid. 214). Hermann præsenterer tre fordele ved skrivning, som minder om de fordele Charon beskriver ved at holde en parallel journal [parallel chart]. For det første er skrivning en eksternaliserende handling, hvor særligt svære oplevelser kan skabe ’indvendig’ plads til nye oplevelser. For det andet skaber man et objekt ved at skrive en tekst, der kan undersøges og betragtes af andre. For det tredje kan man dele sine oplevelser og følelser med andre gennem skrivningen (Ibid. 215). Kreativ skrivning handler om at repræsentere oplevelser i en form udenfor vores kropslige og mentale sfære. Ved at eksternalisere oplevelser og følelser åbner det for, at den skrivende kan betragte oplevelsen fra andre vinkler samt se oplevelsen og sig selv i et nyt lys. I *Læs videre* forløbet bliver sygeplejerskerne anbefalet at holde en parallel journal. Gennem en parallel journal kan sygeplejersken i *Læs videre* forløbet få eksternaliseret nogle af de oplevelser, som fylder hos ham/hende. Når oplevelserne er nedskrevet i den parallelle journal, kan sygeplejersken se oplevelsen og sin egen rolle fra nye vinkler. Derved kan han/hun reflektere over oplevelsen, samt skabe fornyet indre plads til nye oplevelser. Den parallelle journal kan også hjælpe sygeplejersken til at give særligt svære oplevelser og følelser et sprog og en form, så den kan deles med kollegaer eller de andre deltagere i *Læs videre*. Ved at reflektere over sin egen rolle og identitet som sygeplejeske, samt at skabe fornyet plads til kommende oplevelser og

indtryk, er forhåbningen, at sygeplejersken undgår at føle sig overvældet og ude af stand til at rumme nye oplevelser. Forhåbningen er at han/hun i den forbindelse ikke ender med at føle sig stresset, udbrændt og omsorgsmættet.

I responsen på den kreativt skrevne tekst er det vigtigt at have opmærksomhed på den samskabelse, der er mellem tekst og læser. Det er særligt vigtigt i forbindelse med kreativ skrivning i en klinisk kontekst, da den fælles oplevelse og indsigt i teksten hos læseren, åbner teksten og synliggør ting i teksten for den skrivende, som denne muligvis ikke har været opmærksom på tidligere (Ibid. 242). Læseren synliggør elementer i den skrevne tekst, som for eksempel en fortiet stemme, en metafor, en stemning, eller andet, som den skrivende ikke har været bevidst om, da teksten blev skrevet. Et eksempel på dette, overført til en sundhedsfaglig-patient relation, er den måde, hvorpå Charon, som praktiserende læge, ynder at genfortælle patientens sygdomsnarrativ. Her kan hun åbne narrativen for patienten, som på sin side i samskabelse med Charon, føler sig set og hørt samtidig med, at patienten har mulighed for at betragte sin sygdomsnarrativ fra et andet perspektiv. Det nye perspektiv kan skabe klarhed omkring uvisheder, manglende informationer, tvetydigheder, eller andet. Chimamanda Ngozi Adichies oplevelse af sorg fra *Noter om sorg*, som indleder dette speciale, illustrere at symptomer og deres årsager ikke altid stemmer overens med den forestilling patienten har. Adichie beskriver en overraskelse over, at sorg som mental tilstand kan komme til udtryk som fysiske symptomer. Sorgen smerter ikke kun sindet, men også kroppen. Den patient, der oplever ømhed i kroppen, er måske ikke bevidst om, at sorg kan være en årsag og opsøger lægen med formodningen om, at dennes symptomer er fra en fysisk sygdom. Her kan den sundhedsfaglige, gennem samtale med patienten, hjælpe med at belyse sorgen som årsag, hvis patienten modsat Adichie, ikke selv er bevidst om det.

I undervisningslokalet kræver den kreative skrivning en underviser, der har perfektioneret en opmærksom lytning. Derudover er de værktøjer, hvormed man læser og responderer på skrivningen noget, der kan trænes gennem gentagende læsning, skrivning og feedback. Med det sagt mener Hermann ikke det er nødvendigt at have en humanistisk uddannelse for at få en skrivende til at føle sig set og hørt, men "this work is not easy; requiring focus and often a reframing of the entire act of listening" (Charon

et al. *The Principles and Practice of Narrative Medicine* 242). Derfor bliver undervisningen i kreativ skrivning – og nærlæsning – ofte faciliteret af en skønlitterær forfatter eller en person med en humanistisk baggrund. Målet med feedbacken – både fra underviseren og de medstuderende – er ikke at gøre den studerende til en bedre skribent, men at ”*refelct back on them what their writing shows to their reader*” (Ibid. 245). Feedbackhandlingen skal invitere den skrivende til at se sin tekst fra et nyt perspektiv, ved at respondenten læser med kreativitet, fremhæver skjulte elementer og har indsigt for øje (Ibid. 251). Hermanns råd til undervisere i kreativ skrivning er altid at have fokus på den kreative gnist. Derudover skal udformningen af øvelserne tilrettelægges med henblik på at have en ubegrænsethed i modsætning til at være en begrænsende rammesætning for, at kreativiteten kan blomstre (Ibid. 252). Formålet med den kreative skrivning ”[...] should be to show how the thing that has been created – the piece of text, language object – reveals itself to the reader, how it is received by the reader by virtue of the way that it is put together” (Ibid. 242). I skitseringen af *Læs videre* tages der derfor højde for, at efteruddannelsesgrupperne varetages af en kompetent facilitator. I modsætning til facilitatoren i grupperne hos *Læs som mand* projektet, hvor facilitatoren har gennemgået et kort kursus hos Læseforeningen, ønsker *Læs videre*, at facilitatoren har en kandidatuddannelse i sygepleje samt har gennemgået Syddansk Universitets kursus i narrativ medicin. Det er gennem skriveøvelserne, som facilitatoren hos *Læs videre* har tilrettelagt i samarbejde med en faglig konsulent, at sygeplejersken bliver bevidst om, at han/hun selv bruger form til at formidle et indhold. I processen med nærlæsning og kreativ skrivning, samt respons fra de andre deltagere, opdager deltagerne at meningen genereres i samskabelse.

Formens betydning for indholdet pointeres af skønlitterær forfatter Pablo Llambías, der delvist har stået for skriveundervisningen på et skriveværksted for mennesker med kræft hos REPHA. I forbindelse med oplevelserne fra skriveværkstedet understreger Llambías at kunsten, erkendelserne og præcisionen kommer gennem form, for man kan ikke sige noget præcist gennem det formløse (Llambías jf.). Talesproget, der også bliver anvendt mellem sundhedsfaglig og patient, beskriver han som hurtigt, nødtørftig, i-mangel-af-bedre, og upræcist (Ibid. 52). Derimod hævder han, at ”[k]unstsproget, det skønlitterære sprog, adskiller sig i sin bedste kvalitet fra talesproget ved at være anderledes præcist, anderledes følelsesstærkt, anderledes skønt, opløftende,

knugende, åbenbarende – alt sammen gennem uhørt præcision, uhørt skønhed” (Ibid. 52).

SKRIVNING I FORLÆNGELSE AF GUIDET FÆLLESLÆSNING

Der er mange forbindelser mellem narrativ medicin og guidet fælleslæsning: ”Litteraturen betragtes som en anledning til øget refleksion og mulighed for genkendelse i relation til læserens egen livssituation – hvad end læseren er sundhedsprofessionel, patient eller deltager i et læsegruppeforløb” (Rasmussen et al. *Narrativ Medicin* 158). Derudover ligger begge metoder ”vægt på, at det kunstneriske, litterære sprog kan tilbyde en vej ind til samtaler, som ellers kan være svære at åbne for” (Ibid. 158-9). Guidet fælleslæsning lægger modsat narrativ medicins version af nærlæsning ikke op til en skrivehandling for deltageren. Guidet fælleslæsning ynder ikke at kategorisere sig som en form for terapi – men hvis der skal være en pendant til kreativ skrivning hos metoden guidet fælleslæsning, vil jeg forslå, at den skrivning man kan supplere med er ekspressiv skrivning. Ekspressiv skrivnings grundlægger og leder af Psykologisk Institut på University of Texas James W. Pennebaker beskriver skrivningen som en metode til at håndtere traumer eller voldsomme følelsesmæssige begivenheder (Pennebaker og Evans, 10). I *Skriv dit liv* (2015) beskriver han, at ekspressiv skrivning har videnskabeligt funderede effekter på den skrivende, både på et biologisk og et psykologisk plan. Ekspressiv skrivning giver helbredsmæssige fordele, hvor for eksempel det at skrive eller at tale om sine traumer viser tegn på stressreduktion (Ibid. 25). De psykologiske og følelsesmæssige effekter af ekspressiv skrivning deler Pennebaker op i kortsigtede og langsigtede effekter. Efter skrivningen kan skriveren være trist, men de langsigtede effekter er positive. Her sker det, at de, der har udført ekspressiv skrivning ”føler sig gladere og mindre negative sammenlignet med før skriveprocessen. På samme måde er der en tendens til færre depressive symptomer, mindre tankemylder og mindre generel angst i ugerne og månederne efter, at de har skrevet” (Ibid. 26). En af de andre psykologiske effekter, som Pennebaker nævner, omhandler ekspressiv skrivnings potentiale til at ”fremme kvaliteten af vores sociale liv” (Ibid. 27): ”[d]et at skrive lod til at gøre deltagerne mere socialt trygge – gøre dem til bedre lyttere, talere og ja, til bedre venner og partnere” (Ibid. 28). Ekspressiv

skrivnings potentiale til at fremme deltagernes sociale liv og at modvirke eksempelvis depression, passer godt ind i *Læs som mands* vision, som handler om at modvirke ensomhed og meningstab hos deltagerne. Et vigtigt element, hvis denne metode skal fungere som en tilføjelse til guidet fælleslæsning er, at det ingen betydning har for effekten af skrivningen, hvilken uddannelsesmæssig baggrund eller hvilke skrivefærdigheder en deltager har. Traumets eller den følelsesmæssige oplevelses karakter har heller ikke nogen indflydelse på de potentielle positive effekter, skrivningen kan have. Det er dog ikke givet, at alle individer vil opleve disse positive effekter – ligesom det heller ikke er garanteret, at alle vil finde guidet fælleslæsning fordelagtigt. Jeg vil dog mene, at den sammenhørighedsfølelse og fællesskabsfølelse, der kan opnås ved at skrive parallelt kan have en effekt i sig selv, endda hvis den skrivende, hverken oplever de biologiske eller psykologiske effekter, som Pennebaker beskriver. Den ekspressive skrivning kommer til kort i forbindelse med fælleslæsningselementet. Pennebaker skriver, at den eneste undersøgelse af ekspressiv skrivning, der har givet negative resultater, er en undersøgelse, hvori deltagerne anvendte ekspressiv skrivning og derefter læste deres tekster højt for gruppen. Skrivningen vil derfor kun være for den enkelte deltager.

I det kommende afsnit vil jeg analysere to videooptagelser fra projektet *Læs som mand*, der anvender guidet fælleslæsnings-metoden. Før jeg præsenterer analysen af læsegruppessionerne, vil jeg kort gennemgå transskriptionsprocessen samt diverse forkortelser, jeg gør brug af, i bilagene fra videooptagelserne. Videomaterialet viser to forskellige læsegrupper, hvoraf den største gruppe består af fem deltagere og den mindste gruppe har tre deltagere foruden læseguiden. I begge læsegrupper deltager den samme kvinde fra forskningsprojektet som observant. Hun deltager ikke aktivt i læsegruppen, men har aktiveret videodelingen, så de andre deltagere kan se hende. Jeg kalder den store læsegruppe for 'X' og den mindre læsegruppe for 'Y'. Læseguiden er markeret som 'XL' i den store gruppe, og deltagerne er markeret med 'X1', 'X2', 'X3', 'X4' og 'X5'. Deltagerne og læseguiden i den mindre læsegruppe er markeret ligeledes, men med 'Y' i stedet for 'X'. I markeringen er læseguiden tydeligt adskilt fra deltagerne, da de har to forskellige positioner. Når der er længere pauser i udsagn, er disse markeret med "...", når der citeres fra litteraturen er det markeret med

anførselstegn, og hvis dele af samtalen er undladt er det markeret ved "[...]". Jeg har desuden markeret, når deltagerne griner i parentes, samt skrevet, når deltagerne taler samtidigt. Jeg har valgt at undlade at transskriberer når deltagerne bruger "øh" og "øhm" da det ikke har betydning for meningen i det sagte.

NÅR LÆSNINGEN ER FLYTTET ONLINE

For at belyse tidligere nævnte problemstilling om, hvorvidt empati og fællesskabsfølelse i forbindelse med læsning af litteratur kan opstå på en online kommunikationsplatform, vil jeg i det følgende afsnit analysere og diskutere to forskellige videooptagelser fra det igangværende interventionsprojekt *Læs som mand*. Projektet er et samarbejde mellem Syddansk Universitet, Ældre Sagen og Læseforeningen. De to videooptagelser, jeg har fået lov at låne til nærværende speciale, beskæftiger sig begge med en novelle samt et digt som læses efter guidet fælleslæsnings-metoden. Den ene læsegruppe læser novellen "Forebyggende kredsløbsundersøgelse" af Henning Mortensen fra novellesamlingen *Albert Colds drømme om dronningen* (2010), som er parret med digtet "Ode til et egetræ" af Simon Grotrian fra digtsamlingen *Livsfælder* (1993). Den anden læsegruppe beskæftiger sig med novellen "Gartnerliv" af Julian Barnes fra novellesamlingen *Puls* (2011), som er parret med digtet "Faldet" af Jørgen Leth fra digtsamlingen *Det bliver ikke væk* (2019). Novellerne og digtene er koblet sammen således, at digtet afspejler et aspekt af novellen. Det kan eksempelvis være handlingen, sproget eller stemningen. Digtet har til formål at kaste nyt lys på novellen og de samtaler, der er opstået ud fra højtlesningen af novellen.

I *Læs videre*-efteruddannelsesforløbet for sygeplejersker afholdt på Zoom, vil den anvendte metode være narrativ medicins version af nærlæsning og kreativ skrivning. Det er derfor relevant at undersøge, hvordan en fysisk distanceret kommunikation, som den er på en online kommunikationsplatform, påvirker deltagernes empatiske og sociale interaktioner, samt hvorledes en læsning af skønlitteratur kan foregå, men samtidig er under indflydelse af onlinemediet. Grundet GDPR-lovgivningen og andre juridiske begrænsninger, har jeg ikke tilladelse til at dele videooptagelserne i dette speciale. Jeg har transskriberet segmenter af videooptagelserne samt anonymiseret deltagere og læseguider, således at dele af videooptagelserne kan inkluderes i transskriberet form og analyseres i det følgende afsnit. I den første del af

dette afsnit, vil jeg præsentere projektet *Læs som mand* samt teksterne, der er udvalgt til de to læsegruppesessioner. Der vil efterfølgende være en analyse af, hvorledes deltagerne har læst teksterne, samt en analyse af og diskussion omkring læseguidens rolle. Endeligt vil der være en præsentation af den online kommunikationsplatform Zoom, samt en analyse og diskussion af begrænsningerne og mulighederne ved at afholde læsegruppesessioner online. De to videooptagelser er den empiri, der var tilgængeligt og som kommer så tæt på specialets endelige produkt som muligt. Derfor vil analyseafsnittets konklusioner lede til overvejelser omkring specialets produkt, *Læs videre*, samt virke som et eksempel på, hvad der er på spil for en gruppe, der taler om litteratur, når læsningen er flyttet online.

LÆS SOM MAND PROJEKTET

På Syddansk Universitets hjemmeside præsenteres *Læs som mand*; et projekt, der søger at ”udvikle, afprøve og evaluere et koncept for fælleslæsning som mental sundhedsfremme for mænd i overgangen til pension. Læs som mand har et særligt fokus på at undersøge potentialer for brugen af digitale løsninger til dette formål” (“Læs som mand”, sdu.dk). *Læs som mands* målgruppe er mænd i alderen 65-75 år, som befinder sig i overgangen fra arbejdsliv til pension. Projektet undersøger om læsning af litteratur kan være en fordelagtig ressource, til at modvirke et potentielt meningstab i hverdagen, som mange mænd oplever, når de forlader arbejdsmarkedet og går på pension. Deltagerne er inddelt i mindre læsegrupper, der ledes af en uddannet læseguide fra Læseforeningen, som faciliterer læsningen efter metoden guidet fælleslæsning. Projektet har tidligere været baseret på fysiske sessioner, men under nedlukningen grundet coronapandemien gik projektet over til et onlineformat. Læseguiden formidler litteraturen gennem højtlesning og sessionerne er á cirka halvanden times varighed.

TEKSTVALG OG LÆSEGUIDENS ROLLE

Fælles for narrativ medicins version af nærlæsning og guidet fælleslæsning er, at tekstvalget og ikke mindst facilitatorens rolle er af betydning for deltagernes udbytte. I Læseforeningen kalder man facilitatoren for ’læseguide’. Disse er ofte frivillige, som

har undergået et weekendkursus i metoden guidet fælleslæsning. Læseguidens rolle er at læse den udvalgte litteratur højt og undervejs holde nogle pauser i læsningen, hvor han/hun stiller åbne spørgsmål med det formål, at deltagerne skal reflektere over teksten i fællesskab (Rasmussen et al. *Narrativ Medicin* 151). Guidet fælleslæsning har ikke til formål at analysere teksten, som narrativ medicins version af nærlæsning har, men at skabe refleksioner og deltagerengagement. Med metoden guidet fælleslæsning bliver samtalen, refleksionerne og diverse bidrag fra deltagerne vægtet højere end en nær diskussion af tekstens delelementer. Deltagerne fra de to læsegrupper diskuterer delelementer som karaktererne, handlingen og til dels stemningen. Men delelementer som *tid*, *det singulære*, *kausalitet* og *den etiske relation*, som er fire af de fem begreber fra narratologien, Rita Charon beskriver, beskæftiger sessionerne sig ikke væsentligt med. Jeg vil senere vise, at det femte begreb *intersubjektivitet* spiller en rolle for meningssskabelsen i samtalerne om litteraturen hos deltagerne. I guidet fælleslæsning bliver teksten et *fælles tredje*: ”Noget, der ikke vedrører disse personer og deres indbyrdes relationer, men er noget udenfor” (Husen, ”Det fælles tredje”). Guidet fælleslæsning arbejder ikke med en teori om, at litteraturen skal tilpasses den målgruppe, som udgør deltagerne. Litteraturen skal derimod være ”med sproglig præcision [der] detaljeret beskriver sansninger, oplevelser og personer i en kompleksitet, der inviterer til læserens egen undersøgelse af, hvordan noget kan fornemmes, opleves og tænkes, fremfor kategorisk at bestemme for læseren, hvordan noget er” (Steenberg og Ladegaard 185). Litteraturen skal være åben for fortolkning og meningsdannelse for deltagerne.

Litteraturen som er valgt til gruppe X er novellen ”Forebyggende kredsløbsundersøgelse” (2010) af Henning Mortensen. Novellen er en fortælling om enkemanden Hasse Frederiksen; en drillepind og humorist på 67 år. Hasse er novellens protagonist og den er fortalt med en tredjepersonsfortæller med indsigt i Hasses indre liv. Hasse bor i en skov, hvor handlingen udspiller sig. I skoven har Hasse sit træ, som han ofte klatre i. Da Hasses afdøde kone Margot stadig var i live klatrede de to i træer sammen: Hasse i sin serbiske gran og Margot i sit træ; en slank eg ved siden af. Margot har før sin død bedt Hasse om at holde sig i form, både kropsligt og åndligt, da de har planlagt mødes igen i efterlivet og Margot ikke vil ”mødes med en slapsvans” (Mortensen 62). Hasse modtager en dag en opfordring til at deltage i en

spørgeskemaundersøgelse omkring kredsløbssygdomme for mænd i aldersgruppen 65-74 år. Hasse ønsker ikke at deltage i undersøgelsen, da han ikke bryder sig om, at afsenderne så vil begynde at pille ved ham. Han svarer dog på ét enkelt dokument; et stykke papir med et termometer tegnet på, der går fra nul til hundrede. Modtageren skal svare på, hvor på skalaen de føler sig rent helbredsmæssig. Hasse svarer udenfor skalaen, tilføjer minus tredive og skriver ”*Føler mig ikke levende. Er måske død*” (Ibid. 61). Svaret fanger sekretær i forskningssektionen Vera Køhlers opmærksomhed, og hun beslutter at besøge Hasse i privat ærinde. Da hun ankommer, kan hun ikke finde Hasse, som svare på hendes tilråb fra grantræets top. De to ender med at drikke te sammen og taler blandt andet om Margot. Nogle dage senere, da Hasse kommer hjem fra supermarkedet, sidder Vera i Margots træ. Som Hasse gjorde fra granen, så svarer Vera nu på Hasses tilråb fra egetræskronen. Hasse kravler op i sit træ og mens de taler sammen læner Hasse sig baglæns og lader sig falde. Han ender med at hænge med hovedet nedad med det ene ben om en gren. Hasse og Vera kravler ned fra hvert deres træ og mødes i ”et mægtigt favntag, blodrigt og magnetisk” (Mortensen 2021, 67). Digtet er ”Ode til et egetræ” (1993) af Simon Grotrian. Digtet er en hyldest til egetræet, og sproget i digtet spiller på ordet ”blad”s flertydighed: ”Vi læser blad for blad sin mening” samt sproglige modsætninger som ”grønne skud eksplodere lydløst” (Grotrian 1993, 31), Derudover beskriver Grotrian træets lyde: ”jeg kan høre suset, lavt som boulevarder” og ”jeg kan høre bruset, højt som en tablet” (31). Her bliver det sproglige lydbillede af et træ, sammenhold med byens boulevarder, hvor lyden af biler er som træets sus, og når grenene strides lyder det som en brusetablet. Grotrian sidestiller således naturen med civilisationen. I digtets fjerde sidste vers smelter disse to sammen og skaber en mere dyster stemning: ”Potentielle kister, borde venter på en motorsav”, og træet lander i sidste vers ”ved min fod, og jeg bliver stående, alene” (Grotrian 31).

Den udvalgte litteratur til gruppe Y er novellen ”Gartnerliv” (2011) af Julian Barnes. Novellen handler om det engelske ægtepar Martha og Ken, hvis forhold på overfladen bygger på praktikaliteter frem for romantik, og som netop er flyttet i et nyt hus med en lille have. Parret er formodentligt et ældre ægtepar, der for længe siden havde en drøm om at få børn, hvilket aldrig lykkedes. Deres nye have bliver omdrejningspunkt for parrets interaktioner og handlingens udvikling. Martha ønsker sig en japansk inspireret have, hvorimod Ken ønsker sig en terrasse med plads til en

havegrill, lidt græsplæne og en køkkenhave. Parrets holdninger til havens udformning, repræsenterer mere end blot deres præferencer for eksempelvis en vandattraktion eller et brombærkrat. Ken køber i smug et kolonihavehus og en aften, hvor de har gæster til grill på terrassen, afslører Ken sit huskøb, en handling der beskrives som "[æ]gteskabs-kujonens fidus med at komme med nyheder, når vennerne var på besøg" (Barnes 85). Martha fortrækker dog ikke en mine ved afsløringen. Aftenen forløber ikke som Ken og Martha har ønsket; myggene stikker, vejret er dårligt, gæsterne fryser og Ken udbryder: "Vores venner kan ikke lide vores have!" (Ibid. 86). Gæsterne takker nej til kaffen og går hjem. I novellen har læseren adgang til Kens tanker og holdninger, men i samtalerne og interaktionerne mellem Ken og Martha, er der meget som forbliver usagt og deres relation virker mere som to personer, der lever parallelt nærmere end i sameksistens. Til novellen diskuterer læsegruppen digtet "Faldet" (2019) af Jørgen Leth. Digtet er jeg-fortællers beskrivelse af et fald. Den første og de tre sidste vers lyder "Jeg faldt i dag [...] / Nogen råber er du kommet noget til / To par hænder rækkes frem / Jeg tager dem og står igen" (Leth 20). Mellem versene beskriver jeg-fortælleren, hvordan lyden af slæbende fødder og faldet bliver til sprog. Rammen for digtet er en øjebliksoplevelse; et fald, men digtet rummer en beskrivelse af en bevidst handling om at skære sig igennem vinden, at udfordre dens tryk, som giver jeg-fortælleren en forståelse af, "Hvad jeg taler om så tit", for sidst at ende med at falde på "den poetiske asfalt" (Ibid. 20).

Alle teksterne, som er udvalgt til *Læs som mand* projektet, er skrevet af mænd og fælles for novellerne er det, at protagonisten er en ældre mand. Litteraturen synes at være udvalgt med henblik på *Læs som mands* læsegruppedeltagere, formodentlig med et håb om at tilbyde deltagerne en let vej til genkendelse i karakterer og handling. Udvælgelsen efter målgruppen følger ikke guidet fælleslæsnings metode, som beskrevet af Steenberg og Ladegaard. En af deltagerne i gruppe X udtrykker en undren over litteraturvalget. I eksempel 1 udtaler X2:

Eksempel 1

- X2** Jeg kan ikke lade være med at tænke på hele tiden, at nu når I skal lave, laver sådan en undersøgelse over ældre mænds opfattelse af livet og døden og sådan nogle ting, ik', så, så laver hver gang når, eller levere en novelle ik' eller et digt, så er det noget der kredser

om det sådan, det sådan, er om, hvad hedder det, det sted vi er i vores livscyklus nu, jeg ved ikke om det måske det er for at overfortolke lidt, men sådan, så, opfatter jeg det lidt ik'?

(Bilag 2)

Deltageren fra gruppe X udtrykker en observation og forundring over, at teksterne i læsegruppen kun omhandler karakterer eller emner, som ”kredser [...] om det sted vi er i vores livscyklus nu” (X2, Bilag 2). Eksempel 1 illustrerer, hvorledes et litteraturvalg tilrettelagt deltagergruppen kan skabe en undren eller muligvis modstand mod teksten, hvis deltageren føler, at han eller hun er tiltænkt at kunne identificere sig med karaktererne eller indholdet. Da læseguiden erklære sig enig og fortæller, at han vil tage noget litteratur med, hvor de kan ”snakke om noget andet end død og alderdom” (XL, Bilag 2), svarer den samme deltager: ”Jeg regner ikke med at dø foreløbigt, det må jeg indrømme” (X2, Bilag 2). Deltageren, der ikke regner med at dø foreløbigt, kan altså ikke identificere sig med litteratur, hvori de skal snakke om død og alderdom. Jeg tolker hans udsagn som et udtryk for, at deltageren føler sig placeret i en kasse, som han ikke føler, han høre hjemme i.

Som tidligere nævnt er læseguidens rolle, inden for metoden guidet fælleslæsning, at indbyde deltagerne til samtale ved at stille åbne spørgsmål. Denne spørgeteknik kræver træning, som den danske læseguide får på et weekendkursus hos Læseforeningen, samt praksistræning og supervision i praksis (Steenberg og Ladegaard 185). Læseguiden lærer at stille spørgsmål på tre forskellige niveauer; ”Det konkrete og sanselige niveau [...] [,] Reaktionsniveauet [...] [og] Refleksionsniveauet” (Ibid. 185). Deltagerne skal undersøge teksten uden, at læseguiden søger et bestemt svar eller forklaring. Steenberg og Ladegaard beskriver, at det er i denne undersøgelse af tekstens betydningspotentiale, at deltageren bringer sit eget erfaringsunivers i spil. I samspillet mellem deltager og tekst, opstår der en modificering af deltagerens oplevelser og erfaringer, når læseren gennemlever egne følelser gennem det følelsesunivers som teksten rummer (Ibid. 186). Læseguiden har derfor stor betydning i læsegruppesessionerne, fordi denne har ansvaret for at åbne teksten og invitere deltagerne ind i en samtale. Eksempel 2 viser, hvorledes læseguide i gruppe X invitere deltagerne ind i en samtale omkring novellen

”Forebyggende kredsløbsundersøgelse” ved at stille et spørgsmål på det tredje niveau, som handler om refleksion og inddragelse af eget erfaringsgrundlag (Ibid. 186). Læseguiden gør dette ved at bringe en personlig erfaring ind i samtalen. Til trods for at læseguiden besidder en position, der er forskudt fra deltagerpositionen, er denne stadig en del af gruppen, der ved at bringe det indre ud i det ydre rum, skal skabe en samtale om og mening med teksten i fællesskab.

Eksempel 2

XL Jeg kom til at tænke på en lille, eller noget, ja, en sådan association, en association jeg fik, var da jeg gik i børnehaven og gik i en sådan skovbørnehaven, hvor der var masser af frihed til at, klatre rundt i de træer man ville, men pædagogerne sagde altid når, når man var klatret lidt højt op og ikke følte at man kunne komme ned, at hvis du vil klatre op i et træ så kan du også, klatre ned igen. Og jeg ved ikke, jeg, ja, måske lidt den samme håbløse situation Hasse han er havnet i her. Jeg ved ikke om I får nogle associationer til noget, eller kommer i tanke om noget I selv har oplevet eller ... med den her historie?

(Bilag 3)

Læseguiden deler en personlig oplevelse af at klatre i træer, som udgør en stor del af handlingen i novellen. Læseguiden retter dog ikke et specifikt spørgsmål til deltagerne, men stiller det åbne spørgsmål: ”får [I] nogle associationer til noget, eller kommer [I] i tanke om noget I selv har oplevet” (XL, Bilag 3). To af deltagerne, X3 og X4, respondere med fortællinger fra deres eget erfaringsunivers, som de knytter til novellens protagonist Hasse:

Eksempel 3

X4 Jeg, jeg kan godt forstå hans tilgang til det spørgeskema. Jeg fik her den anden dag et fra sundhedscenteret i [...] ³, hvor jeg skulle svare på alle de spørgsmål der også, fordi jeg skulle til noget samtale omkring noget træning ved dem, og det har jeg, det tænkte jeg: det rager da ik' dem. Altså, de kan, det har da ikke noget med sagen at gøre. Så den, så det vil jeg da ned og have en forklaring på, så kan de jo, så kan vi jo godt udfylde det, hvis det er, der er en fornuftig forklaring på det.

XL Mmh

X4 Så jeg kan godt forstå at han ikke bare lige uden videre hopper på at vil, vil svare på det der. Det er alt for nemt bare at stikke noget ud til folk og sige, at de skal svare på det, men jeg vil gerne have en forklaring på det. Og han, han vil jo i og for sig også godt have en forklaring på, hvad egentlig meningen er med det, at de skal ikke bare lige have, han vil ikke bare blotlægge sig foran dem. Og det, det, det kan jeg sådan set godt forstå ham. [...]

[...]

X3 Det er rigtig nok. Han har jo, det er jo rigtig nok, han har jo noget modvilje mod alt sådan noget offentlighed. Når jeg hører ham her Hasse her, så minder han, Hasse her, han minder mig om en, en onkel af en art. Min gamle onkel, som døde som fireogfirs årig i 2001, så, så han var en ældre herre. [...]

(Bilag 3)

Eksempel 3 viser, hvorledes *det fælles tredje* (Husen, "Det fælles tredje"), som litteraturen er, kan skabe en litterær genkendelse hos deltagerne, som gennem det skønlitterære sprog kan give genkendelsen af eksempelvis en karakter, et sted, eller en

³ Navnet er fjernet for at værne om deltagerens anonymitet.

oplevelse ord og formuleringer (Rasmussen et al., *Narrativ Medicin* 153). Det er primært karaktererne, med deres følelser og erfaringer, som deltagerne inddrager deres eget erfaringsunivers i. Dette er gældende for både gruppe X og Y. Litteraturen i *Læs som mand* projektet kan tilbyde deltagerne ord og vendinger, som de kan bruge til at strukturere og erkende deres indre følelsesliv, oplevelser og erfaringer samt at beskrive det for andre, hvilket kan forekomme svært. Derved gør sproget, som ”et socialt bindeled [,] [...] det lettere at kommunikere med omverdenen” (Ibid. 153).

Ydermere opnår deltagerne *intersubjektivitet* i samtalerne om litteraturen, hvor de forsøger at finde mening med litteraturen i fællesskab. I meningskædbelsen af teksten bliver deltagerne konfronteret med deres egen subjektive holdning, samt de andre deltagers subjektive holdninger. Mødet med en fremmed tankegang, sætter den enkelte deltagers egen subjektivitet i perspektiv og skaber en forståelse hos deltageren om, hvorledes de forstår sig selv ud fra andres ord og holdninger. I eksempel 4 taler deltagerne om træernes betydning i novellen, og afhængigt af hinandens udsagn omkring træerne, som et symbol på livet, får deltagerne skabt en meddelelse fra teksten. Derudover får de også sat ord på, hvordan levet liv og erfaringer hænger uløseligt sammen – også med livets afslutning.

Eksempel 4

X4 Jeg ved ikke om det er at overfortolke at sige, at træerne kan være et symbol på hans liv og det andet egetræ på, på Margots liv. Men jeg ved ikke om det er at overfortolke det.

[...]

X4 Det er ikke fordi, for i løbet af livet, jamen så er man jo oppe ved toppen af træet og når man når derop på et eller andet tidspunkt, så, så falder man jo ned.

XL Så knækker grenene eller hvad

X4 Ja,

XL Man falder bagover, ja

X2 Det kan jeg godt lide, at du siger det, at du kommer hvor det bliver bedre og bedre, og så er det

XL Ja

X2 Så når det er allerbedst, så dør man.

XL (Griner) Ja,

(Flere deltagere griner)

XL Når udsigten er allerbedst og man kan se allerlængst, det, det er jo rart at tænke på.

X4 Jamen når man har overblikket over det hele ik’

XL Mmh

X4 Så, altså hvis man tænker på en teenager, der vil det hele men ikke har en skid forstand på noget som helst. Men når du kommer op i toppen af træet, jamen så kan du overskue det hele og du har gjort dig din erfaring på vej op ik’.

(Bilag 4)

I samtalen i eksempel 4 møder XL og X2 X4s tolkning af træerne som ”et symbol på hans [Hasse Frederiksens] liv” (Bilag 4), ved at interagere med fortolkningen. I et forsøg på at give X4s udsagn mening, deltager XL og X2 med ord og sætninger. Derudover gentager X2 tolkningen med det positive og opmuntrende udsagn: ”Det kan jeg godt lide, at du siger det, at du kommer hvor det bliver bedre og bedre” (Bilag 4). Denne interaktion med X4s tolkning, som i den fælles samtale slutter med, at X4 får lavet en fortolkning af træernes symbolske betydning for novellen. Man kan forstå denne interaktion med begrebet, som Charon også bruger; intersubjektivitet [intersubjectivity]. Her bliver læseguiden og de andre deltagers respons på X4s tolkning sagt afhængigt af X4s udsagn. Og som den sundhedsfaglige skal med patienten, så interagerer deltagerne og læseguiden med X4, og i fællesskab hjælper de X4 med, hvis

ikke at skabe meningen med træerne, så at blive bevidst om samt at styrke sin fortolkning.

Det er en del af højt læsningsmetoden, at læseguiden tilbyder deltagerne at medvirke i højt læsningen, hvis de ønsker. Læseguiden (XL) fra gruppe X spørger deltagerne om en af dem vil læse teksten højt efter første og anden læste novellepassage ud af tre (Bilag 5). Der er dog ingen, som ønsker at læse højt. Modstanden mod at læse højt kan skyldes forskellige faktorer. Jeg har tidligere vist et eksempel, hvor man kan se, at det rum deltagerne og læseguiden har skabt gør, at deltagerne er trygge ved at dele personlige livserfaringer (Bilag 3). Jeg anser det derfor ikke for sandsynligt, at deltagerne ikke ønsker at læse højt, fordi de er utrygge eller er bange for de andre deltagers reaktioner på højt læsningen. Derimod kan følelsen af at skulle læse et onlinedokument højt, hvis man ikke er hjemmevant med formatet, være en afgørende faktor. Det er en mulighed, at mænd i alderen 65-75 år er vant til mere analoge tekstformater, hvor de selv kan styre, hvornår siderne skal vendes og at dette har skabt en form for taktile tryghed i forbindelse med deres læsevaner. Derudover kan det også være nemmere at være opmærksom på handlingen og delementerne i en tekst, hvis man ikke samtidig skal bruge opmærksomhed på at læse højt. Højt læsningen i sig selv som en auditiv oplevelse kan være beroligende, og den fælles højt læsning kan styrke den fællesskabsfølelse, der er i gruppen. Der kan også være en tryghed i, at rollerne forbliver holdt som 'deltagere' og 'læseguide'. Det er tydeligt at, deltagerne er trygge ved hinanden. En deltager laver eksempelvis sjov med en anden deltager, og spørger om hans hund ikke får skæl, da han fortæller, at han giver hunden fiskeolie (Bilag 6).

ONLINEFORMATETS MULIGHEDER OG BEGRÆNSNINGER

Normalt foregår Læseforeningens læsegruppesessioner med metoden guidet fælleslæsning på et offentligt sted, som eksempelvis et værested eller et bibliotek. Dette tager læsegruppen ud af det private rum, hvori der eksisterer nogle forventninger og normer i forhold til rollen som enten vært eller gæst. Grundet coronapandemien har *Læs som mand* projektet været nødsaget til at afholde læsegruppesessionerne online. Dette gør de på online kommunikationsplatformen Zoom. Zoom er særligt blevet en kendt

online kommunikationsplatform grundet dens brug blandt andet til hjemmeundervisningen af elever og studerende under coronapandemien. Syddansk Universitet er blandt de institutioner, der har brugt Zoom til at undervise de studerende, da fysisk tilstedeværelse var uforsvarligt og/eller underlagt regeringens forsamlingsforbud. Til trods for, at deltagerne sidder i deres egne private hjem, mødes de over internettet, hvilket sikrer, at rollen som vært eller gæst ikke gør sig gældende. I dette afsnit vil jeg kigge på onlineformatets fordele og begrænsninger.

Zooms design er brugervenligt og det er let at dele et link til mødegangene med deltagerne. Det er nemt at oprette et Zoommøde på Zooms hjemmeside. De forskellige ikoner, hvor man kan tænde og slukke blandt andet video eller lyd er visuelt pædagogiske. Zoom har audio- og videodeling, samt muligheden for at dele skærmen. På Zoom kan man chatte, optage Zoommøderne og det er muligt at dele deltagerne op i mindre arbejdsgrupper i det Zoom kalder "breakout rooms". Begge læsegrupper mødes via Zoom med video- og audioforbindelsen slået til. Under højtlesningerne er deltagerne i begge læsegrupper stille. Der er ikke støj fra de forskellige deltagers hjem, til trods for at deltagerne har mikrofonerne tændt. Der er få kommentarer fra deltagerne under højtlesningen og momentvise grin. Den enkelte deltager kan se videotransmissioner af alle deltagere og læseguiden, samt tale til og høre de andre. Der er dog enkelte tekniske problemer med deltagernes udstyr samt med en manglende visning af deltagere (Bilag 7). Der er også få episoder, hvor Zoom ikke viser den deltager, som taler. Læseguiden er vært med styringen af Zoommødet og har derfor mulighed for at dele sin skærm. Begge videooptagelser viser, at kun fire af deltagerne inklusiv læseguiden og den kvindelige observant, er synlig ad gangen. Derudover bliver videoerne formindsket, når læseguiden deler sin skærm, hvilket betyder, at det er endnu sværere at aflæse deltagernes og læseguidens ansigtsudtryk og gestik. Disse udfordringer ved onlinekommunikationsplatformen vil i Steins perceptionsempatiproces betyde, at deltagerne ikke kan føle en tilstedeværelse af en krop, og derfor ikke kan udvikle empati for de andre deltagere. Dog kan man, ved hjælp af Svenaeus modellering af Goldies forestillingsempatiproces vise, at deltagerne gennem deres forestillingsevne af den anden – altså, af de andre deltagere – skabe en imaginær kropslig tilstedeværelse, der medvirker til skabelsen af empati. Brugen af skærmdelingsfunktionen kan også

ligge til grund for en af de største forstyrrelser, som opstår i samtalerne i de to læsegrupper. Det sker ofte, at deltagerne afbryder hinanden og taler i munden på hinanden. Det er også svært for læseguiden at opfange, hvem der forsøger at sige noget og give vedkommende rum til det, hvis der er deltagere som taler meget i munden på andre. Når skærmdelingen forårsager, at videoformaterne er små og alle deltagere ikke kan vises på samme tid, skaber det en forvirring over, hvem der taler, samt hvornår det er passende for en deltager at bryde ind i samtalen. Når man er fysisk sammen kan man eksempelvis høre, hvilken deltager, der taler ved at lokalisere, hvor lyden kommer fra i lokalet, hvilket ikke er en mulighed, når man får lyden igennem eksempelvis høretelefoner. Derudover bliver det svært at aftale gennem mimik, et nik eller et smil, at man vil lade den anden deltager tale, hvis man har talt på samme tid når videovisningerne er små og/eller ikke synlige. Derfor er der oftest også flere deltagere, der taler samtidigt lige efter hinanden, som i eksempel 6.

Eksempel 6

- Y1** [...] Det er jo en mærkelig gestus. Hun ved alt hvad han foretager sig, men det... gør det
- Y1 og YL** (Y1) lid uset
(YL) Men det, det
- Y1 og YL** (Y1) i den der kolonihave (fortsætter uforståeligt)
(YL) den kan også godt læses
- YL** Som, som tak for sidst

(Bilag 8)

I eksempel 6 bliver Y1 og YL ikke enige om, hvem der skal have lov til at tale, men ender med at tale samtidig to gange efter hinanden. Det er et gennemgående problem, at

deltagerne og læseguiden taler samtidigt flere gange i samme korte sekvens (Bilag 8, 9, 10 og 11).

Skærmdelingen betyder ydermere, at deltagerne ikke behøver at have teksterne i fysisk form, men kan se teksten på deres skærm. Denne anordning er smart, da deltagerne ikke behøver at få teksterne tilsendt på forhånd, at printe teksterne, hvis de sendes på e-mail, at købe dem eller låne dem på biblioteket. Det er dog et problem, at deltagerne ikke har mulighed for at tage noter i teksten eller markere steder, de senere gerne vil tale om. I begge læsegrupper skaber dette problemer for deltagerne og læseguiden, der bruger unødvendig tid på at lede efter passager i fællesskab. Dette kan skyldes, at læseguiden ønsker at spore samtalen i en bestemt retning som i eksempel 7, hvor deltagerne forinden har diskuteret protagonisten i "Gartnerliv" Kens barndom og forhold til hans far, eller det kan være som i eksempel 8, hvor en af deltagerne ønsker at diskutere noget specifikt i teksten.

Eksempel 7

- YL** Det var også ligesom det der med, hvor var det nu han sagde det der med, at man skulle tage stilling til at blive et voksent menneske og, og, det, nej, det var lidt før, hva'. Nu skal jeg lige finde det,
- Y1** Der var også noget med Himmler, og hvad var det, det var
- YL** Nej, det var, det var de der, nu var der jo ikke sådan nogle virkelig forfærdelige nogle i hans nabolag,
- Y1** Nej, nej
- YL** Bare almindelige mennesker, der var ikke, der var ikke ret meget
- Y1** Det var bare så kedeligt
- YL** Ja, ja
- Y2** Og han brød sig ikke om nogen af dem

- YL** Nej, nej. Jeg tænkte lige på det der hvor han var... Det der med at blive voksen. Fra hans teenage... Dut, duttelut, dut, dut, dum. Nej, det var sgu... Hvor fanden var det henne? Det var her hvor han lige pludselig sagde, så lige pludselig gik alting så hurtigt, at, at man slet ikke kunne være med i hvordan man, hvad man selv ville udvikle sig til.
- Y2** Var det ikke
- YL** Hvor var det, det var henne?
- Y2** Tror du ikke, jeg tror det var på den forrige side, hvis du lige kan bladrer en gang baglæns. Var det ikke der? Oppe i starten...
- YL** Ja! Ja, det, lige netop. At, at ⁴”man blev kastet ud i alle problemerne”, der, der, ja... ”med at være sig selv blandt andre, et punkt, hvor det allerede var begyndt at gå så hurtigt, at man ikke kunne overskue det ordenligt” ik?

(Bilag 12)

I eksempel 7 bruger læseguiden (YL) knap to og et halvt minut på at finde en passage i teksten. I den proces afbrydes samtalen flow og YL får ikke responderet fordelagtigt på deltagerne Y1s og Y2s udsagn, når de forsøger at fortsætte samtalen og trække den i en anden retning. Det er ikke muligt for deltagerne at videreføre samtalen, mens YL leder i dokumentet efter passagen. Brugen af skærmdelingsfunktionen betyder, at teksten på skærmen er det eneste tilgængelige eksemplar af teksten for både læseguiden og deltagerne. I den forbindelse opstår der problemer med at finde konkrete ord, sætninger og passager i teksten, da deltagerne taler ud fra teksten på skærmen. Hvis deltagerne og læseguiden havde deres egen tekst, ville læseguiden kunne lede i dokumentet uden at forstyrre samtalen – givet at læseguiden gør dette stiltiende. Læseguiden må gerne indgå i den fælles samtale omkring litteraturen og dele personlige erfaringer for at engagere og opmuntre de andre deltagere, som XL i eksempel 1. Deltagerne kan ikke hjælpe med

⁴ YL markerer den passage af teksten på skærmen, som han læser op fra.

at finde passagen, da de ikke selv har en version af dokumentet, og læseguiden kan ikke lede dokumentet igennem mens deltagerne diskuterer, da de så ikke ville kunne se den passage, som samtalen omhandlede. I eksempel 8 er det en af deltagerne, der leder efter en passage i teksten:

Eksempel 8

Y2 Prøv lige at gå til en, prøv lige at gå et skridt tilbage, eller en side tilbage. Der ⁵ var lige noget jeg tænkte. Lige der til sidst...jeg ssss

...

Y2 Nej. Jo, ”de sammenfattede”, jo, det står der [...]

(Bilag 13)

Zooms skærmdelingsfunktion, der gør det nemt for deltagerne at følge med i novellen og digtet under højtlesningen, besværliggør den fælles samtale omkring litteraturen. I eksempel 8 må deltageren lede efter en specifik passage, mens læseguiden bladrer i novelledokumentet. Her kan det bedre retfærdiggøres, at der bruges unødvendig tid på at finde en passage i teksten, da det er på deltager Y2s foranledning. Disse afbrydelser af flowet i samtalerne omkring novellerne kunne være undgået, hvis deltagerne havde fået tilsendt teksterne per e-mail, så de kunne printe dem ud. Derved ville deltagerne selv have teksterne hos dem og de ville være i stand til at referere til et bestemt sidetal. Problematikken er dog ikke så betydelig for læsegrupperne, der læser efter metoden guidet fælleslæsning. Her er teksten et holdepunkt for deltagerne at vende tilbage til eller til at anvende som en form for samtalestarter, hvorfra deltagerne kan associere ud fra og sætte deres egne erfaringer i spil. Det fungerer tværtimod godt, at læseguiden kan markere de passager af teksten på skærmen, som deltagerne snakker om (Bilag 12 og 10). Når en deltager refererer til en bestemt passage, sætning eller ord, fører læseguiden teksten hen til det sted og gør teksten synlig for alle deltagere. Derudover er det heller ikke relevant for deltagerne at have teksterne på forhånd. Jævnfør guidet fælleslæsning-

⁵ YL bladre en side tilbage, bladre en side frem og bladre så en side tilbage igen.

metoden, havde deltagerne ikke læst teksterne inden læsegruppen afholdtes og deltagerne var end ikke bekendt med, hvilke tekster de skulle beskæftige sig med, før læseguiden introducerede dem til selve sessionen.

I *Læs videre* skal deltagerne have teksterne på forhånd. I narrativ medicin er det en fordel at have læst teksten på forhånd, men det er ikke en forudsætning. Forskellen mellem metoderne guidet fælleslæsning og narrativ medicins version af nærlæsning er, om man zoomer ind eller ud på teksten. I narrativ medicins version af nærlæsning skal deltagerne zoome ind på teksten på et så tekstnært niveau, at det er vigtigt for dem, at have teksterne.

ZOOM IND PÅ HINANDEN: EMPATI OG FÆLLESSKABSFØLELSE ONLINE

Det er ikke muligt for mig at undersøge eller konkludere, hvorvidt deltagerne udvikler empati for hinanden og for karaktererne i novellerne. Det er dog muligt at undersøge om de forudsætninger, for den empatiproces som Svenaeus beskriver, er til stede for, at processen kan lykkes. I sin artikel beskriver Svenaeus, at narrativer kan muliggøre forestillingsempatien hos empatiudøveren på samme niveau som hvis empatimodtageren var fysisk tilstede. Svenaeus' konklusion omkring udviklingen af empati gennem et online medie, åbner for en mulighed, hvor empati og fællesskabsfølelse kan skabes over en online kommunikationsplatform som Zoom. Hvis forestillingsempatien kan opnås ved hjælp af narrativer, både autentiske som fiktive, så må deltagerne i *Læs som mand*-læsegrupperne kunne opnå en empati for karaktererne i novellerne, antaget at novellerne er komplekse og beskriver forfatterens eller protagonistens personlighed på en nuanceret måde.

Svenaeus skriver, at "*feeling the presence of the other person is a necessary condition for having a social experience*" (Svenaeus 79), og konkluderer ved hjælp af Steins og Goldies empatiteorier, at onlineinteraktioner kan være kropslige, hvis de er med video- og audioforbindelse. Det kropslige aspekt, altså en følelse af en tilstedeværelse af en krop, er essentiel for Steins empatiteori. For Goldies teori er empatien ikke begrænset, hvis tilstedeværelsen af en krop er fraværende. Det er vigtigt for empatiudøveren at føle en tilstedeværelse af en fysisk krop, hvor ansigtsudtryk og

gestik er to af de vigtigste elementer som Svenaeus nævner. Zooms videodelingsfunktion muliggør, at deltagerne kan se hinandens ansigtsudtryk og delvis deres gestik. Deltagerne har alle deres computere, tablets, eller telefoner stående så man kan se de fleste deltagere fra brystet og op. Det kræver derfor, at deltagerne gestikulerer med deres arme og hænder inden for kameraets perspektiv, hvis deres meddeltagere skal have mulighed for at se deres bevægelser. Zoom er designet således, at videodelingerne kan opstilles i 'speaker view' eller 'gallery view'. 'Speaker view' betyder, at den deltager, der taler, ses i stort format. En 'gallery view' betyder, at alle deltagere vises ved siden af hinanden på skærmen. Når læseguiden deler sin skærm bliver videoen af skærmdelingen, som nu viser novellen og digtet, forstørret, mens læseguiden kun optræder i lille format ved siden af deltagerens videoer. Det er problematisk ved brugen af Zoom, at alle videovisningerne af deltagerne ikke er synlige samtidigt. Der er altid nogle af deltagerne, som ikke er synlige. Dette besværliggør at lokalisere, hvem af deltagerne, der taler, hvis man ikke er bekendt med deltagerens stemme. Det gør det fordelagtigt, at deltagerantallet er relativt lavt, hvilket ikke er et problem for *Læs som mand* projektet, da guidet fælleslæsningsmetode kræver en gruppe på omkring 8 deltagere. For *Læs videre* bliver denne begrænsning også problematisk og har medvirket til, at *Læs videre*-grupperne skal indeholde 6-8 deltagere, og at facilitatoren ikke skal anvende skærmdelingsfunktionen.

Derudover medvirker guidet fælleslæsnings-metodens ønske om, at deltagerne sætter deres erfaringsunivers i spil i den fælles samtale til, at deltagerne lærer hinanden at kende. Samtidig skal deltagerne i fællesskab finde mening med og tale om den højt læste litteratur, hvilket kræver, at de sætter sig i karakterernes sted og sammenligner karakterenes oplevelser og erfaringer samt de andre deltageres erfaringer med deres egne. I den forbindelse bliver Goldies forestillingsempatiproces aktiveret. Processen sker ved, at empatiudøveren føler noget i forbindelse med en anden, en såkaldt føle-episode (Svenaeus 87). Her er empatien forbundet med emotioner, som er en form for verdensbillede og det kan derfor være svært at skabe empati gennem Goldies forestillingsempatiproces, for et menneske som man ikke kender godt. Derimod kan deltagerne fra *Læs som mand* gennem forestillingsempatiteorien også få empati for karaktererne i novellerne. Særligt deltageren X4 fra gruppe X har en episode, hvor han genkender sig selv i karakteren fra novelle, Hasse Frederiksen. X4 udtaler:

Så jeg kan godt forstå at han ikke bare lige uden videre hopper på at vil, vil svare på det der. [...] [J]eg vil gerne have en forklaring på det [X4s brev fra sundhedscenteret]. Og han, han vil jo i og for sig også godt have en forklaring på, hvad egentlig meningen er med det [...]. Og det [...] kan jeg sådan set godt forstå ham.

(Bilag 3)

X4 drager paralleller fra sit eget liv til Hasse Frederiksens oplevelse af at modtage et spørgeskema fra det offentligt. Her er empatiprocessen ikke baseret på perceptuelle indtryk, men på en forestilling om, hvordan det er, at være i Hasse Frederiksens sko. For Goldie er empatien en forestillingsempati, hvor man kan have empati med en, der ikke er der fysisk til stede. Empati kommer fra en følelsepisode, og her kigger man på, hvordan det er at være en anden. Denne forestillingsempati kan opnåes ved hjælp af narrativer, hvis disse narrativer er "rich enough to express the emotions of its author in a way that displays her personality, or the personality of some protagonist in the story, in a nuanced and coherent way [...]" (Svenaeus 2021, 91). Denne beskrivelse af litteraturen stemmer overens med de kvaliteter, som litteraturen inden for metoden i guidet fælleslæsning er udvalgt efter; nemlig en litteratur, der "med sproglig præcision detaljeret beskriver [...] personer i en kompleksitet" (Steenberg og Ladegaard 2017, 185).

De begrænsninger, som opstår i forbindelse med brugen af Zoom, overskygger ikke de fordele, jeg ser for *Læs som mands* målgruppe. Deltagerne drager fordel af, at sessionerne afholdes online, da det ikke kræver megen tid eller planlægning for deltagerne. De skal eksempelvis ikke køre til og fra sessionerne, og onlinesessionerne åbner for, at deltagere på tværs af landet kan mødes i en læsegruppe. Derudover er skærmdelingsfunktionen medvirkende til, at deltagerne ikke skal forberede sig til sessionerne, ved at printe eller erhverve sig teksterne. En online kommunikationsplatform har de forudsætninger for, at en fællesskabsfølelse samt delvist Steins og særligt Goldies empatiproces kan opstå.

Begrænsningerne ved at mødes online overskygger heller ikke fordelene i en sådan grad, at formålet med projektet ikke kommer til sin ret. Jeg har derfor valgt, at *Læs videre* tillige skal foregå på Zoom til trods for, at coronapandemien ikke længere er en forhindring for, at deltagerne igen kan mødes fysisk.

SKITSERING AF PRODUKTET *LÆS VIDERE*

Læs videre er et online efteruddannelsesforløb, funderet i feltet narrativ medicin og produktet anvender narrativ medicins version af nærlæsning og kreativ skrivning som metode. *Læs videre* er tilrettelagt uddannede sygeplejersker, som er i en fuldtids- eller deltidsstilling og har haft ansættelse de forudgående 6 måneder fra forløbets start. Den udvalgte faggruppe begrundes jeg med en antagelse om, at sygeplejersker har et behov for at dele arbejds erfaringer og faglige refleksioner med fagligt ligesindede, hvilket DSRs projekt Journal clubs også beskriver. Jeg har valgt ikke at inddrage læger, da de har et tilbud om egen læsegruppe gennem Lægeforeningen, samt at der er et fagligt hierarki mellem læger og sygeplejersker, der muligvis kan afskrække nogle sygeplejersker fra at deltage. Jeg har valgt ikke at inkludere social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, da der også her er en forskel i arbejdsopgaver samt en faglig niveauforskel mellem faggrupperne. Narrativ medicins version af nærlæsning drager fordel af en forudgående læsekompetence, som sygeplejersker har gennem deres akademiske uddannelse. Slutligt ønsker jeg, at der i gruppen skal være en tryghed i det virtuelle rum, hvor deltagerne tør at være modige og sårbare – for eksempel i forbindelse med højlæsningen af deres kreativt skrevne tekster – hvilket jeg formoder, at den fælles identitet som sygeplejersker kan give. Baseret på Svenaeus artikel, hvor han skriver, at holdninger og meninger, som deles af en gruppe, kan skabe en fællesskabsfølelse, kombineret med antagelsen, at sygeplejersker deler en holdning om, at kompetenceudvikling og efteruddannelse, der kan gavne dem selv og patienterne, er fordelagtigt, vil jeg argumentere, at det er sygeplejerskernes fælles erhverv, det udgør den mest basale vej til at skabe et trygt fællesskab.

Læs videre har en vision om at træne og styrke sygeplejerskernes narrative kompetence, med det formål at sygeplejerskerne bedre kan lytte, forstå og tale med deres patienter.

Den narrative kompetence kan medvirke til at forbedre sygeplejerske-patient relationen ved at udvikle sygeplejerskens forståelse for den mangeartede patientgruppe, gennem tesen om litteraturens empatistyrkende potentiale. Derudover har *Læs videre* en vision om at skabe et rum til refleksion af egenomsorg, er underprioriteret i et travlt og stressfuldt arbejdsmiljø.

Læs videre er et skal afholdes på online kommunikationsplatformen Zoom, for at imødekomme sygeplejerskernes ofte skiftende arbejdstider og for at sygeplejerskerne kan efteruddanne sig i grupper på tværs af landet. Der vil være 8 mødegange, grupperne mødes online hver 14. dag i 4 måneder og sessionerne har en varighed af 2 timer. Efteruddannelsesforløbet er tilrettelagt til 20 timer, hvoraf de 16 timer er til de 8 mødegange og de resterende 4 timer tjener som forberedelsestid for sygeplejersken. På den måde har deltagerne en halv times forberedelsestid til hver mødegang. Deltagerne skal, efter narrativ medicins version af nærlæsning, nærlæse en kortere skønlitterær tekst til hver session. Teksterne er udvalgt til projektet, og kan være uddrag af autobiografiske, autofiktive eller fiktive romaner, eller noveller inde for samme genrer. Teksterne er korte og ligger tilgængeligt for deltagerne via e-mail, hvor indkaldelses-linket til Zoom-mødet også findes. Minimum en uge inden gruppesessionerne tilsendes deltagerne den tekst, der passer til den forestående session. Det er en fordel, hvis deltagerne læser teksten inden sessionen, hvilket normalt ikke er et krav, da det ikke er narrativ medicins ønske at bidrage til den stress og tidsknaphed mange sygeplejersker oplever i forbindelse med deres erhverv. *Læs videre* har medregnet forberedelsestid til læsningen af teksterne, og det er derfor et krav at deltagerne som minimum har skimtet disse, så alle får mest muligt ud af mødegangene. *Læs videre* vil ydermere opfordre deltagerne til at holde en analog eller digital ”parallel journal” [parallel chart] – altså en arbejdsrelateret journal, hvori deltagerne kan skrive reflekteret og subjektivt eksempelvis omkring deres møder med patienter og pårørende, på en måde, som patientjournalernes objektive og neutrale form ikke tillader. Parallel journalerne er private og indgår ikke direkte i forløbet medmindre deltagerne ønsker at dele ud af deres refleksive skrivning i forbindelse med øvelserne i kreativ skrivning. Det udbytte, som sygeplejerskerne kan få ved at holde en parallel journal, er at se dem selv, deres arbejdsrelaterede oplevelser samt deres identitet som sygeplejersker udefra, hvilket giver dem mulighed for at reflektere over og at forstå sig selv bedre.

Læsningen skal være mere eksplorativ end instrumentel – det skal være en form for rejse, hvor deltagerne kan opdage ting i teksten, mere end det skal være en læsning styret af specifikke teoretiske begreber. Formålet er at åbne deltagernes horisont, ikke lukke den.

Til forskel fra *Læs som mand*-projektet vil *Læs videre*-grupperne anvende narrativ medicins version af nærlæsning kombineret med kreativ skrivning. Den dybere indsigt i teksten og dens meningsbærende elementer som udgør en narrativ, er vigtigt da narrativ medicins version af nærlæsning træner og styrker sygeplejerskernes narrative kompetence. Dette er relevant for sygeplejerskernes faglighed, da den narrative kompetence kan overføres og bruges i andre sammenhænge end litteraturlæsning. Den narrative kompetence kan bruges i mødet med patienter og pårørende, samt i relationen til kollegaer. Den narrative kompetence er særlig vigtig for sygeplejersker, da de som faggruppe generelt set har en stor patientkontakt. Den praktiserede metode er en kompetenceopbyggende aktivitet, der skal gavne patienterne og i sidste ende sygeplejersken selv.

Grupperne kan holde maksimum 8 og minimum 6 deltagere foruden en facilitator. I grupperne er der brug for forskellige perspektiver og iagttagelser, som deltagerne byder ind med. Det er derfor ikke fordelagtigt, hvis grupperne bliver for små. Minimumskravet for deltagere per gruppe er 6 sygeplejersker og maksimumsantallet er 8. I det følgende afsnit vil jeg skitsere de online grupper, samt beskrive grundlaget for mine valg.

ONLINE GRUPPER Á MAKSIMUM 8 DELTAGERE

Mit valg om at skabe en gruppe, der skal mødes på en online kommunikationsplatform, fratager deltagerne den direkte fysiske oplevelse af kropslige tilstedeværelser, der er kravene for en empatisk relation og fællesskabsfølelse i Steins empatiteori. Afskrivelsen af den direkte fysiske oplevelse inkluderer eksempelvis de elementer Svenaeus beskriver; dufte og berøring. Men den begrænser også noget langt vigtigere, nemlig en direkte øjenkontakt mellem to mennesker. Zoom har en funktion, som ikke blev aktiveret under læsegruppessionerne i de to optagelser fra *Læs som mand* projektet.

Funktion fremhæver den deltager der taler, ved at dennes billede forstørres. På den måde bliver det lettere for de andre deltagerer at sammenkoble tale med det specifikke videostream. Funktion aktiveres når den enkelte deltager har valgt visningen 'speaker view'. Jeg vil anbefale, at facilitatoren i den enkelte efteruddannelsesgruppe ikke deler sin skærm, men opfordre deltagerne til at aktivere 'speaker view', så det bliver nemmere at se de andre deltagere, samt at blive gjort opmærksom på, hvilken deltager, der taler. De øvrige deltagere, der ikke taler, vil blive vist som små videoer i et bånd, enten for oven, for nede, eller i en af siderne af skærmen, hvorimod den talende fremhæves i midten. Hvis der er mange deltagere i et Zoom-møde, kan det være fordelagtigt at vælge 'gallery view', hvor alle deltagere vises på skærmen (antaget at deltagerne tilgår mødet via en PC), og den talendes video bliver markeret med en grøn kant.

Deltagermængden har betydning af flere grunde. Grupperne skal maksimalt have 8 deltagere foruden facilitatoren. Deltagerantallet er fastsat ud fra tre overvejelser: online kommunikationsplatformens funktioner, interaktionen mellem deltagerne i et trykt rum, samt et ønske om, at alle deltager skal have mulighed for at deltage og blive hørt. For det første kan Zooms 'gallery view' vise op til 49 deltagere side om side på skærmen, hvis den enkelte deltager tilgår Zoommødet fra en PC. Videovisningerne bliver dog tiltagende mindre jo flere deltagere der er. For at imødekomme forudsætningen om en visuel repræsentation af en kropslig tilstedeværelse for at skabe en empatisk relation gennem perceptionsempatiteorien, har det stor betydning, at deltagernes billeder ikke er for små, og at der er et antal deltagere, som den enkelte kan overskue. Hvis der er for mange videovisninger på skærmen, vil den enkelte deltager ikke have mulighed for at opfange små forandringer i deltagernes kropssprog, som for eksempel smil, rynkede bryn eller anden ansigtsmimik og gestik. Ydermere vil det være svært at skabe en relation til eksempelvis 49 deltagere gennem et forholdsvis kort forløb. I et fysisk undervisningslokale kan man tydeligt se, hvis deltagerne rækker hånden op og dermed markerer, at de gerne vil have ordet. Zoom har en funktion, hvor man kan sende administratoren (den, der har oprettet Zoom-mødet) en besked om, at vedkommende ønsker at tale. Dette alternativ vil give facilitatoren for meget at holde øje med, samtidig med, at det bryder samtalens flow, hvis deltagerne skal have tilladelse til at tale på skift. Ud fra disse overvejelser, har jeg valgt, at der kan

være 6-8 deltagere, så samtalen bliver mindre struktureret, og så alle deltagere har mulighed for at blive hørt. Minimumskravet er forankret i nærlæsningsmetodens behov for, at der er deltagere nok til, at forskellige perspektiver på teksterne bliver en del af samtalen i plenum. For det andet skal grupperne både fungere som et rum for undervisning af en narrativ kompetence og som et refleksionsrum, der er trygt for deltagerne. Denne tryghed er vigtig for, at deltagerne føler sig godt tilpas med at engagere sig i aktiviteterne nærlæsning og kreativ skrivning, som kan være uvante eller ukendte for deltagerne. Det kan også være grænseoverskridende og skræmmende, at læse de kreative tekster højt. I en mindre gruppe kan deltagerne lettere lære hinanden at kende, og jo mere taletid deltagerne har, des mere 'videotid' har de, hvis visningen på Zoom er sat til 'speaker view'. For det tredje, skal deltagerne have den bedste mulige forudsætning for at føle sig set og hørt. Hvis deltagerantallet var det maksimale antal på 49 deltagere, som Zoom kan vise gennem 'gallery view', ville deltagerne ikke nødvendigvis blive hørt hver gang. Zoom har en funktion, hvor deltagerne kan deles ud i små separate grupper, 'breakout rooms'. Denne funktion splitter gruppen i flere fraktioner, hvilket ikke er ønskværdigt, når målet er, at alle samtaler og diskussioner skal foregå i plenum. Facilitatoren kan kun være i ét 'breakout room' af gangen, og opdelingen af deltagerne kan være problematisk, da den tager deltagerne ud af forløbets helhed.

LÆRINGSMÅL

I dette afsnit har jeg indsat de 6 læringsmål for *Læs videre*. Læringsmålene er opstillet og skrevet med henblik på, at give deltageren et klart og enkelt overblik over, hvad der forventes af dem samt hvad de kan forvente at lære i forløbet. Læringsmålene er sat ind i skitseringen af *Læs videre*, som man kan forvente, at de ser ud i en eventuel fagbeskrivelse af efteruddannelsesforløbet.

(1) Deltageren skal læse de tilsendte tekster før undervisningen, samt deltage aktivt i de kreative skriveøvelser. Derudover skal deltageren være aktiv i samtalerne omkring litterature, i oplæsningen af skriveøvelser samt i responsen på meddeltageres skrevne tekster, for så vidt det er muligt.

Der er afsat 30 minutter per kursusgang i efteruddannelsesforløbet, således at deltageren kan forberede sig til undervisningen.

(2) Deltagerne skal have en overordnet forståelse for feltet 'Narrativ Medicin', den hypotese feltet arbejder med, samt kritikerens bekymringer for narrativens centrale rolle.

Facilitatoren introducerer feltet baseret på sin faglige viden, samt supplementer fra Rita Charons *Narrative Medicine* samt *The Principles and Practice of Narrative Medicine*, Arthus Franks *The Wounded Storyteller*. Kritikken introduceres baseret primært på Angela Woods' "The limits of narrative: provocations for the medical humanities" og Brian Teares "Neither Chaos Nor Quest: Toward a Nonnarrative Medicine".

(3) Deltageren skal være bekendt med Rita Charons tre bevægelser: Opmærksomhed, repræsentation og sammenhørighedsfølelse, samt de fem begreber tid, det singulære, kausalitet, intersubjektivitet og den etiske relation, som knytter sig til bevægelserne.

Facilitatoren introducere disse bevægelser og begreber baseret på sin faglige viden og Rita Charons værker.

(4) Deltageren skal være bekendt med og kunne identificere begreberne tid, sted/rum, genre, metafor, stemme, stemning og deltagerens eget forhold til teksten. Den enkelte deltager skal lære at identificere meningsbærende delelementer i en given tekst, samt at sammensætte dem til en meddelsom helhed.

Gennem undervisningen i næslæsning af litteratur træner deltageren sin narrative kompetence. Det er facilitatorens opgave, at hjælpe deltageren i denne proces samt at udfordre deltagerens umiddelbare tolkning af den læste litteratur.

(5) Deltageren skal være bevidst om repræsentationens betydning for en narrativ samt formens betydning for det fortalte.

Dette gøres gennem læsning af forskellige litterære tekster, samt kreative skriveøvelser. Deltageren skal skrive kreative skriveøvelser ved hver uddannelsesgang samt deltage aktivt i oplæsningen af egne og responsen på meddeltagerens skriveøvelser. Det er

facilitatorens rolle at give respons på skriveøvelserne, samt at gøre den skrivende bevidst om anvendte narrative greb – eller mangel på samme.

(6) Deltageren skal blive bevidst om dennes rolle som menneske og sygeplejerske ved at identificere og reflektere over de følelser, deltageren oplever, i læsningen af litteraturen samt i de kreative skriveøvelser. Deltageren opfordres til at holde en parallel journal, som denne kan skrive i under forløbet, samt tage med videre efter endt forløb.

Facilitatoren skal hjælpe deltageren i denne proces, samt inddrage diskussioner omkring egenomsorg og refleksion i samtalerne omkring skriveøvelserne og læsningen af litteraturen. Deltageren skal deltage aktivt i disse aktiviteter.

FACILITATOR- OG LITTERATURVALG

I produktet *Læs videre*, er det de forskellige facilitatorer, der udvælger litteraturen som skal indgå i de 8 mødegange. Facilitatoren har en central rolle for produktet, hvor denne skal facilitere sessionerne, udvælge litteratur og udforme de kreative skriveøvelser, der skal laves. Han/hun skal stå for at oprette Zoommøderne og at udsende mødeindkaldelser samt litteraturen på e-mail til deltagerne. Derfor kræver det, at den enkelte facilitator har en viden og kompetence indenfor narrativ medicins version af nærlæsning og kreativ skrivning. Ydermere er en faglig viden om sygepleje hos facilitatoren vigtig, da denne kompetence skaber en forståelse for deltagergruppen. Facilitatorens kvalifikation er en kandidatgrad i Sygepleje, hvor vedkommende har fulgt Syddansk Universitets undervisning i narrativ medicin. Den faglighed som kandidatuddannede sygeplejersker, der har fulgt kurset i narrativ medicin, har, giver dem de nødvendige kompetencer som facilitator. Den akademiske uddannelse giver dem en kompetence i at strukturere materialet og sessionerne, at vurdere og udvælge litteratur med deltagergruppens interessefelter og behov for øje samt at producere skriveøvelser og give feedback på disse. Det vil ydermere være ønskværdigt, at facilitatoren har haft arbejds erfaring som sygeplejerske for at give ham/hende en indsigt og forståelse for deltagergruppens problemstillinger. Facilitatorens kvalifikationer skal sikre at udvælgelsen af litteraturen tillægges en vis kompetence. Derudover vil min rolle

i *Læs videre*, som faglig konsulent, være at godkende facilitatorens valgte litteratur, da jeg som snarlig uddannet cand.mag. i litteraturvidenskab, har en stor litteraturfaglig viden og kompetence. Facilitatorerne får samtidig adgang til en liste over forskellige anbefalelsesværdige tekster til sessionerne. Intentionen med denne liste er at inspirere til litteraturudvælgelsen. Derudover kan listen også byde på tekster samt henviser til steder hvor denne kan finde tekster, hvis facilitatoren ikke selv har fundet anden litteratur (Bilag 1).

Rita Charon mener, at det er en mulighed at læse tekster, der ikke beskæftiger sig med dilemmaer tæt knyttet til det medicinske felt, som for eksempel sygdom eller helbred. Kurset i narrativ medicin på Syddansk Universitet har derimod den holdning, at teksterne netop skal berøre disse emner. Tekstvalget hos projektet *Læs videre* skal baseres på samme krav, som teksterne på Syddansk Universitet. Derudover vil teksterne blive udvalgt ud fra de krav, som Charon ellers stiller op: de skal være skrevet med en kunstnerisk kvalitet med ”depth, dimensions, internal resonances, and ambiguities” (*The Principles and Practice of Narrative Medicine* 183).

SAMARBEJDSPARTNERE OG MIN ROLLE

Læs videre er et kompetenceopbyggende produkt, hvis berettigelse for sygeplejersker, jeg tidligere har argumenteret for. Da *Læs videre* er et kompetenceopbyggende produkt mener jeg, det er nødvendigt at tilrettelægge det som et institutionaliseret efteruddannelsesforløb. I denne instutionalisering ser jeg DSR som en relevant samarbejdspartner, da de er centralt placeret inden for feltet i sygepleje. DSR har et virke som fagforening, udbyder af faglige relevante events, videre- og efteruddannelse. Samtidig har DSR et forlag, og så udgiver de *Sygeplejersken*, som er et dansk tidsskrift om sygepleje, der sendes til alle DSRs medlemmer. Som et efteruddannelsesforløb vil *Læs videre* passe ind i DSRs udbud af egne efteruddannelsesforløb. Samtidig vil *Læs videre* også adskille sig gennem den anvendte metode samt brugen af skønlitteratur. DSR vil være udbyder af *Læs videre*, og i samarbejde med Syddansk Universitet, kan projektet højne kvaliteten af og kompetenceniveauet ved gruppesessionerne, ved at lønne kandidatuddannede sygeplejersker, som har gennemført kurset i narrativ medicin som facilitatorer.

Institutionaliseringen åbner for overvejelserne omkring et økonomisk aspekt. Efteruddannelsen *Læs videre* skal være omkostningsfrit for de deltagende sygeplejersker, på lige fod med allerede eksisterende efteruddannelsesforløb hos blandt andet DSR. Det vil derfor være DSR, der betaler facilitatorerne, men jeg vil lægge op til, at det er de enkelte afdelinger, der betaler for deres respektive ansatte sygeplejersker, som deltager. Det er ikke ønskværdigt, at sygeplejerskerne selv skal betale for at deltage i forløbet af to grunde. For det første mener jeg, at sygeplejerskerne vil være mindre tilbøjelige til at deltage, hvis de selv skal betale for det. For det andet kan et efteruddannelsesstilbud, som er betalt af sygeplejerskens afdeling, gøre forløbet mere forpligtende og formodentlig sikre, at deltagerne engagerer sig mere i forløbet. *Læs videre* forløbet skal forbedre en arbejdskompetence, der vil gavne arbejdspladsen, hvorfor det er i arbejdspladsens interesse, at de ansatte sygeplejersker kommer på efteruddannelsesforløbet. Dette retfærdiggøre mit oplæg til, at arbejdspladsen skal betale for omkostningerne.

De omkostninger, der er ved *Læs videre* er facilitatorenes løn for de 8 mødegange á 2 timers varighed samt forberedelsestid til mødegangene. Derudover vil der være udgifter til et medlemskab på Zoom til facilitatorerne. Da *Læs videre* er et online produkt er udgifterne til leje af lokaler, transport, let forplejning, samt printede udskrifter af teksterne skåret fra. Det er op til deltagerne selv at printe teksterne, som de får tilsendt på e-mail, hvis de ønsker at have materialet i fysisk form. Foruden de ovenstående udgifter til produktet, vil min rolle i *Læs videre* også være lønnet. Jeg har funderet produktet akademisk og jeg vil gerne følge det som faglig konsulent hos DSR. Jeg har en viden om feltet narrativ medicin og dets metoder, en litterærfaglig viden samt kompetencer, en forståelse af Zoom og viden om online kommunikation, der kvalificere mig til at være tilknyttet projektet. Derudover vil min rolle også bestå i at lave evalueringer af *Læs videre*.

KONKLUSION

Jeg har i dette speciale undersøgt mulighederne og begrænsningerne ved at afholde gruppeforløb, forankret i samtaler omkring litteratur, på en online kommunikationsplatform. Dette er gjort med henblik på at undersøge om det er fordelagtigt at afholde et efteruddannelsesforløb for sygeplejersker på Zoom, som skal

uddannes i narrativ medicins version af nærlæsning, der beskæftiger sig med litteratur samt kreativ skrivning.

Gennem en analyse af videooptagelser af to online læsegrupper fra projektet *Læs som mand*, hvor deltagerne læser og taler om litteratur med metoden guidet fælleslæsning, har jeg identificeret nogle begrænsninger, men også nogle fordele ved onlinemediets indvirkning på deltageres interaktioner samt samtaler omkring litteraturen. Analysen fandt, at Zoom har forudsætningerne for, at deltagerne kan opnå empati. Video- og audiofunktionerne på Zoom, giver deltagerne forudsætninger for at igangsætte Steins perceptionsempatiproces. Deltagerne kan få en følelse af 'den andens' kropslige tilstedeværelse gennem videovisningen, hvori deltageren kan se 'den andens' ansigtsudtryk, gestik samt andre menneskelige bevægelser. Igennem Zooms auditive funktion kan deltagerne høre hinanden. Disse forudsætninger er dog begrænset til en medieret videovisning og lyd, der afskærer en stor del af den kropslige tilstedeværelse – eksempelvis øjenkontakten. Desuden er deltagerne afhængige af, at video- og audioteknologien på deres computer, tablet eller smartphones samt internettet fungerer optimalt. Videoforstyrrelser, forvrængelser i video og lyd samt forsinkelser ødelægger illusionen og følelsen af 'den andens' kropslige tilstedeværelse.

Beskæftigelsen med litteratur, som er skrevet i et skønlitterært sprog, med dybde, kompleksitet, tvetydigheder og indre resonanser, som Charon beskriver det, skaber forudsætningerne for, at deltagerne kan igangsætte Goldies forestillingsempatiproces og derved opnå empati for litteraturens karakterer. Ydermere åbner forestillingsempatiteorien for, at deltagerne kan udvikle empati for hinanden, hvis deres udsagn indeholder samme kvaliteter som litteraturen. Når deltagerne sætter deres indre erfaringsunivers på spil i samtalen om og læsningen af litteraturen med guidet fælleslæsning-metoden, eller når deltagerne på kurser i narrativ medicin – eller på *Læs videre*s efteruddannelsesforløb – deler deres kreative skriveøvelser samt responderer på disse, skabes der forudsætninger for, at deltagerne kan forestille sig, hvordan det er at være i 'den anden' deltagers sted. På den måde skabes rammerne for, at deltagerne kan opnå empati for hinanden, gennem Goldies forestillingsempatiproces.

Resultaterne af analysen viser, at det er muligt at skabe nogle rammer på en online kommunikationsplatform som Zoom, der muliggør enten en perceptions- eller

forestillingsempatiproces. Hvorvidt deltagerne fra videooptagelserne fra *Læs som mand* projektet fuldendte empatiprocesen og opnåede empati med de fiktive karakterer eller deres meddeltagere, er det ikke muligt for mig at konkludere. Der er et behov for, at denne problemstilling undersøges yderligere gennem et interdisciplinært studie, der kan undersøge om deltagerne formår at opnå empati. Valget om, at afholde efteruddannelsesforløbet *Læs videre* online, er baseret på en slutning om, at Zoom har forudsætningerne for, at der kan skabes en empatisk relation, nærlæsningen af kvalitetslitteratur samt den kreative skrivning – både gennem øvelser samt i parallel journalerne – kan sikre, at narrativ medicins formål og vision samt de 6 læringsmål bliver opfyldt. Det er dog ønskværdigt, at der laves undersøgelser af *Læs videre* forløbet, hvor deltagerne beskriver deres selvvaluerede empatiniveau før og efter forløbet, samt evalueringer af produktet.

Svenaesus arbejde med Steins og Goldies empatiteorier, åbner en mulighed for at lade et efteruddannelsesforløb i narrativ medicin som *Læs videre* flytte fra det fysiske til det virtuelle rum. Teorier er dog stadig teorier. Disse er basis for de empiriske studier af virtuelt samvær i fremtiden, som jeg har beskrevet et behov for i forbindelse med litteratur, læsning og skrivning i en online setting. Jeg har i dette speciale ikke empirisk evidens for, at der opstår empati mellem mennesker over Zoom – men jeg har beskrevet hvilke rammer en online kommunikationsplatform har, samt hvilke forudsætninger for en empatisk relation, det online aspekt tilbyder.

Specialet er kulmineret i produktet *Læs videre*: et efteruddannelsesforløb for sygeplejersker. Gennem en beskæftigelse med litteraturen, narrativer og det skønlitterære sprog kan *Læs videre* hjælpe sygeplejersker med at se deres profession samt deres rolle som sygeplejerske udefra og i et andet perspektiv. Beskæftigelsen med litteratur, der tematisere sygeplejersken, patienten, og forskellige etiske dilemmaer, kan belyse sygeplejerskens faglige identitet og de udfordringer, som denne kan møde i sit professionelle liv. Derudover kan produktet, gennem litteraturens empatifremmende potentiale, medvirke til at styrke sygeplejerskens empathiske evner og/eller modarbejde stress samt den omsorgstræthed i relationen til patienten og pårørende, som sygeplejersker kan opleve.

LITTERATURLISTE

- Adichie, Chimamanda Ngozi. *Noter om sorg*. Oversat af Mikas Lang. København, JP/Politikens forlag, 2021
- Barnes, Julian. "Gartnerliv" (s. 70-87). *Puls*. Oversat af Claus Bech. København, Tiderne Skifter Forlag, 2014
- Charon, Rita. *Narrative Medicine*. Oxford, Oxford University Press Inc., 2008
- Charon, Rita, et al.. *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. Oxford, Oxford University Press Inc., 2017
- Charon, Rita. "Narrative Medicine: Attention, Representation, Affiliation". *Narrative*, vol. 13, nr. 3, 2005 (s. 261-270). The Ohio State University Press, Project Muse, tilgået via Syddansk Universitetsbiblioteks hjemmeside.
- Charon, Rita et. al. "Close reading and Creative Writing in Clinical Education: Teaching Attention, Representation, and Affiliation". *Academic Medicine*, vol. 91, nr. 3, 2016 (s. 345-350).
- Danbjørg, Dorthe Boe. "Den basale sygepleje er under pres – konsekvenserne er mange", *Dansk Sygeplejeråd*, 21. november 2021, dsr.dk/politik-og-nyheder/nyhed/den-basale-sygepleje-er-under-pres-konsekvenserne-er-mange
Tilgået 30. maj 2022.
- "Deltag i Journal Club". *Dansk Sygeplejeråd*. dsr.dk/job-og-karriere/kompetenceudvikling/deltag-i-journal-club Tilgået 16. maj 2022.
- Frank, Arthur W. *The Wounded Storyteller – Body, Illness, and Ethics*. Chicago, The University of Chicago Press, 2nd edition, 2013
- Gejl, Trisse. "Har litteraturen et helende potentiale?" (s. 71-77). *Læse, skrive og hele*. Rasmussen, Anders Juhl et al. (red). Odense, Syddansk Universitetsforlag. 2017
- Grottrian, Simon. "Ode til et egetræ" (s. 31). *Livsfælder*. København, Borgens Forlag, 1993.

”Guidet fælleslæsning”. *Læseforeningen*. laeseforeningen.dk/guidet-faelleslaesning

Tilgået 20. april 2022

”How does it work?”, *The Reader*. thereader.org.uk/what-we-do/shared-reading/

Tilgået 30. maj 2022

Husen, Michael. ”Det fælles tredje”. *Michaelhusen*, 15. januar 2015,

<https://michaelhusen.dk/det-faelles-tredje/> Tilgået 30. maj 2022.

Jurecic, Ann. ”Empathy and the Critic”. *College English*, vol. 74, nr. 1, September 2011. Tilgået via Syddansk Universitetsbiblioteks hjemmeside.

Jurecic, Ann. ”Illness Narratives and the Challenge to Criticism” (s. 3-17). *Illness as Narrative*. Pittsburgh, University of Pittsburgh Press. 2012

Leth, Jørgen. ”Faldet” (s. 20). *Det bliver ikke væk*. København, Gyldendal, 2019

Llambías, Pablo. ”Der er ingen forskel på at undervise mennesker med kræft og mennesker uden kræft i skrivekunst” (s. 51-56). *Læse, skrive og hele*. Rasmussen, Anders Juhl et al. (red). Odense, Syddansk Universitetsforlag. 2017.

”Læs som mand”. *Syddansk Universitet*.

sdu.dk/da/forskning/forskningsformidling/citizenscience/afviklede+cs-projekter/laes-som-mand Tilgået 30. maj 2022

Mortensen, Henning. ”Forebyggende kredsløbsundersøgelse” (s. 61-67). *Syg Litteratur*. Red. Anne-Marie Mai og Peter Simonsen, 2.udgave. København, Munksgaard, 2021.

Neumann, Melanie, et al. ”Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents”. *Academic Medicine*, vol. 86, nr. 8, s. 996-1009, august 2011. Bestilt ved Syddansk Universitetsbibliotek i print, januar 2022.

”NOTAT Stress og nedslidning blandt sygeplejersker, 2021”, PDF tilgået via ”

Sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred – SATH”. *Dansk Sygeplejeråd*,

dsr.dk/loen-og-arbejdsvilkaar/arbejdsmiljoe/sygeplejerskers-arbejdsmiljoe-trivsel-og-helbred-sath Tilgået 30. maj 2022

”NOTAT Sygeplejersker mangler tid til at løse nødvendige sygeplejefaglige” PDF tilgået via ”Sygeplejersker har så travlt, at de ikke når basale opgaver, der er afgørende for patienterne”. *Dansk Sygeplejeråd*, 28. december 2018, dsr.dk/politik-og-nyheder/nyhed/sygeplejersker-har-saa-travlt-at-de-ikke-naar-basale-opgaver-der-er Tilgået 30. maj 2022

”NOTAT Sygeplejerskernes oplevelser af arbejdspress, 2021”, PDF tilgået via ”Sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred – SATH”. *Dansk Sygeplejeråd*, dsr.dk/loen-og-arbejdsvilkaar/arbejdsmiljoe/sygeplejerskers-arbejdsmiljoe-trivsel-og-helbred-sath Tilgået 30. maj 2022

”NOTAT Udbændthed blandt sygeplejersker, 2021”, PDF tilgået via ”Sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred – SATH”. *Dansk Sygeplejeråd*, dsr.dk/loen-og-arbejdsvilkaar/arbejdsmiljoe/sygeplejerskers-arbejdsmiljoe-trivsel-og-helbred-sath Tilgået 30. maj 2022

”Opråb fra sygehuset” (episode 1 og 2). Koncern TV og film, støtte fra Public Service Puljen under Det Danske Filminstitut. TV2 Dokumentar. Oktober 2021. Tilgået via play.tv2.dk 4. april 2022.

Pennebaker, James W. og John F. Evans. *Skriv dit liv: Sådan håndterer du problemer og traumer med ekspressiv skrivning*. København, Dansk Psykologisk Forlag, 2015.

Rasmussen, Anders Juhl et al. (red). *Narrativ Medicin i uddannelse og praksis*. København, Gads Forlag, 2021.

Rasmussen, Anders Juhl og Anita Wohlmann. ”Narrativer og empati: Brugen af litteratur i narrativ medicin” (s. 258-282). *Litteraturen i brug*. Red. Anne-Marie Mai. Hellerup, Forlaget SPRING, 2019.

Steenberg, Mette og Nicolai Ladegaard. ”Guidet fælleslæsning: Litterær-æstetisk sundhedsfremme”. (s. 175-190) *Kultur og Sundhed*. Red. Anita Jensen. Aarhus, Turbine Akademisk, 2017.

Svenaesus, Fredrik. ”Empathy and Togetherness Online Compared to IRL: A Phenomenological Account”. *Journal of Phenomenological Psychology*, 52, s. 78-95, 2021. Tilgået via Brill.com, 1. marts 2022.

Teare, Brian. “Neither Chaos Nor Quest: Toward a Nonnarrative Medicine”. *Boston Review*, Februar 2022. Tilgået via Boston Reviews hjemmeside 7. Februar 2022.

”Travlhed og underbemanding forværrer patienters tilstand på hospitaler”. *Yngre Læger*, 21. november 2021. [laeger.dk/nyhed/travlhed-og-underbemanding-forvaerrerpatienters-tilstand-paa-hospitaler](https://laeger.dk/nyhed/travlhed-og-underbemanding-forvaerrer-patienters-tilstand-paa-hospitaler) Tilgået 30. maj 2022

Woods, Angela. “The limits of narrative: provocations for the medical humanities”. *Med Humanit*, 37, s. 73-78, 2011. Tilgået via Syddansk Universitetsbiblioteks hjemmeside.