

Kan narrativ kompetence hjælpe den sygeplejerskestuderende med at skabe viden om patientpræferencer?

- En autoetnografisk, narrativ medicinbaseret undersøgelse



(Kaspar Bonnén maleri Uden titel, 2000. Arkens samling)

Opgaveløser: Daphne Bidstrup

Studienummer: 685e17119

Vejleder: Eva Kristina Ohmann

Syde17

Professionsbachelorprojekt

Referencesystem: Vancouver

Antal tegn inkl. mellemrum: 54.217

7. semester

UC Diakonissestiftelsen

Kriteriesæt B, IMRaD

Dato for aflevering: 04.01.2021

Opgaven må anvendes internt på uddannelsen

Referat

Formål: At bruge metoder fra narrativ medicin til at undersøge om den sygeplejerskestuderende ved at bruge narrativ kompetence i patientrelationen kunne få viden om patientens præferencer.

Metode: Autoetnografi anvendt til en retrospektiv, narrativ medicinbaseret analyse af praksisfortælling (refleksiv skrivning) fra klinisk ophold.

Resultat: Projektets sygeplejerskestuderende kunne ved at bruge narrativ kompetence få nogen viden om patientens præferencer. Men der var uudnyttet potentiale for mere viden, og den studerende delte ikke sin viden.

Konklusion: Narrativ kompetence kan være et redskab for sygeplejerskestuderende, når de skal indgå i patientrelationer med henblik på at skabe viden om patientpræferencer. En erfaren praktiserende kan formentlig gøre redskabet mere effektivt gennem refleksiv skrivning med henblik på at give studerende indsigt i egen narrativ kompetence. Der er ikke belæg for at konkludere, at opnået viden om patientpræferencer kommer patienten til gode.

Abstract

Objective: To use narrative medicine methods to explore if a nursing student by using narrative competence in a patient interaction could generate knowledge of the patient's preferences.

Method: Autoethnography used in a retrospective narrative medicine based analysis of a practice story (reflective writing) from a clinical setting.

Result: The study's nursing student could by using her narrative competence generate some knowledge of the patient's preferences. There was unused potential for more knowledge and the student did not share her knowledge.

Conclusion: Narrative competence can be a tool for nursing students when they engage in patient interactions to generate knowledge of patient preferences. An experienced practitioner could likely make the tool more effective through reflective writing aimed at making the student conscious of own narrative competence. There is no foundation for concluding that knowledge gained on patient preferences will have a positive impact on patient care.

Indholdsfortegnelse

Referat	2
Abstract	2
Introduktion.....	4
Sygeplejefprofessionen i den teoretiske undervisning	4
Evidensbaseret praksis	5
Sygeplejefprofessionen i den kliniske uddannelse	6
Teori.....	9
Narrativitet	9
Narrativ kompetence.....	10
Narrativ medicin i uddannelsen af sundhedsprofessionelle	11
Metode	12
Litteratursøgning	13
Refleksiv skrivning	14
Empiri – en praksisfortælling.....	15
Analysestrategi	16
Etiske og juridiske overvejelser	16
Praksisfortælling: Klaus	17
Optakt.....	17
Hjemmebesøg hos Klaus.....	18
Efterskrift.....	19
Refleksion 1	19
Refleksion 2	20
Resultat.....	20
Diskussion	22
Konklusion	23
Perspektivering.....	24
Sygeplejefprofessionen.....	24
Patienterne	25
Det politisk-økonomiske niveau	25
Litteraturliste	26
Bilagsfortegnelse	32

Introduktion

Hver fjerde sygeplejerskestuderende i Danmark holder op på studiet (1), og en hovedårsag er praksischock (2). Studier viser, at det ikke mindst skyldes en diskrepans mellem en humanistisk forståelse af sygeplejefprofessionen, som de studerende stifter bekendtskab med på professionshøjskolerne, og en biomedicinsk forståelse af sundhedsfaglig praksis, der ofte er styrende i de studerendes klinikophold under uddannelsen eller som nyuddannede i den første ansættelse (3,4).

Denne diskrepans genfindes i den seneste Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), der viser, at patienterne er mest tilfredse med de biomedicinskrelaterede dimensioner 'patientoplevede fejl' og 'smertelindring' og mindst tilfredse med den humanistiske dimension 'patientinvolvering' (5).

I det følgende vil jeg uddybe denne problematik mellem henholdsvis en humanistisk og en biomedicinsk tilgang til det sundhedsfaglige genstandsområde med fokus på, hvordan det kommer til udtryk i synet på patienten og i den sygeplejerskestuderendes uddannelse.

Sygeplejefprofessionen i den teoretiske undervisning

Sygeplejefprofessionen kan siges at have sit udspring i et kristent-humanistisk menneskesyn, idet sygeplejen med pioneren Florence Nightingale (1820-1910) blev funderet i det kristne bud om næstekærlighed, som det kendes fra lignelsen om den barmhjertige samaritaner (Luk 10, 25-37) (6,7). Sygeplejen er hermed, som den norske omsorgsfilosof Kari Martinsen har udfoldet det, forbundet med et kald og et ideal om nærvær, omsorg og handletrang i mødet med medmennesket: "Samaritanerne ser med hjertets øje (...) sanser og forstår ud fra en grunderfaring om at beskytte og tage vare på livet" (8, s. 23). Menneskesynet i sygeplejefprofessionen er således præget af en respekt for og anerkendelse af enkeltindividet (manden, som samaritaneren hjalp) og af, at mennesker står i relation til hinanden og er forpligtet til at yde hjælp uden forventning om modydelse (samaritaneren). Et kodeord i denne faglige selvforståelse er omsorg (eng.: care), der med den finske sygeplejeteoretiker Katie Eriksson kan ses som en fordring om at hjælpe mennesket til at leve på trods af sygdom og med alle midler at lindre lidelse (9). Der er i sygeplejens selvforståelse med andre ord fokus på det levede liv og lindring, dette i kontrast til lægevidenskabens fokus på overlevelse og helbredelse – med et lån fra engelsk ses sygeplejerskens fokus som 'care' og lægens som 'cure' (10).

Den humanistiske tilgang til sygeplejefprofessionen ses også i bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje (2016), hvoraf det fremgår, at den færdiguddannede sygeplejerske skal

kunne yde sygepleje "under hensyntagen til (...) befolkningens behov for sygepleje og *omsorg* samt sundhedsfremme og forebyggelse", "indgå empatisk, etisk og reflektivt i sygeplejesituationer" samt "støtte patient, borger og pårørende i at mestre den enkeltes livssituation i pleje, omsorg og behandling" (11).

Dette fokus på empati, etik og mestring genfindes i en analyse af fremtidige krav til sundhedssystemet fra Styrelsen for Forskning og Uddannelse, hvor der fremhæves et behov for at supplere den dominerende kvantitative biomedicinske forskning med kvalitativ forskning, som kan give indsigt i "hvordan patienter og deres familier håndterer dagligdagens udfordringer i forbindelse med en given sygdom" (12, s. 157) for på denne baggrund kvalificeret at kunne "hjælpe patienter (samt pårørende) til at leve det bedst mulige liv indenfor de begrænsninger som deres sygdomme medfører" (13).

Det fremgår af seneste LUP, at patienterne tilsvarende ønsker "at være inddraget i deres eget forløb og blive hørt i forholdt til, hvordan de oplever deres egen sygdom og situation" (5, s. 6).

Samlet set er der hos de forskellige aktører bred enighed om vigtigheden af en tilgang til patienten med fokus på aspekter, der relaterer sig til humanistisk-kvalitative forskningsemner som inddragelse og mestring.

Evidensbaseret praksis

Professionshøjskolernes sygeplejesyn er således i høj grad humanistisk, men sundhedsforskningens nævnte fokus på biomedicinsk forskning kommer også til udtryk i den teoretiske undervisning. Det fremgår af bekendtgørelsen, at den studerende skal lære sygepleje med afsæt i "en evidensbaseret praksis" (11), hvilket afspejler Sundhedsstyrelsens krav om at "ydelse fra sundhedsvæsenet skal være evidensbaserede" (14). Evidensbaseret praksis har som begreb rod i lægefaglig biomedicinsk tilgang til sundhedsfaglig praksis (15) og er funderet på tre videnskilder: forskning, klinisk erfaring og patientpræferencer (16). Samlet skal det føre til det bedst mulige grundlag for en klinisk beslutningstagen, der sikrer patienten den rette behandling. Evidensbaseret praksis danner derfor grundlag for de kliniske retningslinjer, som sygeplejersker i vid udstrækning arbejder efter (14). Evidens forbindes her oftest med forskningsbaseret viden, der vurderes ud fra evidenshierarkiet, hvor viden fremkommet ved den kvantitative forskningsmetode *randomiserede kontrollerede undersøgelser* (rct) rangerer højest, da et gunstigt resultat sikrer, at en behandling statistisk set er effektiv. Viden fra de humanvidenskabelige, kvalitative metoder kan ikke generaliseres og ligger derfor lavest i hierarkiet (15).

Sygeplejemner *kan* undersøges med kvantitative forskningsmetoder (17) og indgå med vægt i evidensgrundlaget for retningslinjer. Men der er blandt sygeplejeforskere kritik af det, man anser som en dominerende biomedicinsk tilgang til patienten. Katie Eriksson har fx påpeget, at hun i den

evidensbaserede tilgang ser en fare for, at "vårdandets innhåll og substans glömts bort"(16, s. 20), og hun har foreslået en alternativ model, med tre aspekter: Hovedet (det teoretisk-videnskabelige), hånden (det praktisk-tekniske) og hjertet (det etisk-moralske) (16). Aspektet hjertet understreger Erikssons budskab om, at viden om patientens præferencer skal sidestilles med forskningsviden. Eriksson er her på linje med filosof Jacob Birkler, der skriver, at patienten må være den aktive i formuleringen af, hvad den sundhedsprofessionelle kan hjælpe med:

"det [er] ikke nok at møde mennesket som patient, men i højere grad som det modsatte, nemlig som agent... sundhedsarbejderen ansigt til ansigt med patienten lader patienten agere, dvs. lader ham 'fortælle', hvori pligten består (...) Gennem samtalen og tiltalen overvindes den umiddelbare adskillelse, der ofte findes mellem sundhedsarbejder og patient. Der skabes en fælles verden, hvor etikken får en meget central placering." (18, s. 70-71).

Sundhedsloven tilskriver tilsvarende patientinddragelse (19), og klinisk praksis må derfor have fokus på den enkelte patient, hvilket i evidensbaseret praksis som nævnt betegnes patientpræferencer, der kan defineres som

"De forhold i patientens liv, der vægter højest for patienten (fx at undgå smerter, undgå bivirkninger, livet nu eller fremtidens udsigter), og som derfor er afgørende for, hvad der er den bedste behandling for patienten på det givne tidspunkt." (20, s. 54)

Opsummeret kan evidensbaseret praksis siges oftest at blive forstået som statistisk baseret praksis, men patientpræferencer, der knytter sig til den enkelte og derfor ikke kan undersøges statistisk, indgår ligeledes i begrebet. Dette kan begrundes såvel juridisk som etisk.

Sygeplejefprofessionen i den kliniske uddannelse

Den kliniske uddannelse udgør 43 % af sygeplejerskestuderendes uddannelsesforløb og skal give den studerende erfaring med direkte patientkontakt (11).

Historisk bestod oplæring af sygeplejersker primært af en klinisk manuduktion ved sygesengen varetaget af læger, der havde brug for uddannede medhjælpere (3). Studier (3,4,21) peger på, at de kliniske uddannelsessteder også i dag er domineret af en biomedicinsk model, der er læge-centreret (21), og bygger på viden fra rct-studier (17). For den sygeplejerskestuderende giver det sig udslag i, at der i klinikken

opleves et fokus på at indhente objektive patientdata relateret til sygdom, fx til beregning af early warning score (ews) (4,14,22), som skal dokumenteres i it-systemer, så data kan understøtte lægens statistisk baserede diagnosticering og behandling. Modellen har ført til forbedret folkesundhed, længere levetid og effektive medicinske behandlinger (12,23). Dens svaghed ses i det partikulære, hvor viden om den enkelte patients oplevelser, ønsker og livsverden – med andre ord: patientens præferencer – risikerer at blive tilsidesat som tidsrøvende elementer i en travl klinisk hverdag (23,24) og udskudt til dage med ekstra tid, hvorefter den ikke nødvendigvis bliver dokumenteret. Følgende episode fra empirien i et ph.d.-projekt eksemplificerer problematikken (BOS er en forløber for EWS):

"I en dagvagt kommer en social- og sundhedsassistentelev ind på sygeplejekontoret og spørger Martha: '[patientens navn] saturerer kun 85%'. Martha spørger: 'Er han påvirket af det?' En læge, der sidder ved et andet skrivebord siger: 'Det kliniske blik kan ikke bruges til noget. Det er BOS-værdierne og respirationsfrekvensen, det drejer sig om.'" (4, s. 115)

I et feltstudie af klinisk vejlederpraksis fremgår det yderligere, at kliniske vejledere baserer deres undervisning på biomedicinsk viden. Her refereres bl.a. til en situation, hvor en studerende administrerer medicin under sin vejlederes påsyn, og i den forbindelse har flere patientdialoger. Ingen af disse blev nævnt i vejledersessionen umiddelbart efter, hvor tiden blev brugt til at "forklare hjertets anatomi og transmissionen af impulser" (3).

Studier (25–27) viser, at de sygeplejerskestuderende tilpasser sig klinikstedet og undertrykker eventuelle uenigheder. Et eksempel fremgår af følgende citat fra vidensnotatet "Det gode uddannelsesliv i praktiken":

"En studerende fortæller: 'Han er bare så besværlig sagde de andre (personalet)... de brokkede sig forfærdeligt, ikke? Og jeg snakkede med den her patient, som var livstruende syg, selvfølgelig reagerede han da kraftigt, ikke. Og jeg satte mig bare lige og snakkede med ham og fandt ud af, at han da ikke var besværlig (...) Han var bange for at dø (...) Men jeg sagde selvfølgelig ikke noget til sygeplejerskerne, fordi jeg var jo bare en lille studerende. Jeg skal ikke komme og spille smart (...)" (25, s. 13)

Udover de personlige konsekvenser for de studerende i form af det mentale ubehag, der følger af oplevelsen af dissonans mellem værdier og handling, betyder de studerendes manglende reaktion på det sygdomsfokuserede patientsyn også, at patienterne, afdelingen og sundhedsvæsenet som sådan går glip af

en mulighed for at få stærkere fokus på patientens præferencer som en væsentlig komponent i en klinisk beslutningstagen, der er evidensbaseret.

For patienterne giver dette sig som nævnt udslag i oplevelsen af ikke at blive inddraget i eget forløb (5), hvilket underbygges i rapporten "Sundhedsvæsenet – ifølge danskerne" (28), hvor det fremgår, at et stort flertal af borgere med erfaring som indlagte patienter "finder det let eller meget let at følge personalets instruktioner om behandlingen" (28, s. 8), men at kun godt halvdelen af samme gruppe oplever, "at det er tilsvarende let at få personalet til at forstå deres problemer rigtigt" (28, s. 8). En borger uddyber: "Det er lige så meget kommunikation, som det er information, der mangler. Lægen skal finde ud af, hvad patienten har brug for at vide" (28, s. 32). Det er med andre ord ikke tilstrækkeligt for patienten at få *information* (fx en brochure eller en forklaring på en diagnose), patienten efterspørger en *kommunikation*, som kan hjælpe vedkommende med at finde frem til, hvad netop han/hun har brug for at vide. Det forudsætter, at de sundhedsprofessionelle har kompetencerne til at "indgå empatisk, etisk og reflektivt" (11) i kommunikationssituationen med patienten.

Spørgsmålet er så, hvilke kommunikative kompetencer, der er relevante i sådanne situationer, hvor den sundhedsprofessionelle skal "forstå [patienternes] problemer rigtigt" (28, s. 8).

Som tidligere nævnte citat om den besværlige eller angste patient viser, så er et nødvendigt skridt at sætte sig ned og lytte til patienten: "*Og jeg satte mig bare lige og snakkede med ham og fandt ud af, at han da ikke var besværlig, det var bare fordi han var bange*". Den studerende bruger her de omsorgsfilosofiske værdier i praksis, idet hun møder patienten som menneske i respekt for ham som enkeltindivid og med udgangspunkt i hans egen forståelse af sin livssituation. En forståelse, der er blevet sprogliggjort af patienten i situationen; ikke i et sundhedsprofessionelt fagsprog, men i patientens dagligsprog, der kan "gøre menings- og betydningshorisonter synlige, og [gennem hvilket] (...) oplevelser og erfaringer (...) bliver (...) tilgængelige" (29, s. 180). Dette dagligsprog er fortællingens – eller narrativets – sprogform, og det er gennem narrativer, at mennesket udtrykker sin oplevelse af virkeligheden (21,23,29–32), og det er som nævnt patientens oplevelse, der udgør vidensgrundlaget for patientpræferencer.

Som følge af ovenstående kan man derfor have en hypotese om, at kommunikative kompetencer, der retter sig mod patientens narrativer, kan være et redskab, når den sygeplejerskestuderende – eller andre sundhedsprofessionelle – skal tilvejebringe viden om patientens præferencer. Samtidig skaber en sådan kommunikativ patientinteraktion rum for realisering af de humanistiske principper om etik og empati. Denne form for kommunikativ kompetence kan kaldes *narrativ kompetence* (23,31), og bachelorprojektets undersøgelsesspørgsmål bliver således:

Kan narrativ kompetence hjælpe den sygeplejerskestuderende med at skabe viden om patientens præferencer?

Teori

Det narrative i sundhedsfaglig kontekst er udviklet med inspiration fra litteraturvidenskab, antropologi og psykoanalyse, og forskere lægger vægt på forskellige aspekter (21,33). Derfor indledes med en teoretisk gennemgang af narrativer, som de forstås i indeværende projekt.

Narrativitet

Narrativ betyder fortælling. I hverdags sproget bruger vi ordet fortællinger om noget, der mundtligt eller skriftligt "fremstiller et bestemt handlingsforløb" (34). I videnskabelig sammenhæng benævnes feltet narratologi, og her bruges begrebet narrativitet. Narrativitet indbefatter en overbevisning om, at narrativer er et grundlæggende menneskeligt fænomen, der gør det muligt at binde tid, erfaringer, tanker og følelser sammen: uden narrativer er vi "[d]esorienterede og uforstående" og har "ingen forståelse, ingen erindringer, ingen forventninger, ingen fællesskaber" (31, s. 9). Ifølge den amerikanske sundhedsantropolog professor Cheryl Mattingly er det menneskelige selv holdt sammen af narrativer, og hun citerer den narrative psykolog Roy Shafer:

det, vi kalder selvet, kan konciperes som en række narrative strategier eller fortællinger, som ethvert menneske følger i forsøget på at udvikle en emotionelt sammenhængende beretning om sit liv blandt andre mennesker. Vi organiserer fortidens og nutidens erfaringer narrativt (21, s 17).

Narrativer er med andre ord essentielle, når vi skal skabe sammenhæng i livet. Derfor vil de fleste mennesker opleve et presserende behov for at formulere og dele deres historie, når de kommer ud for skelsættende begivenheder – som en alvorlig sygdom – der truer den hidtidige sammenhæng i deres liv (21,23,31). Det er gennem narrativer som kommunikationsform, at vi kan dele oplevelser med andre; narrativer "kalder på vores fantasi, vores evne til at identificere os med andre skabninger og sætte os i deres sted" (21, s. 28).

Narrativer er således den diskurs, vi bruger, når vi "fortæller nogen, at noget er sket" (23, s. 1898) (egen oversættelse), og herved får vi mulighed for at tale om og dele vores erfaringer med eksistentielle fænomener som "fortvivlelse, håb, sorg og samvittighedskvaler" (32, s. 48) (egen oversættelse).

Patienternes personlige narrativer kan dermed være et redskab i klinikken "til at overvinde modsætningsforholdet mellem den objektiverende sygehistorie og patientens subjektive erkendelse" (30, s. 39).

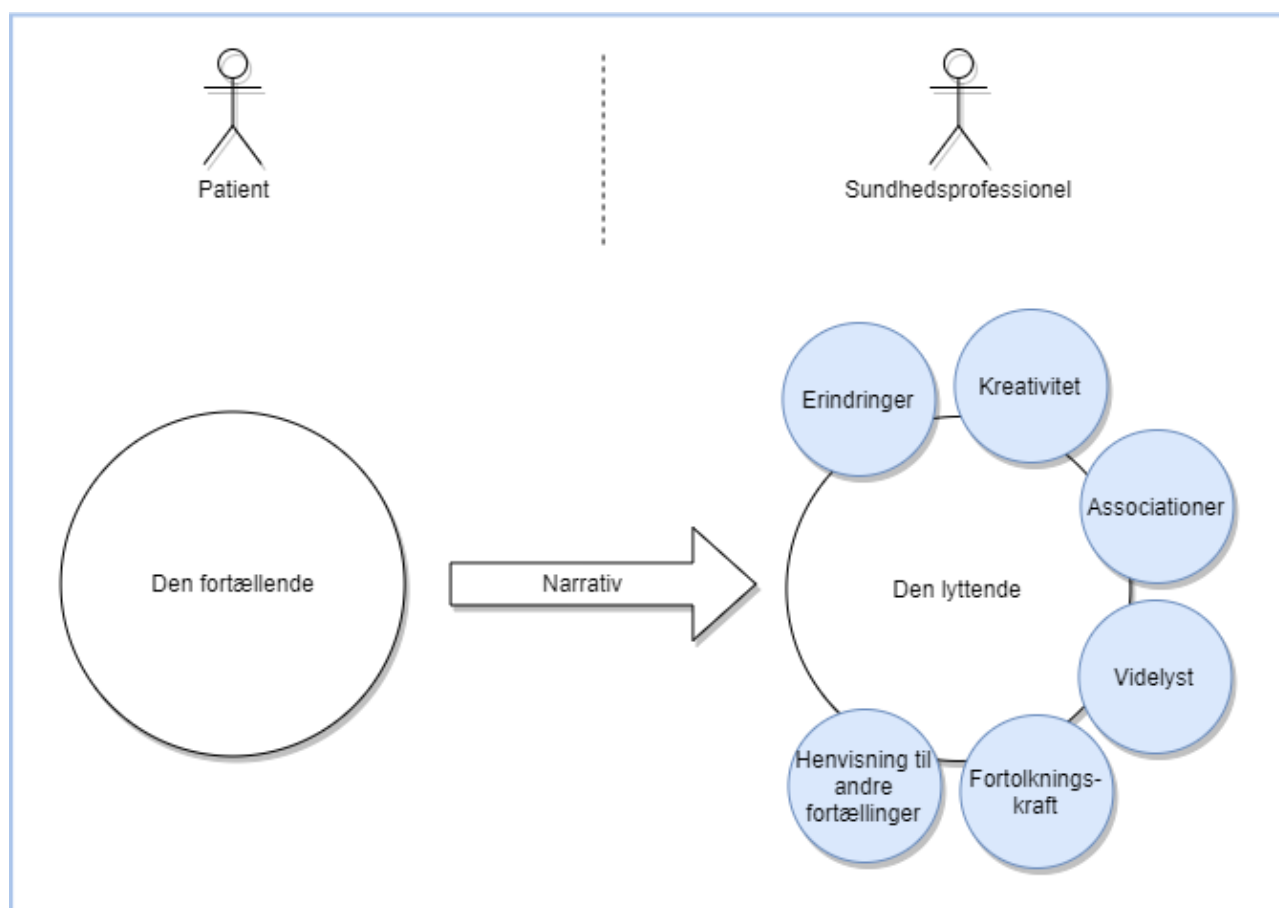
Narrativ kompetence

Hvis den sundhedsprofessionelle skal have mulighed for at inddrage patientens narrativ i den kliniske beslutningstagen, må vedkommende formå at få patienten til at fortælle samt have evnerne til at fortolke narrativet og anvende den viden, der er resultat af fortolkningen. Det kræver som nævnt narrativ kompetence. Narrativ kompetence ses i det følgende i lyset af feltet *narrativ medicin*, hvorfor afsnittet indledes med en introduktion til dette felt.

Rita Charon, der er læge, ph.d. i litteraturvidenskab og professor i klinisk medicin på Columbia University School of Medicine, har med disciplinen narrativ medicin skabt en model, der understøtter den sundhedsprofessionelles arbejde med at kommunikere med patienten gennem narrativer. I det ofte citerede essay *Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust* (23) introducerer og udfolder Charon narrativ medicin med udgangspunkt i læge-patientrelationen, men hun argumenterer for, at narrativ medicin også er relevant for "andre sundhedsfaglige professioner" (23, s. 1900) (egen oversættelse, hvilket også gælder oversættelser af Charons tekst i det følgende).

For Charon er det afgørende, at den sundhedsprofessionelle tager ansvar for, at interaktionen med patienten bliver patient-centreret, hvilket den sundhedsprofessionelle opnår ved at høre, forstå og reagere på patientens narrativ, for derved bliver udgangspunktet for interaktionen og plejen "narrativ viden" (23, s. 1898) om den konkrete patient. Narrativer hører således for Charon til i "de interpersonelle domæner af menneskelig viden og aktivitet" (23, s. 1898), hvor de kan siges at få mening og generere viden, når patienten udfører den narrative handling *at fortælle*, mens den sundhedsprofessionelle på sin side udfører den narrative handling *at lytte* og i denne lytning lader sig rive med og berøre af patientens narrativ (23). Med reference til Birkler er der således i narrativ medicin et etisk bud til den sundhedsprofessionelle om at lade patienten være den agerende, som fortæller, "Hvori pligten består" (18, s. 70), dvs. lader patientens kommunikative udtryk være styrende for det narrativ, der opstår i interaktionen. Den "narrative viden" er således viden om patientens liv og situation, som patienten ser det og udtrykt i patientens egne ord. På den baggrund anses narrativ viden i indeværende projekt som udtryk for patientens præferencer, hvorfor det i projektet antages, at Charons teoretiske og metodiske syn på narrativ viden er overførbart til projektets undersøgelse af, om narrativ kompetence kan hjælpe den sygeplejerskestuderende med at skabe viden om patientens præferencer.

Denne form for aktiv lytning forudsætter, at den sundhedsprofessionelle har en veludviklet narrativ kompetence. Med narrativ kompetence forstår Charon at have modet, evnen og viljen til at bruge sine "indre ressourcer" i form af "erindringer, associationer, videlyst, kreativitet, fortolkningskraft, henvisninger til andre fortællinger af denne fortæller eller andre" (23, s. 1899) i mødet med patienten. Den narrative kompetence gør den sundhedsprofessionelle i stand til "at lytte til patientens narrativer, opfatte og udvise loyalitet over for deres betydning samt at blive berørt og tilskyndet til at handle på patientens vegne" (23, s. 1897), se figur 1.



Figur 1 Viden om patientens præferencer opstår i patientinteraktionen, når den sundhedsprofessionelle bruger sin narrative kompetence

Narrativ medicin i uddannelsen af sundhedsprofessionelle

Charon argumenterer for, at læsning og skrivning af skønlitterære tekster skærper evnen til at tolke og formidle patientnarrativer og dermed også den narrative kompetence, hvorfor tekstarbejde menes at kunne føre til bedre klinikere (23).

I narrativ medicin-programmer (35,36) indgår derfor træning i nærlæsning af skønlitteratur, hvor den studerende får indsigt i litterære, sproglige og stilistiske virkemidler. Yderligere undervises i kreativ

skrivning, hvor den studerende øver sig i at benytte virkemidlerne. Tanken er, at den studerende hermed får udvidet sit sproglige repertoire og tekstanalytiske evner for således at blive bedre rustet til at lytte til patientnarrativer og omsætte dem til ord. Dette anses for afgørende, hvis det humanistiske menneskesyn skal opprioriteres i sundhedsvæsenets tilgang til patienter, for en sådan opprioritering forudsætter et sprog, der kan formidle følelser, tvivl, uro - sindstilstande, der er forbundet med et menneskeliv (23).

Tekstarbejde styrker således den studerendes narrative kompetence, hvilket udover den sproglige-analytiske dimension også indbefatter en styrkelse af den studerendes evne til refleksion over egen tolkning af narrativer (23,26,37–40). Charon bruger begrebet *reflective practitioner* (reflekterende praktiker), som kendes fra filosofen Donald A. Schöns model over læring i praksis (41). Schöns hovedbegreber *refleksion-i-praksis* og *refleksion-over-praksis* (41) kan også belyse forståelsen af den refleksive proces i narrativ medicin, når den studerende reflekterer over en situation fra klinisk praksis med en 'erfaren praktiserende'; dette uddybes nedenfor i metodeafsnittet. Yderligere ses refleksion som et middel til en øget *selvindsigt*, og hos Charon er selvet centralt som et "kraftfuldt terapeutisk redskab" (23, s. 1899) for den, der praktiserer narrativ medicin.

Opsummeret kan Charons budskab med narrativ medicin siges at være, at klinisk succes fordrer, at patienten får rum til selv at formulere, hvad vedkommende oplever og har brug for hjælp til, samt at de sundhedsprofessionelle har – eller gennem undervisning får – redskaber til at tolke og formidle patientens narrativ med henblik på at skabe viden om patientens præferencer. Dette kræver, at den sundhedsprofessionelle i patientmødet bruger sine indre ressourcer: "erindringer, associationer, videlyst, kreativitet, fortolkningskraft, henvisninger til andre fortællinger af denne fortæller eller andre" (23, s. 1899).

Indlejret i narrativ medicin ses således en fænomenologisk og hermeneutisk tilgang til patientmødet. I den åbne tilgang til patienten i samtalen underforstås fænomenologiens såkaldte parentesregel, hvor den sundhedsprofessionelle skal sætte sin forforståelse i parentes (42). Samtidig understreger Charon vigtigheden af at lære at bruge sig selv – sine indre ressourcer – i tolkningsarbejdet, og her afspejler hendes teori hermeneutikkens vægtlægning på læserens eller lytterens aktive, fortolkende rolle i den kommunikative interaktion (43).

Metode

Charon anser narrativ medicin som en "model", der tilbyder såvel en teoretisk som en metodisk tilgang til relationen mellem patient og sundhedsprofessionel, hvorfor narrativ medicin også er udgangspunktet for

den metodiske tilgang til undersøgelsesspørgsmålet. Charon udfolder imidlertid ikke en egentlig metode; der er snarere tale om et formuleret princip om, at arbejdet med narrativer (og tekst) bør have en central plads i al klinisk sundhedsvirksomhed, herunder sundhedsuddannelserne, med henblik på at fremme en praksis, der kendetegnes af "empati, refleksion, faglighed og tillid" (23, s. 1897).

Der tages i det følgende udgangspunkt i Charons princip om, at narrativ kompetence kommer til udtryk i interaktionen mellem den sygeplejerskestuderende (den sundhedsprofessionelle) og patienten. Det har som konsekvens, at undersøgelsesspørgsmålet – *kan narrativ kompetence hjælpe den sygeplejerskestuderende med at skabe viden om patientens præferencer?* – må søges besvaret ved at observere og analysere en konkret interaktion i klinisk kontekst. Der må derfor genereres empiri, som kan belyse en sådan interaktion.

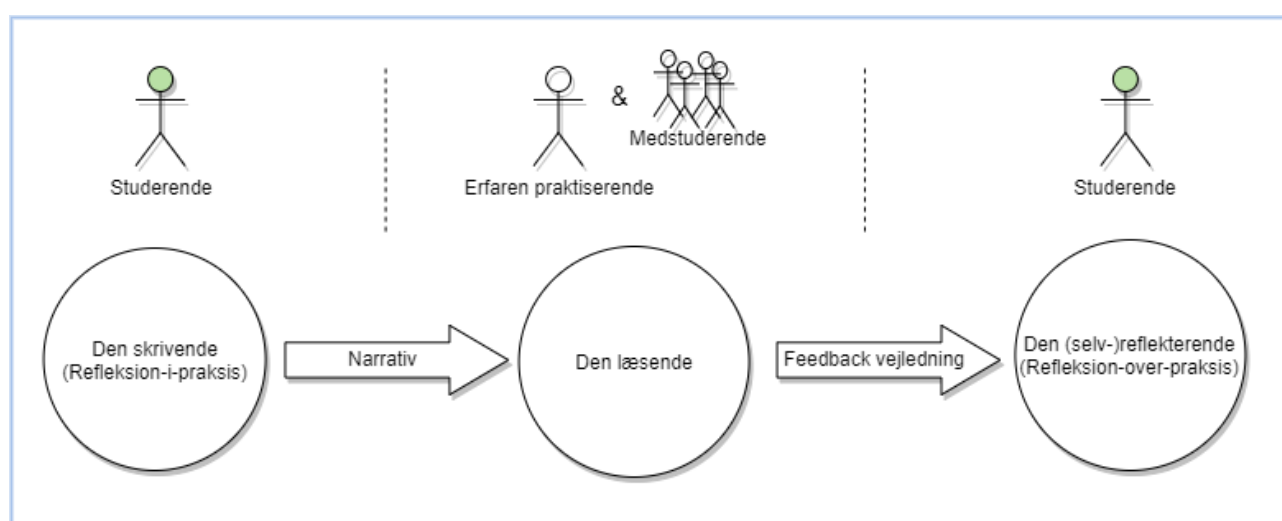
Litteratursøgning

Litteratursøgninger, med henblik på at finde studier med undersøgelser og metoder der var egnede til at besvare undersøgelsesspørgsmålet, fandt primært sted i databasen PubMed, men også i Cinahl og google scholar. PubMed og Cinahl blev valgt, da begge indeholder sundhedsfaglige artikler: Cinahl er en sygeplejefaglig database, hvor PubMed er en medicinsk og større database. Google Scholar har "alt", herunder også ph.d.- og kandidatafhandlinger samt artikler fra mindre tidsskrifter (15). Resultaterne viste, at sundhedsforskere har undersøgt effekt af en række forskellige tiltag relateret til narrativ medicin i undervisningssammenhæng, hvilket ses afspejlet i et omfattende litteraturstudie udgivet i 2020 (44). I litteraturstudiet indgår 55 studier, hvoraf flere er systematiske reviews. Det fremgår, at der er stor variation studierne imellem både mht. anvendte forskningsmetoder og de undersøgte kursers indhold (44). Med dette forbehold konkluderes, at narrativbaseret undervisning i sundhedsfaglige uddannelser viser lovende resultater inden for flere områder: kommunikation, kulturel kompetence, empati og professionalisme (44).

Narrativ medicin er således ikke et standardiseret system med en fastlagt metode, der kan gentages på tværs af uddannelsessteder og derfor heller ikke i dette bachelorprojekt. Derfor måtte der findes litteratur, som redegjorde for en metode, der passede til undersøgelsesspørgsmålet. Da undersøgelsesspørgsmålet indebærer, at der skal tilvejebringes indblik i den kompetence, en studerende bruger i patientinteraktionen, blev der i litteratursøgningen lagt væk på, at der skulle være et "tænke højt"-element i de anvendte metoder. En hyppigt anvendt metode til at skabe en "tænke højt"-situation viste sig at være reflektiv skrivning (reflective writing), og søgningen blev derfor, efter de indledende litteratursøgninger, koncentreret om at finde studier, hvori der indgik reflektiv skrivning (dog ikke altid benævnt med denne term) udført af sundhedsfaglige studerende i klinisk kontekst. De udvalgte artikler, som anvendes i bachelorprojektet, fremgår af bilag 1.

Refleksiv skrivning

Fælles for metoderne i studierne er således refleksiv skrivning, typisk i form af et retrospektivt narrativ, som den studerende skriver i første person og i et sprog, der låner virkemidler fra skønlitteraturen til at formidle sansemæssige- og emotionelle indtryk (26,37,38,40). Når de studerende nedskriver oplevelser fra klinisk sammenhæng opstår første refleksion, da selve bearbejdningsprocessen fra oplevelse til tekst forudsætter overvejelser om forløb, plot, hvad der skal udelades/ inkluderes osv. (39,45). Med henblik på yderligere refleksion danner disse narrativer herefter udgangspunktet i en session med en vejleder eller underviser (ofte en forfatter til artiklen), en med Schöns terminologi *erfaren praktiserende* (41), samt eventuelt medstuderende (26,37–40), se figur 2.



Figur 2 Den studerende får indsigt i egne kognitiv-emotionelle processer gennem refleksion over eget narrativ med erfarende praktiserende

I de nævnte studier får forskerne (og den erfarne praktiserende) gennem metoden refleksiv skrivning således data om, hvilke kognitiv-emotionelle processer den studerende anvender i interaktionen med patienten – det afhænger af studiet, hvilke processer, der er i fokus. Derudover opnår den studerende, gennem refleksion og feedback, indsigt i egne kognitiv-emotionelle processer og derigennem også i hvilke værdier og forforståelser af professionens- og patientens rolle, der var styrende for deres patientinteraktion (26,39). Med andre ord fører refleksiv skrivning i nævnte studier til en læringsproces, der svarer til Schöns refleksion-over-praksis (41), hvorfor de studerende – fordi de opnår indsigt i egne kognitiv-emotionelle processer gennem interaktion med en erfarne praktiserende – formodes at kunne udføre en mere reflekteret praksis fremover (41,45). I Charons forståelse fører refleksionerne til øget selvindsigt og dermed potentielt til en styrkelse af det "kraftfulde terapeutiske redskab", som selvet udgør (23), og set i den fænomenologisk-hermeneutiske forståelse skærper metoden de studerendes evne til at sætte sig selv i parentes (42) (ved at have fået indsigt i egne forforståelser) og i at fortolke situationen gennem teksten

(43) (ved at øve sig på at formulere fortolkning og reflektere over fortolkningen gennem feedback fra en erfaren praktiserende og medstuderende).

Den generaliserede model for, hvordan studerende i de inkluderede studier genererer viden om egne mentale processer (figur 2) ligger i store træk i forlængelse af Charons model over viden genereret i den interpersonelle kommunikation (figur 1). Vidensgenerering, som den illustreres i figur 1, kan således ses som målet for refleksiv skrivning-metoden: en – med Schöns terminologi – reflekterende praktiker (41), der er i stand til bevidst at benytte sin narrative kompetence i praksis.

Empiri – en praksisfortælling

På baggrund af ovenstående udgøres empirien i bachelorprojektet af et retrospektivt narrativ fra praksis, hvor førstepersonsfortælleren er en sygeplejerskestuderende (mig selv), der genkalder en interaktion med en patient. Narrativet er skrevet umiddelbart efter interaktionen som en *praksisfortælling*, en metode der indgik i den teoretiske undervisning på Diakonissestiftelsens sygeplejerskeuddannelse som led i et forskningsprojekt med fokus på sanselighed i patientmødet (46,47). Lektor, ph.d. og forsker i dans og bevægelsespsykologi på Københavns Universitet Helle Winther står bag begrebet praksisfortælling (48).

Praksisfortællingen er et skriftligt produkt, der knytter sig til *praktikerforskning*, hvor "man som professionel forsker i sin egen praksis" (48, s. 218), og især bruges som empiri, når en forsker er "interessert i at (...) undersøge betydninger i de mellem menneskelige møder i (...) [egen] profession" (48, s. 219). De inkluderer ofte "sceniske beskrivelser med sanselighed og nerve" (48, s. 223), hvilket i indeværende projekt forstås som ækvivalent med de skønlitterære træk, der ses i refleksiv skrivning og generelt fremhæves som væsentlige i narrativ medicin (23).

I projektet anses praksisfortællinger som en variant af observatørrettede feltnotater (49), der indgår som produkt i den etnografiske metode autoetnografi. 'Auto' betyder 'selv' og medfører i kontekst af etnografi, at etnografen gennem introspektion "gør sig selv til genstand for observation, refleksion og undersøgelse (...) [i] den videnskabelige proces, gennem hvilken autoetnografien producerer viden om det studerede" (50). I autoetnografien ses således "nærheden til forskningsfeltet (...) [som] en ressource, så længe forskeren forholder sig refleksivt til egne erfaringer" (50). Introspektionen bliver med andre ord et middel til at frembringe en praksisfortælling, som kan anvendes til at undersøge og fortolke genstandsfeltet. Nedskrivningen gør situationen til en tekst, der kan gøres til genstand for analyse (30). Etnografiske metoder, herunder produkter som feltnotater, anvendes hyppigt til at besvare undersøgelsesspørgsmål i sygeplejeforskning (27), og således antages, at funktionen 'etnograf' kan udfyldes af en sygeplejerske(studerende).

I den nævnte undervisning blev praksisfortællinger anset som en metode til, gennem skriftliggørelse, at bearbejde oplevelser fra klinisk praksis, der havde efterladt et markant indtryk. Til forskel fra metoden, der fremgår af figur 2, indgik således ikke en refleksionssession med en erfaren praktiserende. I projektets praksisfortælling indgår dog en session med refleksioner, men disse er forårsaget af tekstlæsning relateret til det pågældende semesters temaer. Hos Carson (39) nævnes en mulighed for, at refleksionssessionen kan finde sted med en tekst i stedet for – eller som supplement til – en erfaren praktiserende. Hos Charon (23) kan ses noget lignende, idet tekster som nævnt har en central plads, når studerende skal have skærpet den narrative kompetence.

Analysestrategi

Winther (48) skitserer en metode til at analysere egen praksisbeskrivelse, hvis principper er styrende for analysen i indeværende projekt. Analysemetoden kan opstilles i punktform:

1. Identificér kernebegreber (Winther bruger ordet "keywords") på baggrund af, hvilket spørgsmål, der ønskes undersøgt/besvaret
2. Læs praksisfortællingen og identificér relevante passager i forhold til de noterede kernebegreber
3. Fortolk praksisfortællingen gennem kernebegreberne og udvalgt teori

Da punkt 1 finder sted før gennemlæsning, noteres kernebegreber i dette afsnit. Projektets sigte er at undersøge anvendelsen af narrativ kompetence med henblik på at skabe viden om patientens præferencer, og derfor er kernebegreberne i analysen de begreber, som Charon sætter på fordringer til en patientinteraktion, der kan føre til narrativ viden, idet den sundhedsprofessionelle bruger sine indre ressourcer i form af "erindringer, associationer, videlyst, kreativitet, fortolkningskraft, henvisninger til andre fortællinger af denne fortæller eller andre" (23, s. 1899). Narrativ kompetence er en del af Charons model, der anses som såvel metode som teori til at fremme en praksis, der kendetegnes af "empati, refleksion, faglighed og tillid" (23, s. 1897). På den baggrund anses narrativ medicin også som dækkende teori i analysemetoden.

Opsummeret kan dermed siges, at analysen i projektet vil blive foretaget med udgangspunkt i Winthers analysemetode og Charons begreber.

Etiske og juridiske overvejelser

Praksisfortællingen er anonymiseret mht. patientens navn og detaljer i beskrivelserne, og er dermed en redigeret version af et narrativ, der i sig selv var en rekonstruktion af en patientinteraktion fra et klinisk

ophold. Dialogen i narrativet er ikke en ordret gengivelse af den oprindelige dialog. Men essensen i patientinteraktionen var som beskrevet. Refleksionsdelen af praksisfortællingen er stort set uændret.

Der ligger juridiske overvejelser bag disse valg, da der ikke foreligger et samtykke fra patienten. Der ligger også etiske overvejelser bag. Kants pligtetik dikterer, at mennesker skal behandles som mål, aldrig som middel (18). Det er et etisk dilemma i selve den etnografiske metode, at etnografen indgår i relationer med informanter for at få indsigt i livsverdener med henblik på efterfølgende at objektivere relationen (gøre den til middel) for at skabe viden (51).

Som et bud på at imødegå dette dilemma ligger indlejret i autoetnografien idealet om en relationel etik, der ser viden som resultatet af interaktioner, hvor etnografen og informanten indgår i en ligeværdig relation og begge "anses for vidende" (50, s. 175). I indeværende projekt kommer dette til udtryk i, at det primært er den sygeplejerskestuderende, og ikke - som vanligt - patienten, der skabes viden om.

Praksisfortælling: Klaus

Den følgende tekst er praksisfortællingen samt en optakt og et efterskrift, de to sidstnævnte er skrevet til bachelorprojektet og står i kursiv.

Optakt

Jeg er glad for mit studiejob som hjemmehjælper og havde derfor søgt om at komme i klinik på et psykiatrisk ambulatorium. Min kliniske vejleder sendte mig allerede i første uge alene hjem til patienter. Det stod mig ikke klart, hvad jeg skulle på besøgene: "Hvordan ved jeg, om jeg har udført en sygeplejeintervention, når jeg afslutter et besøg?" Jeg stillede dette spørgsmål uden at få et svar, jeg bagefter kunne huske. Jeg havde dog forstået på den fælles introduktion, at den psykiatriske sygeplejerskes rolle hovedsageligt bestod i medicinering samt, ikke mindst, at foretage tidlig opsporing i alle patientmøder – dvs. opspore tegn på sygdomsforværringer, således at en rettidig indsats fra teamets side kunne forebygge indlæggelse.

Mit første hjemmebesøg var hos Klaus, som min kliniske vejleder kaldte 'en god patient for studerende'. Han fik ikke medicin på hjemmebesøg, og jeg vidste ikke, hvad jeg skulle lægge i 'at foretage en tidlig opsporing', men min vejleder havde foreslået, at jeg gik en tur med Klaus, for han havde begyndende hjertekarrelaterede sundhedsproblematikker og ville have godt af at bevæge sig.

Hjemmebesøg hos Klaus

Jeg ringer på dørtелефonen. Det er en smuk septemberdag, jeg har lyst til nyde vejret og er let om hjertet ved tanken om at kunne bruge en time på at gå tur. Jeg forventer Klaus kommer ned til mig på gaden, men så hører jeg mit navn og kigger op. En mand i fyrrerne stikker hovedet ud ad et vindue. "Kommer du ikke op?" Han buzzer mig ind.

"Jeg har ikke de rigtige sko til at gå tur, jeg har lige smidt mine vintersko ud. Jeg har kun dem her."

Han peger ned på sine fødder med tyndslidte lærredssko.

"Fint, vi kan jo gå en tur en anden dag."

Han byder mig ind i sin 1-værelses lejlighed. Allerede i den lille entré er der hylder med ting, her mest bøger.

Vi går ind i rummet. Klaus siger, at jeg kan sidde på sofaen.

"Det er en sovesofa, men jeg sover altså ikke på betrækket, det bruger jeg kun om dagen, så der skulle ikke være noget."

Klaus går ud i køkkenet for at hente vand til nescaffen, der står på sofabordet sammen med to krus og et glas med kaffeflødepulver. Jeg kan se hele værelset fra sofaen. Den længste væg er dækket af en reol med gamle indbundne bøger, lp'er, Märklin-modeltog og et stereoanlæg med en avanceret lydjusteringsanordning af en type, jeg husker fra min ungdom i 80'erne. På gulvet står en samling maxisingler lænet op ad reolen. Jeg indser, at vi jo var unge i samme tid. Modsat reolen, ved vinduet, er der et stueorgel med hovedtelefoner. På orglet står et par af hans buster, dem står der en del af rundt omkring. Jeg kender dem fra andre sammenhænge, men ved ikke nok om de klassiske komponister til at vide, hvem der er hvem. Til gengæld genkender jeg figuren af den korsfæstede Jesus, som står på et lille bord, hvor der også ligger en bog om tarotkort. Jeg får nu øje på de små buddhaer, som står mellem flag og miniatuerevåbenskjold foran og klemte inde mellem bøger i reolerne. Klaus har virkelig mange ting, men værelset er mere fyldt end egentlig rodet. Det er ligesom at være hjemmehjælper hos S med alle hendes planter – de fylder hendes liv, giver mening. Klaus deler hjem med sine samlinger. De bor her og får lov til at brede sig, der opstår en fornemmelse af, at hans interesser, hans passioner – som udtryk for en samlers særegne projicering – materialiserer sig ud i rummet. Er jeg på besøg hos eller i ham?

Vi drikker kaffe. Rummet fortager sig, og ordene tager over. For vi taler, længe, vi har meget til fælles: forskudt med nogle år kom vi i samme studentercafé og læste de samme bøger, vi er vokset op med den samme musik. Vi deler en nostalgi. Det er hyggeligt, samtalen glider.

Efter lidt tid overrasker Klaus mig ved at føre samtalen – og dermed mig – hen i retning af sin sygdom. Han fortæller om et sorgfuldt forløb, hvor han som ung studerende, da han fik sit første store sygdomstilfælde og blev indlagt, mistede den fremtid, han havde set sig selv i, som akademiker med familie i et forstadshus – det liv, der er realiseret hos mange af hans daværende studiekammerater, som han ganske vist har mistet kontakten til, men alligevel følger på sidelinjen gennem internettet. Jeg kan bare lytte. Jeg ved ikke, hvad jeg skal sige, eller hvor jeg skal kigge hen. Hans skæbne berører mig og gør mig tavs, for jeg vil ikke græde. Så smiler vi til hinanden, drikker neskafe, og småsnakker lidt om den kliniske vejleder, Klaus' kontaktperson. Først lige før tiden er gået, tager jeg mig sammen:

”Tak for din åbenhed, Klaus. Jeg har læst om sygdommen. Men det er noget helt andet at høre, hvordan det har påvirket dit liv. Det bliver meget personligt og virkeligt.”

”Ja, selv tak. Jeg er glad for at hjælpe sygeplejerskestuderende. Det siger jeg altid ja til. Det er jo hele livets mening, at hjælpe hinanden.”

Efterskrift

Tilbage på ambulatoriet havde jeg et kort møde med min vejleder, som spurgte, hvordan det var gået. Jeg svarede, at det gik fint, og at Klaus åbent havde fortalt om at være syg. Min vejleder skrev et kort notat i Sundhedsportalen, noget i retning af: ”Pt har besøg af spl-stud., fortæller hende om sygdomserfaringer.”

Jeg skrev teksten til ovenstående praksisfortælling for at tømme hovedet, da jeg kom hjem. Skrivningen førte til refleksioner, og jeg skrev nedenstående refleksion i forlængelse af praksisfortællingen. I refleksionen er refereret til tekster fra det pågældende semesters pensum, hvilket både må ses som et udtryk for, at jeg overvejede kommende opgaver og eksamen, og for at teksterne var friske i min erindring.

Refleksion 1

Gadamer skriver, at dialogen er kendetegnet ved, at man aldrig på forhånd ved, hvor den fører én hen (52). Klaus overraskede mig ved at vende samtalen mod sygdom. Jeg følte, jeg blev revet ud af en fiktion om hyggekafe. Han har vel hele tiden haft i baghovedet, at målet, eller i hvert fald ét mål, med samtalen var at formidle sin viden og erfaringer med sygdommen. Og det var selvfølgelig derfor R sendte mig hjem til ham. Faktisk slår det mig, at Klaus vendte op og ned på det forventelige magtforhold i kommunikationen: han tog styring, han sørgede for fokus, hans satte sig i spidsen for en omsorgsfuld psykoekation, hvor han

gennem det fælles tredje fik formidlet sine sygdomserfaringer til mig, den (ikke særlig unge, men åbenbart ret grønne ikke desto mindre) sygeplejerskestuderende, der var mødt op uden mål og fokus. Og jeg sad der og svælgede i hyggenostalgi.

Nu tænker jeg på 'sygeplejeinterventioner'. Den burde være 'velplanlagt og omsorgsgivende' (53). Er det forbeholdt sygeplejersker? Følger det så at sige af den beskyttede titel, at det nødvendigvis må være en sygeplejerske, der er det agerende subjekt i en sygeplejeintervention? Sikkert. Men situationen med Klaus viser vel, at man ikke omvendt kan slutte, at en handling (fx 'psykoedukation'), der typisk kan udføres som en sygeplejeintervention, ikke på glimrende vis kan udføres af andre? Selve tanken om patienten som passiv og modtagende gør Klaus op med gennem sin styring af vores kommunikation.

Kort efter besøget, hvor Klaus stadig fyldte i min bevidsthed, gik jeg i gang med at læse erindringsbogen "Unyttig som en rose" af den norske psykolog og tidligere psykiatriske patient Arnhild Lauveng. Lauveng refererer i starten af bogen til en forsker, der har undersøgt, hvilke faktorer tidligere psykisk syge angiver som afgørende for, at de har fået det bedre: "Nogle fortæller om oplevelser af ligeværd i forbindelse med, at behandlere tog imod gaver, de være sig konkrete eller mere symbolske" (54) (s. 15). Det fik mig til at tilføje endnu en betragtning:

Refleksion 2

Lauveng skriver om 'oplevelser af ligeværd' i forbindelse med, at behandlere tager imod (symbolske) gaver. Jeg tror, jeg reddes på målstregen, idet jeg – gennem min accept af rollen som den modtagende part – kan siges at udføre en sygeplejeintervention: nemlig at give Klaus mulighed for en "meningsfyldt aktivitet" i form af at yde et bidrag til samfundet ved at varetage en del af min sygeplejerskeuddannelse.

Resultat

Praksisfortællingen fra den sygeplejerskestuderendes kliniske ophold er læst med henblik på at besvare undersøgelsesspørgsmålet *Kan narrativ kompetence hjælpe den sygeplejerskestuderende med at skabe viden om patientens præferencer?*. Først kan det fastslås, at den sygeplejerskestuderende benytter sin narrative kompetence i praksisfortællingen, eksempler kan ses i tabel 2.

Tabel 2 Den sygeplejerskestuderendes anvendelse af narrativ kompetence i form af indre ressourcer

Mod og vilje	Lytter uden at afbryde til narrativ, der berører hende Vender til sidst tilbage til Klaus' narrativ.
Erindringer	Unge på samme tid Mange minder til fælles
Associationer	Hjemmeplejen Lauvengs gave associeres til at lytning kan være en gave til Klaus og en sygeplejeintervention
Videlyst	De mange beskrivelser af hjemmet tyder på at hun er observerende, opmærksom og interesseret Læser tekster/ bøger
Kreativitet	Ny tolkning af patient- og sygeplejerskerollen: "gennem min accept af rollen som den modtagende part"
Fortolkning	"Er jeg på hos eller i ham?" "et sorgfuldt forløb" Mange selvrefleksioner
Andres fortælling	Lauvengs erindringsbog

Det fremgår af praksisfortællingen, at narrativ kompetence kan hjælpe den sygeplejerskestuderende med at skabe viden gennem refleksionerne: fx udvider fortolkningen af patient- og sygeplejerskerollen hendes viden om, hvad det vil sige at være sygeplejerske. Det fremgår ligeledes, at tekster kan stimulere den narrative kompetence og anvendes som 'erfaren praktiserende' (41) i forbindelse med refleksiv skrivning. Hun har fx læst om psykoedukation hos Hummelvoll (53), og det får hende til at reflektere over, at det er Klaus, der er den aktive part, hvis interaktionen anses som en psykoedukation.

Patientnarrativet drejer sig om Klaus' oplevelse med en sygdom, der som en skelsættende begivenhed ændrer hans liv. Narratologisk set er det et eksempel på, hvordan en patient (et menneske) bruger den fortællende form til at skabe sammenhæng i livet (21). Det er derfor forventeligt, at Klaus kan have et behov for at dele sit narrativ (21,23,31). Den sygeplejerskestuderende lytter og er påvirket af narrativet: den narrative form kalder på hendes evne til at identificere sig med Klaus (21). Den sygeplejerskestuderende er således "berørt" og hun "vil ikke græde". Det lykkes med andre ord Klaus gennem den narrative form at "fortælle nogen, at noget er sket" (23, s. 1898) og ved at udfolde dette "noget" at dele sine eksistentielle erfaringer med sorg og fortvivelse (32).

Som Charons forståelse af narrativ kompetence foreskriver, lykkes det således den sygeplejerskestuderende at opfatte og blive berørt af patientnarrativet. Men narrativ kompetence indbefatter også, at den sundhedsprofessionelle bliver "tilskyndet til at handle på patientens vegne" (23, s. 1897), hvilket ikke lykkes for hende. Det skyldes, at både hendes viden og refleksion primært har hende selv som omdrejningspunkt. Den viden, hun formår at skabe om Klaus, baseres på det, han siger ved afskeden: det er meningsfyldt for ham at hjælpe. Hun reflekterer over hans udtalelse, og selvom hun ikke bruger begrebet 'patientpræference', så analyserer hun sig frem til en viden, der kunne bruges til at formulere en patientpræference. Den kunne fx lyde som: *I Klaus' liv lige nu vægter han højest at få mulighed for at hjælpe andre, derfor skal sygeplejen søge at afdække sådanne muligheder i fællesskab med Klaus.* Imidlertid deler hun ikke sin viden med andre. Hun kunne have fået den verificeret og eventuelt uddybet hos Klaus. Hun kunne også have delt den med sin vejleder – hendes 'erfarne praktiserende' – med henblik på vidensdeling i hele sygeplejeteamet, så det kunne komme Klaus til gode. Det må derfor antages, at den sygeplejerskestuderende for at sikre patientfokus ville have haft gavn af at reflektere med en erfaren praktiserende i stedet for (udelukkende med) en tekst.

Diskussion

Resultatet viste, at den sygeplejerskestuderende brugte narrativ kompetence til at skabe viden først og fremmest om sig selv, men i mindre omfang også om patienten. Denne patientviden blev imidlertid ikke delt med andre, hvorfor den heller ikke blev verificeret eller søgt anvendt som viden om patientpræferencer i klinisk beslutningstagen i patientens videre forløb.

Narrativ kompetence kan således anvendes spontant i patientmødet, men resultatet indikerer, at vejledning i at bruge kompetencen bevidst vil kunne føre til en mere effektiv og patientrettet anvendelse. Dette understøttes i flere studier (26,37,39,40,55), som viser, at vejlederstyret brug af retrospektiv refleksiv skrivning i uddannelsen af sundhedsfaglige studerende ansporer de studerende til selvrefleksion over, hvordan sygeplejeværdier som etik og empati – begge værdier der er centrale i narrativ medicin – kommer til udtryk i deres egen praksis. Studierne demonstrerer, at når de studerende får indsigt i deres egne kognitiv-emotionelle processer i patientinteraktionen, styrkes deres kompetence til at bruge processerne bevidst i relationen med patienten.

Fælles for de nævnte studier og indeværende projekt er, at de viser, at der er et *potentiale* for, at narrativ kompetence (eller de relaterede etisk/empatisk kompetence), gennem indsigt i egne kognitiv-emotionelle processer, kan anvendes til at skabe viden om patientens præferencer (26,37,39,40,55). Ingen af studierne viser, om dette potentiale realiseres i patientrelationen. Denne mangel på opfølgning i undersøgelser af,

hvad effekt sundhedsprofessionelles anvendelse af metoder i narrativ medicin har på *patient outcome* kritiseres hyppigt, blandt andet i et systematic review fra 2016 (56).

Metodemæssigt var refleksions-sessionerne i de nævnte studier vejlederstyret (26,37,39,40,55). Dette var ikke tilfældet i indeværende projekt, hvor den sygeplejerskestuderende i praksisfortællingen og den sygeplejerskestuderende, der skriver bachelorprojektet, er identiske. Selvrefleksionselementet anses imidlertid som sammenligneligt på tværs af alle studier (inklusiv det indeværende), da alle studerende anvendte egne narrativer – udfærdigede som refleksiv skrivning – til at reflektere over egen praksis.

I indeværende projekt benyttes metoderne praksisfortælling og autoetnografi til at behandle egen selvrefleksion analytisk med henblik på at skabe viden om et fænomen: anvendelsen af narrativ kompetence i patientinteraktionen. Når undersøgelsesobjektet på denne vis er identisk med den, der undersøger, forudsætter det, som Winter (48) anfører, at der skrives med to stemmer: én i praksisfortællingen, en anden i analysen. I projektet er praksisfortællingen skrevet i en 'stemme', der stilistisk låner fra skønlitteraturen, mens det resterende projekt er skrevet i en anden 'stemme', hvor det tilstræbes at anvende en stilistik, der forbindes med akademiske skrifter. De to stemmer adskilles ligeledes ved at bruge 'den sygeplejerskestuderende' i stedet for 'jeg/mig' til at referere til studieobjektet i praksisfortællingen.

Førstepersonsperspektivet i autoetnografi og praksisfortællinger giver betydelig risiko for subjektiv bias (50). Dette søges imødegået ved transparens i form af at inkludere hele praksisfortællingen. Herved kan læseren selv følge dels den sygeplejerskestuderende, som hun fremtræder i praksisfortællingen, dels som hun fremtræder i den analytiske position.

Yderligere er der risiko for "blindhed for egen kultur" (49, s. 108), idet projektet er skrevet af en sygeplejerskestuderende, som undersøger det at være sygeplejerskestuderende. Den sygeplejerskestuderendes viden om at være sygeplejerskestuderende kan omvendt betragtes som en "ressource i generering af viden [om emnet]" (49, s. 108). Her gør det sig, som for autoetnografi, gældende, at det efterstræbes gennem transparens at give læseren mulighed for at bedømme graden af eventuel blindhed.

Konklusion

Narrativ kompetence kan være et redskab for sygeplejerskestuderende, når de skal indgå i patientrelationer med henblik på at skabe viden om patientpræferencer. Det kan ske spontant (ubevidst), men vil formentlig i de fleste tilfælde kræve hjælp fra en 'erfaren praktiserende'. Indeværende og sammenlignelige studier har vist, at refleksiv skrivning – fx i form af praksisfortællinger – er et effektivt

redskab til at give de studerende indsigt i egne kognitiv-emotionelle processer i patientinteraktionen, herunder den narrative kompetence. En sådan indsigt styrker de studerendes kompetence til at bruge processerne bevidst i relationen med patienten. Der er ikke belæg for at konkludere, at den opnåede viden om patientpræferencer kommer patienten til gode.

Perspektivering

Som nævnt i introduktionen har det dominerende fokus på en biomedicinsk tilgang til patienter i sundhedsvæsenet negative konsekvenser for sygeplejersken, patienten og på samfundsniveau:

- Hver fjerde sygeplejerskestuderende afbryder uddannelsen, og sygeplejerskestuderende oplever en diskrepans mellem den humanistiske tilgang til sygeplejen og sygeplejen i den kliniske hverdag (2–4).
- Patienterne føler sig ikke hørt og inddraget i eget forløb (5,28).
- Politisk-økonomisk vil sundhedsvæsenet fremover få en stor opgave i at hjælpe patienter med en eller flere kroniske sygdomme, som ikke kan helbredes med biomedicinske metoder som lægemidler og kirurgi (12,13).

Narrativ medicin har perspektiver for alle tre aspekter.

Sygeplejefprofessionen

Projektet har vist, at lytning er en aktiv sygeplejehandling, hvis der bevidst gøres brug af narrativ kompetence til at fortolke patientens narrativ med tanke på at identificere patientens præferencer. Dette er relevant for alle, der har opgaven med at levere evidensbaseret sygepleje.

Herudover anses en sådan lytning som havende et terapeutisk potentiale til at hjælpe patienten med at genskabe mening i en af sygdom brudt livshistorie (21,23,31,57). Yderligere må den samlede behandling og pleje for at være effektiv tage udgangspunkt i patientens præferencer. Charon (23) påpeger, at dette er en forudsætning for, at den sundhedsprofessionelle kan lave holdbare aftaler med patienten (compliance), svarende til Kierkegaards berømte sentens om, at hemmeligheden bag al hjælpekunst er, at man møder det andet menneske dér, hvor mennesket er, og følges med vedkommende derfra (58).

Samlet set er der således perspektiver for, at sygeplejefprofessionen kan få et løft i det tværprofessionelle samarbejde ved at være den profession, som, ved brug af narrativ kompetence, sikrer, at der skabes viden om patientens præferencer. Dette vil også give tyngde og autoritet til de humanistiske aspekter af sygeplejefaget, som sygeplejerskestuderende og nyuddannede efterspørger: etik, kommunikation, empati, nærvær.

Patienterne

Patientens præferencer til egen behandling og pleje vil antageligt få en markant stærkere plads i datagrundlaget for evidensbaseret praksis, hvis det narrative bliver en integreret del af sygeplejerskens rolle. Dette vil være en imødekommelse af patienternes ønske om i højere grad at blive medinddraget i eget forløb i sundhedsvæsenet (5).

Det politisk-økonomiske niveau

Narrativ medicin nævnes som værende særligt relevant i forhold til patienter, der er langvarigt eller kronisk syge (21). Netop denne gruppe er i politisk-økonomisk fokus. Det læge-centrerede sundhedsvæsen er specialiseret i behandling og helbredelse. Et fremtidigt supplerende sygeplejerske-centreret sundhedsvæsenet kunne – blandt andet i kraft af sygeplejerskernes narrative kompetence – tage ansvar for at have tilbud til patienter, der ikke kan helbredes, men hjælpes "at leve det bedst mulige liv indenfor de begrænsninger som deres sygdomme medfører" (13) .

Litteraturliste

I opgaven er referencesystemet Vancouver anvendt. Dette system er bl.a. beskrevet i en vejledning fra UC Syd, som kan downloades fra KP's bibliotek: www.phbibliotek.dk/kp/ogaveskrivning/referencestandarder

1. Danske Professionshøjskoler. Fakta om sygeplejerskeuddannelsen [Internet]. 2019 [henvist 31. december 2020]. Tilgængelig hos: https://danskeprofessionshøjskoler.dk/wp-content/uploads/2019/02/Fakta-om-sygeplejerskeuddannelsen-Endelig-17012019-167876_1_1-002.pdf
2. Mathar H. Frafald og fastholdelse af studerende i sygeplejerskeuddannelsen. Sygeplejersken [Internet]. 2011 [henvist 31. december 2020];14:72–80. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2011-14/frafald-og-fastholdelse-af-studerende-i-sygeplejerskeuddannelsen>
3. Petersen KA, Højbjerg K, Boge J. Klinikens didaktik i et professionspædagogisk perspektiv. Klin Sygepleje. 2017;31(4):243–56.
4. Jensen CJ. Nyuddannede sygeplejerskers møder med realiteterne på medicinske afsnit i reformerede sygehuse : en institutionel etnografisk undersøgelse [Internet]. [Roskilde]: Roskilde Universitet; 2018 [henvist 3. januar 2021]. Tilgængelig hos: https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/62432156/For_open_access_2c_Ph.d._afhandling_2c_Carsten_Juul_Jensen_2c_Nyuddannede_sygeplejersker.pdf
5. Kompetencecenter for Patientoplevelser. LUP Somatik & Akutmodtagelse 2019 - Hvad er vigtigt for patienterne? [Internet]. Frederiksberg; 2019 [henvist 31. december 2020]. Tilgængelig hos: https://patientoplevelser.dk/files/dokumenter/filer/LUP/2019/lup-somatik-og-akutmodtagelse-2019_temarapport.pdf
6. Dietz SM. Køn, kald & kompetencer : Diakonissestiftelsens kvindefællesskab og omsorgsuddannelser 1863-1955. Svensmark G, redaktør. Kbh.: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2013. 344 sider.
7. Winther B, Madsen KH. Sygeplejefprofessionen. I: Suhr LK, Winther B, redaktører. Basisbog i sygepleje - krop og velvære. 2. udg. København: Munksgaard ; 2011. s. 19–49.
8. Martinsen K. Øjet og kaldet. 1. udg. København: Munksgaard ; 2001.
9. Eriksson K. Lidelsen i sygeplejen. I: Det lidende menneske. 2. udg. Kbh: Munksgaard; 2014. s. 76–93.

10. Baumann AO, Deber RB, Silverman BE, Mallette CM. Who cares? Who cures? The ongoing debate in the provision of health care. *J Adv Nurs*. 1998;28(5):1040–5.
11. Uddannelses- og Forskningsministeriet. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje. BEK nr 804 af 17/06/2016 2016.
12. Styrelsen for Forskning og Uddannelse. FORSK2025 – fremtidens løfterige forskningsområder [Internet]. København; 2017 [henvist 31. december 2020]. Tilgængelig hos: <https://ufm.dk/forskning-og-innovation/forsk2025>
13. Københavns Universitet. FORSK2025- processen - indkomne indspil [Internet]. FORSK2025. 2020 [henvist 7. december 2020]. Tilgængelig hos: <https://ufm.dk/forskning-og-innovation/forsk2025/indkomne-indspil/videninstitutioner/universiteter/ku-samlede-indspil/ku-sundhed-og-livskvalitet>
14. Mathar H, Odgaard E. Klinisk beslutningstagen i sygepleje. I: Hjortsø M, Malling C, redaktører. *Sygeplejebogen 2 - grundlæggende behov*. 5. udg. Gad; 2017. s. 12–27.
15. Krogh J, Thomsen SF. *Forskning i sundhed : anvendte metoder i sundhedsvidenskab*. 2. udg. Kbh.: FADL; 2018. 263 s.
16. Forsberg C, Wengström Y. Inledning. I: *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4. udg. Stockholm: Natur & kultur; 2016. s. 15–23.
17. Simonsen MK. Den kvantitative metode i sygeplejen. I: Hundborg S, Lynggaard B, redaktører. *Sygeplejens fundament*. 2. udg. København: Dansk Sygeplejeråd - Nyt Nordisk Forlag; 2013. s. 186–99.
18. Birkler J. *Etik i sundhedsvæsenet*. 1. udgave. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2006. 181 sider.
19. Sundheds- og Ældreministeriet. Sundhedsloven [Internet]. LBK nr 903 af 26/08/2019 aug 26, 2019. Tilgængelig hos: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>
20. Jacobsen CB, Pedersen VH, Albeck K. Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed [Internet]. København; 2008 [henvist 22. december 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/~media/AFCF19A968C445238B19027CB3E2CAE4.ashx>
21. Mattingly C. Den narrative udvikling i nyere medicinsk antropologi. *Tidsskr Forsk i Sygd og Samf*. 22. juni 2005;2(2):13–40.

22. Region Hovedstaden. Early Warning Score - systematisk observation og risikovurdering af indlagte patienter samt dertil hørende handlingsalgoritme. Region Hovedstaden; 2014. s. 1–8.
23. Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. JAMA [Internet]. 17. oktober 2001;286(15):1897–902. Tilgængelig hos: <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>
24. Kleinman A. Medical sensibility: whose feelings count? Lancet, The. 2013;381(9881):1893–4.
25. Louw A, Hansen N-HM. Det gode uddannelsesliv i praktikken. København; 2018 dec.
26. Tsuruwaka M, Asahara K. Narrative writing as a strategy for nursing ethics education in Japan. Int J Med Educ. 2018;9:198–205.
27. Rasmussen SP. En undersøgelse af sygeplejestuderendes trivsel i praktikuddannelse i en hospitalsafdeling, og betydningen heraf i forhold til frafald [Internet]. [Odense]: Syddansk Universitet; 2010 [henvist 31. december 2020]. Tilgængelig hos: https://www.sdu.dk/-/media/files/forskning/phd/phd_hum/afhandlinger/2010/susan+ptak+rasmussen+ph+d+afhandling+samlet.pdf
28. Mandag Morgen, TrygFonden. Sundhedsvæsenet – ifølge danskerne [Internet]. København; 2016 [henvist 31. december 2020]. Tilgængelig hos: <https://www.tryghed.dk/viden/publikationer/sundhed/sundhedsvaesenet-ifoelge-danskerne>
29. Pedersen BD. Fortælling som empirisk materiale. I: Glasdam S, redaktør. Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelige metoder. 2. udg. København: Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2015. s. 179–88.
30. Ilkjær I. Ånde-nød - En undersøgelse af eksistentielle og åndelige fænomeners betydning for alvorligt syge patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse [Internet]. 1. udg. København: Det Teologiske Fakultet, Københavns Universitet; 2012 [henvist 31. december 2020]. Tilgængelig hos: https://forskning.ku.dk/soeg/result/?pure=files%2F63613346%2FIngeborg_Ilkjaer_Aande_noed_til_CURIS.pdf
31. Horsdal M. Tilværelsens fortællinger: tilegnelse og anvendelse. 1. udg. København: Hans Reitzel; 2017.
32. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: Why study narrative? BMJ Br Med J

(International ed). 1999;318(7175):48–50.

33. Elsass P, Lauritsen P. Humanistisk sundhedsforskning : teori, metode, praksis. 1. udgave. Elsass P, Lauritsen P, redaktører. Kbh.: Hans Reitzel; 2006.
34. Den Danske Ordbog. Fortælling [Internet]. ordnet.dk. [henvist 13. december 2020]. Tilgængelig hos: <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=fortælling>
35. Columbia University. Master of Science in Narrative Medicine [Internet]. [henvist 18. december 2020]. Tilgængelig hos: <https://sps.columbia.edu/academics/masters/narrative-medicine>
36. Syddansk Universitet. Narrativ Medicin [Internet]. [henvist 18. december 2020]. Tilgængelig hos: https://www.sdu.dk/da/om_sdu/fakulteterne/humaniora/forskning/human_health/forskning/narrativ_medicin/work_packages
37. Yang N, Xiao H, Cao Y, Li S, Yan H, Wang Y. Does narrative medicine education improve nursing students' empathic abilities and academic achievement? A randomised controlled trial. *J Int Med Res.* 2018;46(8):3306–17.
38. Deen SR, Mangurian C, Cabaniss DL. Points of Contact: Using First-Person Narratives to Help Foster Empathy in Psychiatric Residents. *Acad psychiatry.* 2010;34(6):438–41.
39. Carson AM. That's another story: narrative methods and ethical practice. *J Med Ethics.* 2001;27(3):198–202.
40. Dhurandhar A. Writing the Other: An Exercise in Empathy. *J Learn through Arts.* 2009;5(1).
41. Hedensted RV. Teoretiske perspektiver på læring: Donald A. Schön om refleksion som læringsbegreb. I: Tejmers JW, Lind J, redaktører. *Pædagogik - for sundhedsprofessionelle.* 3. udg. København: Gad; 2020. s. 61–72.
42. Jacobsen B. Hvad er eksistentiel psykologi? I: Livets dilemmaer : en bog om eksistentiel psykologi. 1. udg. Hans Reitzels Forlag; 2007. s. 13–41.
43. Ricoeur P. Hvad er en tekst? Forklare og forstå. I: Kemp P, redaktør. *Danske værker.* 1. udg. København: Tiderne Skifter; 2017. s. 131–54.
44. Remein CDF, Childs E, Pasco JC, Trinquart L, Flynn DB, Wingerter SL, m.fl. Content and outcomes of narrative medicine programmes: A systematic review of the literature through 2019. *Bd. 10, BMJ*

Open. BMJ Publishing Group; 2020.

45. Paterson BL. Developing and maintaining reflection in clinical journals. *Nurse Educ Today*. 1995;15(3):211–20.
46. Bæch SB. Det er ikke farligt at berøre et andet menneske. *Fag Forsk* [Internet]. april 2017 [henvist 31. december 2020];4:14–5. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2017-4/det-er-ikke-farligt-at-beroeere-et-andet-menneske>
47. Bæch SB. Dans og god jordforbindelse styrker mødet med patienten. *Fag Forsk* [Internet]. april 2017 [henvist 31. december 2020];4:12–3. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2017-4/dans-og-god-jordforbindelse-styrker-moedet-med-patienten>
48. Winther H. *Praksisfortællinger. I: Glasdam S, redaktør. Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelige metoder. 2. udg. København: Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2015. s. 218–26.*
49. Jensen CJ. *Deltagerobservation - hverdagslivet på medicinske afsnit. I: Frederiksen J, Larsen NS, redaktører. Undersøgelsesmetoder i sundhedsfagligt arbejde : en grundbog. 1. udg. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2019. s. 103–18.*
50. Baarts C. *Autoetnografi. I: Brinkmann S, Tanggaard L, redaktører. Kvalitative metoder: en grundbog. 2. udg. København: Hans Reitzel; 2015. s. 169–80.*
51. Tjørnhøj-Thomsen T, Whyte SR, Høybye MT. *Feltarbejde og deltagerobservation. I: Vallgård S, Jensen AMB, redaktører. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 5. udg. København: Munksgaard ; 2019. s. 95–124.*
52. Riis AH, Birkelund R. *Dialog og forståelse. I: Jørgensen K, redaktør. Kommunikation for sundhedsprofessionelle. 4. udg. København: Gads forlag; 2017. s. 31–48.*
53. Hummelvoll JK. *Psykiatrisk sygepleje. I: Simonsen E, Møhl B, redaktører. Grundbog i psykiatri. 2. udg. København: Hans Reitzels forlag; 2017. s. 751–69.*
54. Lauveng A. *Unyttig som en rose. 1. udg. København: Akademisk Forlag; 2009.*
55. DasGupta S, Charon R. *Personal Illness Narratives: Using Reflective Writing to Teach Empathy* [Internet]. Bd. 79, *Acad Med*. 2004. Tilgængelig hos: <http://journals.lww.com/academicmedicine>

56. Fioretti C, Mazzocco K, Riva S, Oliveri S, Masiero M, Pravettoni G. Research studies on patients' illness experience using the Narrative Medicine approach: a systematic review. *BMJ Open*. 2016;6(7).
57. Dahlager L, Trøstrup C. Narrativ metode - arbejdet med lidelseshistorier og fortællingens kraft. I: Frederiksen J, Larsen NS, redaktører. *Undersøgelsesmetoder i sundhedsfagligt arbejde : en grundbog*. 1. udg. København: Samfundslitteratur; 2019. s. 27–41.
58. Søren Kierkegaard Forskningscenteret. Søren Kierkegaard citater. <https://teol.ku.dk/skc/sab/citater/>.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1

Tabel 1 - Studier med undersøgelse af sundhedsfaglige studerende, der anvender eget narrativ til refleksion over egne patientinteraktioner

Table 1 – Studier med undersøgelse af sundhedsfaglige studerende, der anvender eget narrativ til refleksion over egne patientinteraktioner

Titel	Emne	Metode	Deltagere	Resultat	Forfatter	År
Narrative writing as a strategy for nursing ethics education in Japan	Undersøge effekten af at lære etik i sygeplejepraksis gennem narrativer	narrative writing (reflective writing)	86 sygeplejerskestuderende i klinisk undervisning	Narrativ skrivning i sygeplejerskeuddannelsens etikundervisning kunne føre til etisk praksis	Mari Tsuruwaka, Kiyomi Asahara	2018
Writing the Other - An Exercise in Empathy	Om skrivning af førstepersonsnarrativer kan fremme empati hos studerende	Imaginative writing (reflective writing)	17 lægestuderende, teoretisk undervisning (på uddannelsesinstitutionen)	De studerende blev bedre til at forstå "den andens" perspektiv	Dhurandhar, Anjali	2009
Points of Contact: Using First-Person Narratives to Help Foster Empathy in Psychiatric Residents	Om skrivning af narrativer kan frembringe empati i psykiatrisk praksis	writing of first-person narrative pieces (reflective writing)	En lægestuderende (et case-studie) i klinisk undervisning	Skrivelser hjalp praktikanten med at skabe relation til patienten og med at selv-reflektere	Serina R Deen, Christina Mangurian, Deborah L Cabaniss	2010
Does narrative medicine education improve nursing students' empathic abilities and academic achievement?	Undersøge effekten af en narrativ medicinsk uddannelsesintervention på empati og akademisk formåen	RCT. En af tre grupper fik 'narrative medicine education that integrated theory with practice'	180 sygeplejerskestuderende. Inddelt i tre grupper. Gruppe tre (55 studerende), som havde signifikant forbedret empati-score, fik som eneste gruppe klinisk undervisning med reflective writing	En narrativ medicinsk intervention, der kombinerer teori og praksis, er en effektiv, evidensbaseret strategi for forbedring af sygeplejerskestuderendes empatiske og akademiske formåen	Ningxi Yang, Han Xiao, Yingnan Cao, Shiyue Li, Hong Yan, Yifang Wang	2018
Personal Illness Narratives: Using Reflective Writing to Teach Empathy	Undersøge hvordan en 'personlig sygdomshistorie' kan styrke studerendes empati	reflective writing	16 lægestuderende, teoretisk undervisning (på uddannelsesinstitutionen)	At skrive og reflektere over personlig sygehistorie har en positiv påvirkning på deres forståelse af eller evne til at drage omsorg for patienter	Sayantani DasGupta, Rita Charon	2004
That's another story: narrative methods and ethical practice	Undersøge brugen af studerendes egne narrativer som cases i etikundervisning	reflective writing	studerende, der deltager i et kursus i sundhedsetik, antal ikke opgivet	Bedre mulighed for at frembringe nuancer i, hvad der er på spil i situationen	Alex M Carson	2001