
Har du møtt Mao?

TEMA

JOHN NESSA

Email: john.nessa@isf.uib.no

Universitetet i Bergen

og

Kommunelegekontoret

4130 Hjelmeland

Kva kjenneteiknar ein klinisk samtale, og korleis skal ein utøve god samtalekunst i møtet med pasienten? Skal ein svare på dette, lyt ein først erkjenne at god kunst – også samtalekunst – er vanskeleg, og at god praksis føreset god og adekvat teori. Denne artikkelen gir innsikt i enkelte aspekt ved språk- og kommunikasjonsteori. Med utgangspunkt i fortellesteori – narratologi – bli det presentert ein klinisk vignett som illustrerer det grunnleggjande narrative elementet i god samtale. Artikkelen nyttar tre overordna omgrep frå samtaleanalyse, nemleg interaksjon, transaksjon og kontekst for å kaste lys over den mellommenneskelege prosessen ein samtale er. Det blir argumentert for at det er nyttig å skilje mellom tre idealtypar for klinisk kommunikasjon: den konsultative, den psykoterapeutiske og den narrative samtale. Legen har som profesjonell yrkesutøvar hovudansvaret for å styre samtalen, og definere det medisinske arbeidet ein utfører gjennom samtalen. Skal han/ho lukkast i dette arbeidet, må han/ho vere meir personleg, individuell og spontan enn det har vore tradisjon for å vere som lege tidlegare. Det ligg også i saka sin natur at ein samtale er eit samarbeid der pasienten har eit medansvar for at den kliniske samtale skal bli vellukka.

Eit paradoksalt trekk ved det å samtale er at det er enkelt og vanskeleg på same tid. Ein kan hevde at vi alle har samtalekompetanse: har vi lært oss eit språk, kan vi også samtale. På den andre sida tyder til dømes klagesaker på at det er nettopp i samtalen vi kjem til kort som profesjonsutøvarar.

Det er med samtalen som det er med aksjekjøp. Reint teknisk kan vi alle kjøpe aksjer. Det er berre å oppsøkje næraste bank. Men dersom vi vil oppnå det som vanlegvis er føremålet med aksjekjøp, å investere, skape verdier, tene pengar,

blir aksjekjøp straks vanskeleg. Aksjekjøp føreset innsikt i korleis marknaden fungerer. Skal samtalen fungere adekvat som medisinsk arbeid, føreset det teoretisk innsikt i språk- og kommunikasjonsteori.

I denne artikkelen skal eg reflektere over kva ein klinisk samtale er. Eg vil søkje teoretisk ankerfeste i fortelleteori (narratologi), som forstår mennesket primært som fortellande vesen, og språket som eit grensesnitt mellom mennesket og omverda. Eg vil illustrere mitt resonnement med eit klinisk eksempel, og argumentere for at det som skjer i samtalen ikkje kan reduserast til objektive, etterprøvbare sanningar. Eg vil nytte tre sentrale teoretiske omgrep frå samtaleanalyse: interaksjon, transaksjon og kontekst. Eg vil avslutte med å presentere ein måte å samtale klinisk på som er forskjellig frå både den konsultative og den psykoterapeutiske samtalen. Denne samtaletypen har eg valgt å kalle den narrative eller dialogiske samtalen.

Narratologi

Fortelleteori – narratologi – er eit omgrep lånt frå litteraturteori, opprinneleg brukt av franskmannen Gérard Genette i boka *Fortellingens diskurs* (1) slik Aaslestad legg det fram. Omgrepet, som dels refererer til teori, dels til litteraturanalytisk metode, har blitt allemannseige og ekspandert til andre fagfelt. Mange har latt seg fascinere av den innsikta at det ”objektet” ein vil studere, ikkje er direkte tilgjengeleg, men blir presentert som fortellingar om objektet. Å studere slaget ved Hafrsfjord er å studere Snorres tekstar om dette. Medisinens objekt er pasienten med sine sjukdommar. Dei kjem også til oss som ulike fortellingar, frå pasienten, frå patologen, frå den medisinske læreboka. Medisinens samla kunnskapsbase kan forståast som ei samling tekstar – tekstar som blir reviderte og omskrivne kvar einaste dag. Pasienten er ”gullstandarden”, og vi gjer klokt i å fylgje sir William Osler's råd: ”Det er ein god regel alltid å ha ein pasient til å illustrere det ein vil lære bort, og den beste undervisning er det pasienten sjølv kan fortelle” (2).

Idémessig og ideologisk står narrativ medisin i ein ettermoderne tradisjon. Tradisjonen protesterer implisitt på modernitetens dominerande førestilling om den store og eine sanninga, den store og dominerande fortellinga, førestillinga om at alt kan reduserast til ei og den same eindimensjonale, empiriske sanninga. I staden for Den Store Fortellinga møter ein i vår kultur mange småfortellingar som konkurrerer om å dominere, konkurrerer om merksemda. Sagt på ein språkvitskapleg måte: Det er snakk om kva fortelling, kva språkspel eller diskurs (=tekst i kontekst) som skal ha autoritet (3). Tradisjonen har fått litt forskjellige namn i medisinen. ”Narrative based medicine” er brukt, truleg for å relatere det til ”evidence based medicine”, mens Hellström omtaler same fagtradisjonen som dialogmedisin (4, 5). Den narrative medisin nyanserer og problematiserer den moderne fortellinga at mennesket primært er biologi + tanke. ”Mennesket er eit dyr,” sa Freud. ”Eg tenkjer, altså er eg,” sa Descartes. Mot dette står ein gamal og til dels sjølvinnlysande førestilling om at det som skil mennesket frå dyra først og fremst er det at

mennesket fortel historier. Som moralfilosofen MacIntyre poengterer heng identitet og fortelling saman (6). Til dømes er vårt sjølvbilete den fortellinga om oss sjølv som vi har gitt autoritet.

Klinisk vignett

Ein svensk kollega fortel frå eigen praksis: Han arbeider som allmennpraktikar i eit innvandarmiljø. Ei eldre, kinesisk kvinne kjem på kontoret. Han kjenner henne ikkje frå før. Ho er lita, lutrugga, fåmælt og mutt, vanskeleg å få kontakt med. Vår kollega var usikker på kvifor ho kom, og blei ikkje klokare av det svaret han fekk initialt. Han forstod at for å etablere kontakt, måtte han prøve ein ny vri: Har du møtt Mao?

Det var som å pumpe opp ein flat ballong. Kvinna blei rett i ryggen, gav blikkontakt, og deklamerte spontant eit langt revolusjonsdikt. Det same diktet hadde ho framført den eine gongen i sitt liv ho hadde møtt formann Mao. Ho hadde brukt heile livet sitt i revolusjonens teneste. Men ho var ikkje førebudd på at det hadde interesse for eit mett og vestleg orientert Sverige. Det var ingen kontaktvanskar mellom pasient og lege lenger. Ved slutten av konsultasjonen strauk kvinna legen lett over nakken: "Eg ser du har stive skuldre. Du skulle ha prøvd kinesisk akupunktur."

Det interaksjonelle og det transaksjonelle

Det første denne vignetten kan illustrere, er tilhøvet mellom dei ulike nivå i ein samtale. I einkvar samtale går det føre seg mange ting på same tid. Det er vanleg i samtaleteori å skilje mellom det som går på innhald og det som går på relasjon (7). Det som uttrykker ein manifest bodskap, det som informerer og presenterer ny kunnskap, blir gjerne omtalt som det transaksjonelle elementet i samtalen. I tillegg er det eit interaksjonelt element vevd inn i det transaksjonelle. Det interaksjonelle formidlar rollerelasjonar og emosjonar, "kjemien" i det personlege møtet mellom to aktørar, og avgjer i høg grad korleis folk opplever ein samtale. Killingmo nyttar ein liknande distinksjon når han med bakgrunn i psykoanalytisk teori skildrar skilnaden mellom den manifeste (=den transaksjonelle) og den latente (=den interaksjonelle) bodskapen (8).

Det interaksjonelle aspekt ved ein samtale er det første, siste, viktigaste, det ubetinga vilkåret for at ein samtale skal kunne fungere. Skal det transaksjonelle fungere, må det interaksjonelle vere på plass. Skal vår svenske kollega komme til poenget, få oppklart kvifor denne pasienten kom til lege, må personane eksponere seg for kvarandre først. Mao blir fellesnemnaren, Mao blir grunntonen, Mao blir det objektet som samhandlinga kan starte ut frå, som kan få fart på samtalen.

Legar er gjerne opplærte til å tru at det er det transaksjonelle elementet av samtalen som er viktigast i klinisk praksis. Til dømes legg undervisninga i konsultasjonsteknikk klart mest vekt på dette aspektet. Men fordi det interaksjonelle elementet er til stades og styrer alle samtalar, blir dette aspektet

like viktig og ofte viktigare, noko også både teoretisk og røynslebasert litteratur viser (9, 10). Spesielt får Killingmo godt fram kor store konsekvensar det har dersom det interaksjonelle, latente aspektet blir oversett.

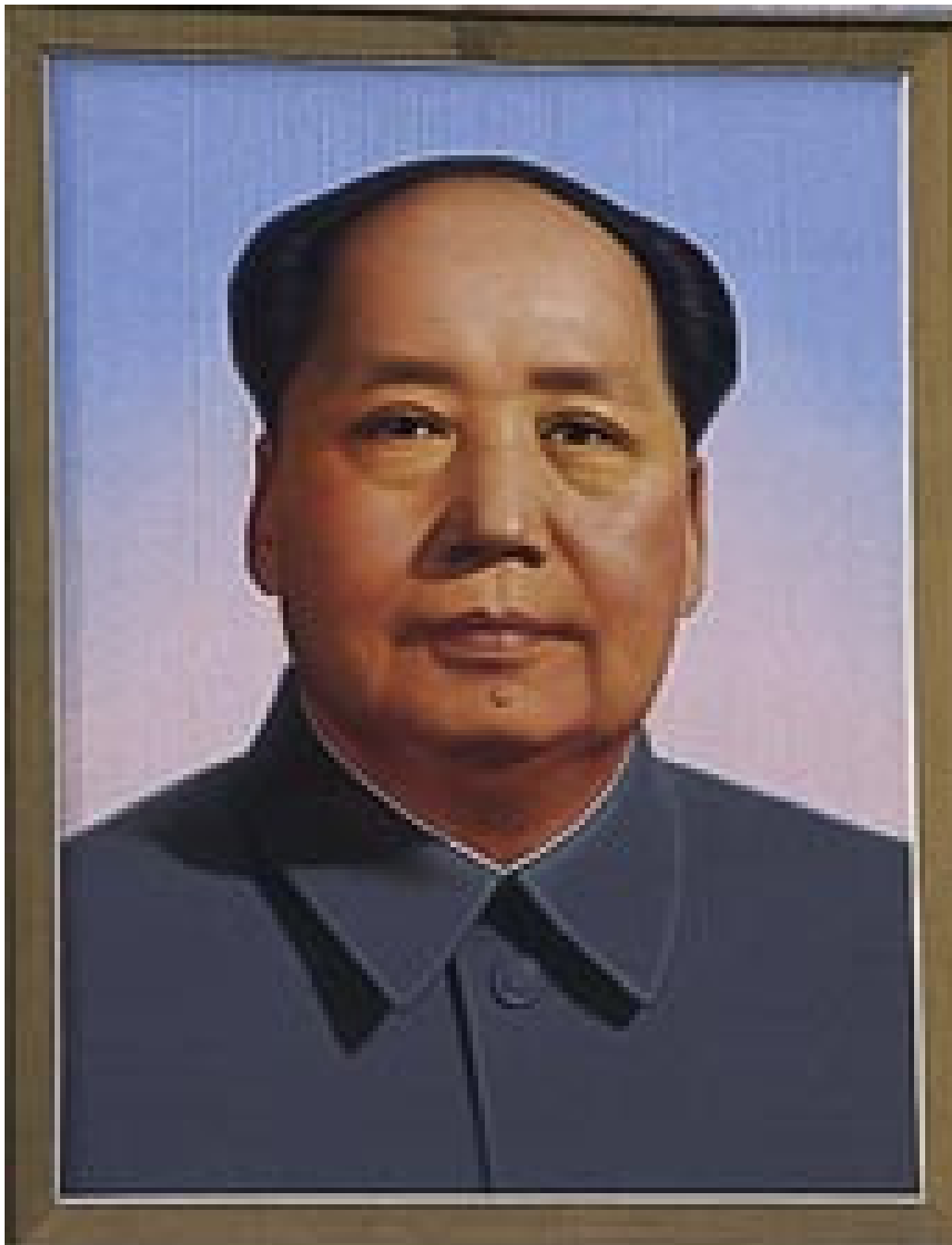
Kontekst

Kontekst er den meiningsskapande samanhengen ein tekst opptrer i. Ein samtale finn alltid stad i ein konkret samanheng. Og denne samanhengen bestemmer korleis det som blir sagt, skal forståast. Å analysere ein samtale fri frå kontekst blir heilt meningslaust. Eit døme: På eit kurs om klinisk kommunikasjon oppstod det ei tilsynelatande usemje mellom to legar om bruken av ordet ”heldigvis”. Den eine legen fortalde om ein kollega som stadig brukte dette ordet då han hadde undersøkt pasienten og kunne konkludere med at pasienten ”heldigvis” ikkje hadde hjartesyjukdom. Dette ordet fungerte fint i den konteksten. Ein annan lege reagerte likevel stekt på dette ordet fordi han hadde mista eit lite barn og folk like etterpå hadde mint han om at han ”heldigvis” kunne få fleire barn.

Det å forstå og fortolke kontekst er eit sentralt element i all samtalekompetanse. Pasient-lege-samtalen er høgkontekstuell. Det tyder at samtalen er standardisert og langt på veg programmert på førehand, mykje av meininga sit i veggane i konsultasjonsrommet, både pasient og lege tolkar implisitt samtalen i lys av det ein ”bør” snakke om på eit legekontor.

Konteksten set grenser for den kliniske samtalen som ofte kan vere lite føremålstenleg. Malterud har med sitt nøkkelspørsmål til kvinnelege pasientar: ”Kva skulle du egentleg aller helst ønske deg at eg kunne hjelpe deg med i dag?” på ein elegant måte vist korleis ein kan komme unna kontekstuelle avgrensingar i konsultasjonen (11). Dette spørsmålet, som ikkje er upassande eller insinuerande, tvingar både pasient og lege ut av vanetenkinga, og inviterer pasienten til å lytte til sine meir grunnleggjande behov. Spørsmålet signaliserer samstundes at det er legitimt og relevant for ein pasient på eit legekontor å snakke om livet sitt utan at det skal bli forstått i ein snever kontekst som uttrykk for mental sjukdom.

Det er noko av det same grepet vår svenske kollega tar. Når han spør om pasienten har møtt Mao, sprengjer også han kontekstuelle avgrensingar og signaliserer mellom linjene at pasientens liv og røynslebakgrunn, pasienten si eiga fortelling er interessant og adekvat også for legen. Dette er intelligent gjort mellom anna fordi det løftar pasienten fram og inviterer henne til å samhandle med legen på ein rask, rasjonell og adekvat måte.



Bildet av Mao på Den Himmelske Freds Plass. Beijing. Foto Tom Schandy, Samfoto

Dialog, ikkje monolog

Som Killingmo peikar på er ordet "samtale" betre enn det meir tekniske omgrepet "kommunikasjon" fordi det understrekar at det er noko to parter er felles om. Det er eit gjensidig tilhøve mellom pasient og lege, samtalen er ei form for samhandling, ei form for samarbeid som ingen heilt ut kan kontrollere, og der begge er ansvarleg for utfallet. Gir ein samtalen sjølvstendig verdi i klinisk arbeid, bryt ein samstundes med ein del implisitte førestillingar som har vore dominerande i moderne klinisk arbeid. Den første førestillinga som må nyanserast, er at sjukdommen er overordna pasienten. Ein kan snu på

dette og seie at pasientens fortelling om eigen sjukdom kjem både før og etter og er overordna sjukdommen. Det pasienten fortel, og det pasienten forstår er ikkje irrelevant, men hyperrelevant for utfallet av det medisinske arbeidet.

Den andre førestillinga ein lyt problematisere, er at samtalen er ”sann”. Det som kjem fram i samtalen er ikkje sant i medisinsk/empirisk forstand. Sanninga forstått som harde fakta er dei svar ein får ved standardiserte undersøkingar. Epikrisene er sanne, men kanskje ikkje alltid interessante. Styrken ved samtalen er ikkje at den får fram sanninga, men at han er meningsfull, relevant, adekvat i forhold til problemstillinga. Som Karin Sveen peikar på, er ikkje meining noko som finst (12). Meining er noko som blir skapt. Sanning derimot finst. Sanninga er definitiv, eintydig og meningslaus. Meining blir til når du søker den, i den meiningssøkjande rørsle. Det er greitt med fakta. Og den meininga vi skaper, bør helst ikkje gå på tvers av fakta. Men det som er mest interessant, er kva meining ein skal tillegge fakta, gitt ein definert problemstilling.

Det fylgjer av dette at samtalen ikkje beviser noko som helst. Han produserer ikkje vitskapsbasert kunnskap, er ikkje objektiv, men heller ikkje reint subjektiv. Derimot er han intersubjektiv, produsert like mykje av tilhøyraren som av fortellaren. Intervensjonen: ”Har du møtt Mao?” endrar også på det pasienten vil komme til å fortelje seinare i konsultasjonen. Ein samtale er irreversibel og kan i prinsippet ikkje reproduserast. I den medisinske konsultasjonen er legen redaktør av pasientens fortelling.

Sidan det ikkje er sant, men meningsfullt og interessant det pasienten fortel, kan ein ikkje trekkje ein endeleg og eintydig konklusjon. Det er som regel heller ikkje det som er det primære behovet. Det det oftast er trong for, er å få til endring hos pasienten, få han eller henne i gang. Ikkje be-handling, men handling trengst. Pasienten skal som regel ikkje opererast, men bli operativ i eige liv. Kva skjedde med den kinesiske kvinna? Vi kan berre fantasere om det. Men kanskje ho kjende seg meir vel i det svenske samfunnet, og hadde mindre behov for helsetenester etterpå. I så fall hadde alle oppnådd ein gevinst.

Ein tredje type samtale

Den kliniske samtalen, slik han går føre seg i dei fleste konsultasjonar, er saksorientert. Føremålet er å få fram det medisinske innhaldet og samle relevant informasjon om pasienten, samt informere tilbake om diagnose og behandling. Ein snakkar gjerne om behandling, men samtalen er prinsipielt sett ikkje del av denne behandlinga.

Alternativet til den konsultative samtale er den psykoterapeutiske samtalen. Han har som utgangspunkt at pasienten har ei diagnostiserbar lidning som gjennom samtale kan manipulerast og behandlast slik at pasienten blir frisk. Ein legg vidare til grunn at samtalen fylgjer bestemte metodar, til dømes kognitive teknikkar, som terapeutisk verktøy. Samtalen blir terapi, samtaleterapi.

Mange med innsikt, ikkje minst folk med språkleg og litterær innsikt, har ofte peika på kor unyttig og destruktiv den kliniske samtalen ofte er. Ernst Orvil har gitt dette ei poetisk form i diktet *Konsultasjon* (ramme). Og Karin Sveen har sjølv hatt vond rygg og var hos lege: "Det prolaptiske benet stivnet langsomt, slik samtalen mellom behandler og klient er stiv og stum. Det eneste av betydning i samtalen er det usagte. Det er det usagte som bidrar til behandlingsformer som slår feil" (12).

Karin Sveen omtaler den konsultative samtalen som spastisk, med karakter av tilsynelatande dialog og kunstig jovialitet. Ho ser ikkje den psykoterapeutiske samtalen som noko godt alternativ, men etterlyser eit tredje alternativ "på det personlege språkets uunngåelige måte, for å få språket til å bevege seg gjennom de stive kroppene, og de stive kroppene til å bevege seg igjen". Går det an å skissere eit tredje alternativ, ein tredje type klinisk samtale, som legen nyttar eller bør nytte for å yte pasienten adekvat hjelp? Eg meiner ja, og eg vil omtale dette tredje alternativet som den narrative samtale.

Den narrative samtalen har meir preg av eit personleg møte mellom to likestilte individ enn både den konsultative og den psykoterapeutiske samtalen. Ekspertdimensjonen hos terapeuten er i utgangspunktet tona ned, i staden er pasientens fortelling om eige liv, eigne plager og eiga forståing av livet i fokus. Han er meir open, ustrukturert og individualisert enn den metodiske, konsultative eller psykoterapeutiske samtale. Han har eit støttande preg, det Winnicott omtaler som "holding function", og rører seg i grenselandet mellom liv og sjukdom (13). Han forstår pasienten som eit fritt og autonomt individ, og har samstundes som mål å styrkje pasienten sin autonomi (empowerment). Han ivaretar grunntrekka i all god samtale og terapi, og kan gjerne seiast å maksimere placeboeffekten (14).

Den konsultative, den psykoterapeutiske og den narrative samtalen er abstraksjonar og idealtypar det er nyttig å halde frå kvarandre analytisk når ein skal omtale legen sine oppgåver i samtale med pasienten. Mange forfattarar har understreka samtalens komplekse natur, og ein kan i praksis ikkje reindyrke ein av desse tre samtaleformene. Tvert om er det i alle samtalar både innslag av informasjonsoverføring og personleg møte, både overføring av sakkunnskap og overføring/motoverføring i psykodynamisk forstand, som definerast som overføring av haldningar, kjensler og fantasiar som deltakarane opplever hos kvarandre. Legens rolle er å styre samtalen "hen til et bestemt sted", mot eit fastlagt mål (15). Dette målet kan vere å få pasienten til å forstå, få pasienten til å oppleve annleis, få pasienten til å handle annleis, få pasienten til å få eit adekvat grep om eiga fortelling. Føresetnaden for å få til dette er at det blir etablert – bevisst eller ubevisst – ein grunnleggjande tillit mellom pasient og lege. Pasient og lege må etablere ei fortelling om kvarandre som er "operativ", som opnar og ikkje stengjer for det medisinske saksinnhaldet. Legen har det profesjonelle ansvaret for å styre samtalen. Såleis har han hovudansvaret, men ikkje eineansvaret for å leggje til rette for ein god samtale. Når dialogen mellom den kinesiske kvinna og den svenske legen fungerte så godt, var det fordi kvinna valde å ta mot invitasjonen til å snakke om Mao, og såleis opne seg for legen. Men det var legen som initialt tok den personlege risikoen ved å bringe eit ikkje-medisinsk perspektiv inn i samtalen.

Ei slik samtaleform føreset normalt at pasient og lege kjenner kvarandre rimeleg bra og på eit vis er på bølgelengd. Slik sett er det implisitt eit argument for faste og stabile pasient-lege-relasjonar. Forma impliserer også ei endring av ei tradisjonell, men etter kvart avleggs profesjonsrolle, som går ut på at legen primært skal vere objektiv observatør, vise affektiv nøytralitet/”detached concern”, vere upartisk, empirisk og rasjonell, gi lite av seg sjølv (13). Ein narrativ lege viser deltakande engasjement, er intuitiv og spontan, viser medkjensle og avsky, er ”drug doctor”. Dr. Relling i *Vildanden* har slike trekk. Han er synleg, ofte provoserande, viser personlege ”patiar”, er både støttande og fordømande på same tid. Som i all god kunst har Ibsen ikledd sin rollemodell så mange tvetydige aspekt at han vanskeleg kan reduserast til eit pedagogisk poeng eller klinisk ideal. Men eg merker meg med interesse at Orvil også bruker ”villanden” som ein sentral metafor i konsultasjonsdiktet sitt. I pasient-lege-møtet er det personlege uunngåeleg, og ei ressurs. Det tyder ikkje at alt skal flyte ut i det absurde, det tyder heller ikkje at legen skal miste styringa på samtalen og den terapeutiske prosessen. Men det tyder som Karin Sveen skriv, at legen må bli tydelegare som person, utan at det går ut over hans profesjonalitet: ”For på et legekontor er det alltid to fremmede som skal snakke sammen. Og skal en narrativ dialog finne sted, skal man møtes, så må den fremmede ikke forbli en fremmed. Begge parter møter hverandre med både forventninger og fordommer, og for å få hull på disse, kan narrasjonen være et middel . . . En slik fortelling kan så vel lege som klient være i stand til å formidle, også innenfor det tidsrom en relativt kortvarig konsultasjon omfatter. For det er ikke bare legen som skal gjøre den fremmede klienten til en hjemlig klient ved å lytte, det samme skal klienten” (12).

Konklusjon

Den kliniske samtalen kan bli ein langt meir kreativ og meiningsskapande aktivitet enn det til no har vore rom for innanfor praktisk medisin. Å lytte til pasienten er som å ”lytte etter holrom i språket” (16). Både det sagte og det usagte er viktig å få med seg. Legar på sitt beste lyttar til pasienten på mange plan. Anne Katrine Nore seier i eit intervju at ho ”prøver å fornemme det ugreie, ved at jeg interesserer meg for underteksten. Så er jeg heller ikke redd for å klappe pasientene på kinnet og ”håndspålegge” dem – jeg begynner jo å bli halvgammel, vet du” (17).

Det treng ikkje alltid vere ei ulempe å vere halvgamal.

Konsultasjon

- I betraktning av de til
- en viss grad og under
- de foreliggende omstendigheter,
- hører jeg doktoren tydelig si.
- Jeg sa at jeg gjerne ville
- skyte en villand.

- Og det er neppe, sa doktoren,
 - i den forstand avvikende
 - at vi ikke gjennom en
 - differensiert periode.
 - Jeg svarte at jeg gjerne
 - ville skyte en and.
-
- Innenfor rammen av hva
 - vi, sa doktoren, med tilgjengelige
 - medikamenter i dag faktisk
 - behersker. Jeg sa, denne gang
 - unnvikende, at jeg ønsket
 - å skyte en and.
-
- Men ikke uten pasientens egen
 - medvirkende vilje, sa doktoren,
 - til å reise en om vi skal
 - si etisk fundamentalitet.
 - Jeg sa at jeg om mulig
 - ville skyte en villand.
-
- Grenseskapende innenfor normer
 - som intet menneske kan bryte
 - uten å røre ved elementære
 - relasjoner, sa doktoren.
 - Relasjoner,
 - sa jeg og brøt som rimelig
 - kan være sammen i gråt.

Ernst Orvil

Frå Invitt til vellyst. Dikt i utvalg ved Johan Fredrik Grøgaard, Bokklubbens lyrikkvenner, og gjengitt frå diktsamlinga Idyller (1967)

LITTERATUR

1. Aaslestad P. Narratologi. En innføring i anvendt fortelle teori. Oslo: Cappelen, 1999.
2. Hunter KM. Doctors' stories. Princeton: Princeton University Press, 1991.
3. Røssaak E. Det postmoderne og de intellektuelle. Oslo: Spartacus Forlag, 1998.
4. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice. London: BMJ Books, 1998.
5. Hellström O. Patienten som person. Om mening ock dialog i allmänmedicinsk praktik. Doktoravhandling. Umeå: Umeå Universitet, 1999.

6. Holmes J. Narrative in psychotherapy. I: Greenhalgh T, Hurwitz B, red. Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice. London: BMJ Books, 1998: 177.
 7. Brown G, Yule G. Discourse analysis. Cambridge: Cambridge University Press, 1983: 1.
 8. Killingmo B. Den åpne samtalen. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 56 – 9.
 9. Steine S, Finset A, Lærum E. Hva er viktig for pasienten i møtet med allmennpraktikeren? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 349 – 53.
 10. Kushner T. Doctor-patient relationship in general practice – a different model. Ethics 1981; 7: 128 – 31.
 11. Malterud K. Allmennpraktikerens møte med kvinnelege pasienter. Doktoravhandling. Oslo: Tano, 1990.
 12. Sveen K. Den kultiverte lidelse. En bok om kropp og samfunn. Oslo: Oktober, 1997.
 13. Barnard D. Love and death: existential dimensions of physicians' difficulties with moral problems. J Med Philos 1988; 13: 393 – 409.
 14. Ekeland TJ. Mening som medisin. En analyse av placebofenomenet og implikasjoner for terapi og terapeutiske teorier. Doktoravhandling. Bergen: Psykologisk institutt, Universitetet i Bergen, 1999.
 15. Kierkegaard S. Synspunktet for min forfatter-virksomhed, andet afsnitt, § 2. Samlede værker, bd. 18. København: Gyldendal, 1962: 96.
 16. Fløgstad K. Dalen Portland. Oslo: Samlaget, 1977: 90.
 17. Hansteen T. Også blant legene finnes det bøfler. Helse 2000; 4, nr. 1: 6 – 7.
-

Publisert: 10. desember 2000. Tidsskr Nor Lægeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 17. februar 2026.