



Tidsskriftet
DEN NORSKE LEGEFORENING

Pasienters ordvalg og uttrykksmåter om siste konsultasjon hos allmennpraktiker

KLINIKK OG FORSKNING

SIRI STEINE

Institutt for allmennmedisin
og samfunnsmedisinske fag
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

ARNSTEIN FINSET

Institutt for medisinske atferdsfag
Postboks 1111 Blindern
0318 Oslo

EVEN LÆRUM

Institutt for allmennmedisin
og samfunnsmedisinske fag
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

I samtalen mellom lege og pasient kan språklige signaler være vanskelige å oppfatte eller tolke. Kunnskap om hvordan pasienter formidler erfaringer og opplevelser i konsultasjonen kan hjelpe legen til å gjenkjenne mønstre og forstå skjulte budskap.

Vi gjennomførte seks gruppesamtaler med til sammen 31 deltakere kort tid etter siste konsultasjon. Samtalene ble tatt opp på lydbånd, skrevet ut ordrett og analysert kvalitativt.

Vi fant sju gjennomgående språklige karakteristika: Opplevelsene ble gjengitt i jeg-form, med få direkte beskrivelser av legens ord eller handlinger. Subjektivitet ble understreket ved bruk av verb som «føle» og «tenke». Negative opplevelser knyttet til det enkelte legemøtet ble som regel generalisert ved at «han» eller «hun» ble byttet ut med det upersonlige «man» eller flertallsformen «de». Kritikkk ble formulert vagt og diffust. Ved formidling av negative følelser var det utstrakt bruk av modererende uttrykk. Nøytrale uttrykk med mange mulige tolkinger som «OK» og «greit» ble hyppig brukt. Negative følelser ble formidlet sterkere ikke-verbalt enn verbalt.

Leger vil kunne oppfatte mer av pasientenes skjulte negative emosjonelle signaler ved å være oppmerksomme på slike språklige karakteristika og ved økt oppmerksomhet overfor ikke-verbale tegn som tonefall og mimikk.

Dialogen mellom lege og pasient utgjør en vesentlig del av den allmenntilleggs konsultasjon. Slike samtaler har vært gjenstand for forskning de siste 20 år (1–6). En viktig utfordring for legen er å få tak i pasientens oppfatninger, forventninger og agenda (7). Legene klarer ikke alltid å oppfatte pasientenes budskap, og pasientene klarer ikke alltid å formidle til legen det de har på hjertet (7).

Dette er den andre av to artikler som omhandler pasientenes umiddelbare opplevelser etter en konsultasjon. I den første artikkelen ble det satt søkelys på hvilke innholdsmessige elementer i konsultasjonen som pasientene la mest vekt på (8). Det kan være vanskelig å oppfatte språklige signaler i konsultasjonen. Vi har valgt å supplere beskrivelsen av pasientenes opplevelser med en analyse av noen språklige særtrekk ved disse beskrivelsene. Kunnskap om hvordan mening og følelser uttrykkes umiddelbart utenfor legekantoret kan bidra til forståelse av hva som skjer mellom lege og pasient under selve konsultasjonen. Slik kunnskap kan også øke legers evne til å fange opp og tolke språklige signaler som lett vil kunne oversees eller feiltolkes.

Målsettingen med denne artikkelen er å karakterisere hvordan pasienter verbalt uttrykker seg når de beskriver sine opplevelser i konsultasjoner hos allmennpraktiker.

Materiale og metode

Studiens materiale og metoder er mer utfyllende beskrevet i den første artikkelen (8). 31 pasienter fra alle fire landsdeler ble intervjuet i seks grupper. Pasientene ved hvert legesenter ble rekruttert fortløpende av hjelpepersonalet etter hver konsultasjon hos legen. Legene visste ikke hvilke pasienter som ble rekruttert. Tid fra konsultasjon til intervju varierte fra null til fire dager.

Informantene ble spurt om sine opplevelser, først åpent og deretter ved hjelp av åpne spørsmål og eventuelt spesifikke nøkkelspørsmål i henhold til en intervjuguide. Det ble lagt vekt på en informantsentrert og lite styrende lederstil i gruppene for å stimulere til åpen og fri diskusjon deltakerne imellom. Gruppeleders hovedoppgave var å bidra til en konstruktiv gruppedynamisk prosess.

ANALYSE

Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd og skrevet ut ordrett. Databearbeiding ble utført ved hjelp av en kvalitativ analytisk prosess. Etter første gjennomgang ble forskjellige språklige karakteristika notert. Teksten ble deretter gjennomgått mange ganger, gruppe for gruppe, hver gang ut fra forskjellig perspektiv i henhold til de identifiserte karakteristika. Alle relevante uttrykk og avsnitt ble markert. Disse delene av teksten ble deretter systematisert, kondensert, sammenfattet og fortolket (9). Spesielt beskrivende sitater ble identifisert. De gjenværende karakteristika ble til slutt vurdert opp mot originalutskriftene ved å søke etter alternative uttrykksmåter og motsatte eksempler (10–13).

Våre data er en dialog om en dialog. Det som primært interesserte oss, var ikke dialogen i fokusgruppene som sådan, men beretningene som informantene gav om sin siste konsultasjon. Dialogen fra fokusgruppene ble derfor analysert som en tekst, ikke som en samtale, med unntak av temaet verbal og ikke-verbal kommunikasjon i gruppene. Teksten ble analysert både på et grammatisk nivå og på et nivå med hensyn til ordvalg (14).

FORFATTERNES FORFORSTÅELSE

Metaanalyser av dialogen under konsultasjonen har vist at legene bruker mye av sin tid på å stille spørsmål og gi informasjon (15). Vi forventet derfor å finne mange mer eller mindre direkte referater av hva legene sa. Videre hadde vi i vår kliniske virksomhet opplevd mange

konsultasjoner hvor affektive signaler hadde vært vanskelig å forstå eller tolke. Vi vet at pasienter, som en avspeiling av større personlig investering, formidler mer affekt i konsultasjonen enn det legene gjør (16).

Studien ble godkjent av regional komité for medisinsk forskningsetikk.

Resultater

Det var en del klare fellestrekk i måten våre pasienter formulerte seg på når de beskrev sine opplevelser ved siste konsultasjon. Vi identifiserte sju gjennomgående verbale karakteristika.

To kjennetegn handlet om hvordan informantene beskrev seg selv og ikke legen som fortellingens hovedperson. Fem kjennetegn handlet om hvordan informantene på ulike måter dempet negative vurderinger av legen, i motsetning til positive beskrivelser.

FØRSTE PERSON ENTALL

På det grammatiske nivå valgte informantene svært ofte å beskrive konsultasjonen i første person entall. Informasjon om hva legene hadde sagt eller gjort ble ofte utelatt, men kom noen ganger frem indirekte:

«Det som fikk meg til å føle meg så vel, var at han reagerte akkurat slik som jeg hadde håpet at han ville.»

«Det var veldig godt å prate med legen.»

På samme måte ble spørsmål eller uttalelser fra legen gjerne gjengitt ved hjelp av informantens eget svar:

««Nei, jeg har ikke hatt noe feber,» sa jeg.»

På denne måten ble samspeillet mellom aktørene i konsultasjonen fortrinnsvis gjengitt som personlige historier med pasienten som hovedperson, og hvor legen spilte en indirekte rolle og relativt sjelden ble referert direkte:

«Jeg gikk til legen på grunn av smerter i ryggen. Jeg går vanligvis hver tredje måned på grunn av blodtrykket, som har vært litt høyt. Men etter at jeg fikk de nye medisinene, er det helt fint. Jeg var ganske nervøs, på grunn av dette med ryggen. Jeg visste jo ikke hva som feilte meg, så det var en lettelse å bli fortalt hva det var. Jeg var veldig tilfreds med måten han forklarte det for meg på.»

På denne måten beskrev informantene sine tidligere erfaringer, sin medisinske historie og sine aktuelle plager og problemer. I tillegg inkluderte informantene detaljerte beskrivelser av hva de hadde forventet, hva de selv tenkte, gjorde og følte underveis, gjerne sammen med en ofte ordrett gjengivelse av deres egne ord til legen:

«Jeg gikk til legen fordi jeg hadde vondt i ryggen. Jeg følte at det var jo greit. Jeg kom inn og sa: «Jeg har vondt her og jeg vil gå til kiropraktor.» Jeg visste selv hva jeg ville ha. Så jeg sa at «Nå har jeg hatt vondt i ryggen i åtte år, så nå må jeg til spesialist.»»

«JEG FØLER» OG «JEG TENKER»

At informantene var mest opptatt av sin egen opplevelsesverden, kom også til uttrykk i valg av ord, og ble understreket av den utstrakte bruken av «jeg føler» og «jeg tenker». På den ene side fremhevet våre informanter på denne måten den subjektive natur av så vel positivt som negativt fargede evalueringer. På den annen siden åpnet slik subjektivitet for større variasjon av mening:

«Jeg føler ikke at jeg kan fortelle legen hva han skal gjøre.»

«Jeg følte at det var en utmerket undersøkelse.»

«Det jeg tenker om dette, er at det kanskje kunne vært gjort på en litt annen måte. Men dette er kanskje bare noe som jeg føler.»

FRA PERSONLIG TIL GENERELL

Informantene dempet negative vurderinger av legen. På det grammatiske nivå kom dette særlig til uttrykk ved bruk av upersonlige pronomener. Når informantene beskrev personlige opplevelser av negativ karakter, ble personlige pronomener som «han» eller «hun» svært ofte byttet ut med det upersonlige «man» eller flertallsformen «de»:

«Jeg var i grunnen lettet og glad, han hørte på meg og gav meg henvisning. Men det har tatt åtte år. Derfor var jeg egentlig litt irritert. Hva tenker de om deg når du går der og klager igjen og igjen?»

En informant som hadde kjent legen sin i mange år, begynte med å snakke svært pent om ham, i første person: «Legen min er alltid veldig hyggelig, avslappet, og veldig menneskelig, han viser aldri at han er stresset eller at dette må gå fort.»

Hun introduserte deretter tvil og usikkerhet: «Men jeg er egentlig ganske urolig, jeg føler meg ikke sterk, jeg vet ikke hva jeg skal gjøre. De forstår til et visst punkt, men når de ikke finner noe galt på røntgen eller noe, tar de meg ikke helt alvorlig. Jeg vet ikke helt om de tror på smertene mine.»

DIFFUSE OG VAGE BESKRIVELSER

Informantene var svært varsomme med å uttale seg negativt om legenes opptreden. Negative aspekter ble ofte beskrevet på en diffus, vag og lite spesifikk måte: «Nei, jeg vet ikke riktig, det er jo ikke så artig, men man venner seg jo til det, jeg hadde jo ventet lenge, da jeg kom inn, hadde han all verdens tid, virket det som, kanskje ikke helt bra, det heller.» Ikke sjelden ble negative følelser først formidlet indirekte og så utdypet etter direkte spørsmål fra gruppeleder eller deltakerne, til dels også lite konsistent, slik den følgende dialogen mellom gruppeleder og samme informant illustrerer:

Gruppeleder: «Du har sagt noe om dine frustrasjoner under denne konsultasjonen. Kan du si litt mer om samtalen du hadde med legen din?»

«Min mening om denne legen er at jeg ikke vil gå dit igjen, for jeg når ikke frem til ham. Det viser seg at det er to verdener.»

Gruppeleder: «Kan du si litt mer om ikke å nå frem?»

«Det virker ikke som han er interessert. Han er mer opptatt av denne eleven og av datamaskinen. Jeg må jo si at det er litt frustrerende, egentlig. Om man tar det så sterkt personlig, da, som det egentlig er.»

Samme informant, litt senere i intervjuet: «Jeg vet ikke hvor mye lenger jeg vil bruke dette legesenteret, men jeg skal gi ham 'n sjanse til. Jeg har en time om en måned, jeg vil gjerne snakke med ham om noe av de andre plagene mine også.»

MODERERENDE ELLER FORSTERKENDE UTTRYKK

Motviljen mot å si noe negativt om den siste konsultasjonen ble ytterligere forsterket ved et utstrakt bruk av modererende uttrykk. Eksempler på dette er «litt irritert», «kanskje en smule skuffet», «bare av og til har jeg følt at». På den annen side ble ros og positive opplevelser nesten alltid forsterket – «veldig fornøyd», «utrolig hyggelig» og «svært hjelpsom».

NØYTRALE ORD OG UTTRYKK

Språket i konsultasjonen kan også på en effektiv måte bli til hinder for en meningsfylt gjensidig formidling (6). Vi fant at våre informanter brukte en del tilsynelatende nøytrale uttrykk som «OK», «greit», «ikke noe problem». Imidlertid viste det seg at disse uttrykkene dekket et vidt spekter av meninger, som varierte fra et ønske om ikke å uttale seg til en klart positiv mening: «Det var helt OK, det var det virkelig, helt flott», eller til en mer prøvende: «Det var vel greit, egentlig.» Aktpågivenhet overfor stemmeleie og ansiktsuttrykk var ofte helt nødvendig for å fange opp både innhold og affekt knyttet til slike uttalelser, noe som igjen understreker hvor viktig det er for leger å være sensitive overfor informantens forskjellige ikke-verbale signaler.

Negative emosjonelle reaksjoner ble formidlet i alle gruppene. Et påfallende trekk var at selv når pasientene var sterkt følelsesmessig engasjert, forble ord og uttrykk forbausende moderate. På den måten fremstod utskriftene følelsesmessig klart mer nøytrale enn selve samtalene, eksemplifisert ved følgende utsagn fra en ung kvinne som i gruppen gav uttrykk for å ha hatt en svært ubehagelig opplevelse:

«Nei, jeg var for så vidt ganske lettet fordi jeg var ferdig med disse greiene. . . . og akkurat idet jeg gikk ut, så sa hun at det kanskje var noe annet enn hun først hadde trodd. Så da ble jeg litt usikker . . . Og så at jeg skulle komme tilbake hvis det ikke hjalp. Så da ble jeg litt småirritert på akkurat det der, men det var ikke noe alvorlig uansett, så . . .»

Diskusjon

Det var slående og tankevekkende i hvilken grad informantene og ikke legen var hovedpersonen i informantenes beretninger. Dette rimer godt med resultatene fra en tidligere studie, der informantene var mer opptatt av problemet som hadde ført dem til legen og mindre av det som ble introdusert av legen under selve konsultasjonen (17). Pasienter er i sin egen verden av plager og mulige forklaringsmodeller, og hendelsene, slik pasientene erindrer dem, filtreres gjennom personlig forståelse. Dette aksentuerer betydningen av å legge vekt på pasientenes persepsjon i dialogen mellom lege og pasient. Eksempelvis nytter det lite om legen bruker en stor del av konsultasjonen til å gi viktig informasjon dersom pasienten ikke fanger den opp, forstår eller husker den.

Et lege-pasient-forhold er et forhold med ulik maktbalanse – mellom en hjelper og en som skal hjelpes, mellom en frisk og en syk, mellom en som har taushetsplikt og en som kan fortelle om besøket til hvem som helst. Denne maktfordelingen vil nødvendigvis påvirke hvordan aktørene forholder seg i relasjonen, og hvordan de uttaler seg om den. Det felles rom mellom lege og pasient syntes å være et følsomt område som informantene beskrev med stor forsiktighet. Ved å knytte uttalelser til egne tanker og følelser syntes det lettere for informantene å uttrykke mening uten å tape ansikt, fremstå som uvitende eller virke dømmende. I gruppesamtalene fungerte beskrivelser formet som subjektive tolkinger som den viktigste inngangsbilletten til informantenes opplevelser.

Pasienter tenderer til å være mer kritiske til helsevesenet generelt enn til spesifikke helsetjenester (18), og såkalt makro- og mikrotilfredshet har vært antatt å uttrykke forskjellige deler av den totale tilfredshet (19). Vår observasjon av et nærmest konsekvent skifte i bruk av pronomen fra personlig til upersonlig i forbindelse med spesifikk negativ affekt indikerer en nær sammenheng mellom opplevelser knyttet til spesifikke hendelser eller personer og negative emosjoner uttrykt i generelle vendinger. Ved å omsette negative emosjoner til mer sosialt aksepterte og mindre truende generelle former kan det for pasientene være lettere å uttrykke følelser som frustrasjon eller skuffelse. For den enkelte lege kan imidlertid en slik transkripsjon lett tilsløre egen delaktighet og dermed gjøre det vanskeligere aktivt å gå inn i problemstillinger knyttet til det enkelte forhold mellom lege og pasient.

Informantene beskrev mange positive erfaringer knyttet til legemøtet, og disse ble gjerne språklig forsterket ved at informantene eksempelvis ikke bare var blitt tatt godt vare på, men tatt svært godt vare på. En negativ opplevelse, derimot, var som regel bare var litt frustrerende. I samtaler med pasienter kan det være til hjelp for legen å være klar over at slike modererende uttrykk i forbindelse med negativ affekt ikke betyr at den emosjonelle dimensjonen er bagatellmessig, slik man lett kan få inntrykk av.

Aktpågivenhet overfor stemmeleie og ansiktsuttrykk var ofte helt nødvendig for å fange opp både innhold og affekt knyttet til spesielt de mange nøytrale ord og vendinger som hyppig ble brukt. Dette understreker hvor viktig det er for leger å være åpne for pasientenes forskjellige ikke-verbale signaler. Mye av den emosjonelle kommunikasjonen i

en konsultasjon formidles ikke-verbalt, ved hjelp av tonefall og kroppsspråk. Det er viktig at legens kommunikative signaler er konsistente (20 – 22). Våre funn tyder på at det tilsvarende er mye nyttig og viktig informasjon å hente fra pasientenes ikke-verbale kommunikative atferd. Dette bør det legges vekt på, ikke minst i legenes videre- og etterutdanning (23). DiMatteo og medarbeidere avdekket at leger som var sensitive overfor pasientenes ikke-verbale emosjonelle signaler, ble bedre evaluert av pasientene enn mindre sensitive kolleger (20). Levinson og medarbeidere fant at et kommunikasjonskurs for primærleger som gikk over to og en halv dag kunne påvirke både innhold og grad av affekt i konsultasjonene (24).

Vår undersøkelse baserer seg på samtaler i grupper, hvor deltakerne ved hjelp av en rekke språklige karakteristika unngikk å knytte negative opplevelser opp mot den enkelte konsultasjon eller enkelte lege. Forholdet mellom lege og pasient er sensitivt og sårbart, preget av ubalanse mellom makt og avhengighet. Det virker derfor sannsynlig at tilsvarende restriksjoner som deltakerne her demonstrerte utenfor legekontoret, også vil gjøre seg gjeldende i selve konsultasjonen. Det at intervjuerne kunne oppfattes som representanter for helsevesenet, kan ha bidratt til dette. En helt uavhengig gruppeledelse kunne ha ført til andre, men kanskje ikke så relevante funn, fordi språklige fenomener som kan fungere som barrierer mellom pasient og lege, var det vi ønsket å undersøke. Gruppene var preget av stor verbal aktivitet, hvor spesielt innspill fra andre deltakere i gruppen syntes å virke stimulerende. En slående observasjon var at vi som gruppeledere ikke umiddelbart registrerte den generelle uviljen mot å uttrykke negative oppfatninger på en direkte og spesifikk måte. Dette kan si noe om hvor vanskelig det kan være for leger å oppfatte slike fenomener i konsultasjonen, med mindre man er spesielt oppmerksom på dem.

Forfatternes hovedbase i praktisk klinisk medisin og kommunikasjon har nok preget innhentning av data, analyse, konklusjoner og presentasjonsform. En mer språkteoretisk tilnærming ville ha kunnet gitt en annen analyse. Målsettingen med denne artikkelen var imidlertid å gi praktisk anvendbare råd for leger i klinisk virksomhet. En tenkt pasient ville kanskje sagt det slik:

Konklusjon

«Hvert møte med legen blir til en personlig historie med meg selv i sentrum. Slike historier forteller jeg helst med utgangspunkt i mine egne følelser eller tanker. Det er lettest å uttrykke takknemlighet eller begeistring, da kan man liksom legge på, mens misnøye eller skuffelse er vanskeligere. Da tyr jeg gjerne til utveier som at jeg gjør om enkeltepisoder til mer generelle betraktninger, blir diffus og vag eller jeg toner det hele ned. Jeg vet at jeg rett som det er bruker ord som er så nøytrale at de kan være vanskelige for legen å tolke. For eksempel sier jeg ganske ofte at ting er «greit». For å forstå hva jeg virkelig mener, er det viktig at legen ser meg. Ofte formidler jeg mer med kroppsspråket mitt enn jeg gjør i rene ord.»

Studien er finansiert av Kvalitetssikringsfondet, Den norske lægeforening. Vi takker de medvirkende ved følgende legekontorer: Ila legesenter, Lierbyen legesenter, Markveien legesenter, Mortensnes legekontor, Nordbyen legesenter, Olsvik legesenter, Røa helsesenter, Sund senter, Ulriksdal legesenter og Valentinlyst legesenter.

LITTERATUR

1. Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A. Meetings between experts. An approach to sharing ideas in medical consultations. London: Tavistock Publications, 1985.
2. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation. An approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press, 1984.
3. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27: 5110 – 27.
4. Savage R, Armstrong D. Effect of a general practitioners consulting style on patients' satisfaction: a controlled study. *BMJ* 1990; 301: 968 – 70.
5. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277: 553 – 9.
6. Nessa J. From a medical consultation to a written text. 1. Transcribing the doctor-patient dialogue. *Scand J Prim Health Care* 1995; 13: 83 – 8.
7. Roter D, Hall JA. Doctors talking with patients/patients talking with doctors. Westport, CT: Auburn House, 1992.
8. Steine S, Finset A, Lærum E. Hva er viktig for pasienten i møtet med allmennpraktikeren? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 349 – 53.
9. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Tano Aschehoug, 1996.
10. Krueger RA. Focus groups. A practical guide for applied research. Beverly Hills, CA: Sage publications, 1988.
11. Morgan D. Focus groups as qualitative research. Beverly Hills, CA: Sage publications, 1988.
12. Kirk J, Miller ML. Reliability and validity in qualitative research. Beverly Hills, CA: Sage publications, 1988.
13. Carey MA, Smith MW. Capturing the group effect in focus groups. A special concern in analysis. *Qual Health Research* 1994; 4: 123 – 6.
14. Vagle W, red. Kritisk tekstanalyse. I: Svennevik J, Sandvik M, Vagle W. Tilnærminger til tekst. Oslo: Cappelen akademiske forlag, 1995.
15. Roter DL, Hall JA, Katz NR. Physician-patient communication: a descriptive summary of the literature. *Patient Educ Council* 1988; 12: 99 – 119.
16. Hall JA, Roter DL, Rand CS. Communication of affect between physician and patient. *J Health Soc Behav* 1981; 22: 18 – 30.
17. Like R, Zyzanski SJ. Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants. *Soc Sci Med* 1987; 4: 351 – 7.
18. Roberts RE, Pascoe GC, Atkisson CC. Relationship of service satisfaction and perceived wellbeing. *Eval Program Plann* 1983; 6: 373 – 83.
19. Zastowny TR, Roghmann KL, Hengst A. Satisfaction with medical care: Replications and theoretic reevaluation. *Med Care* 1983; 21: 294 – 322.
20. DiMatteo MR, Taranta A, Friedman HS, Prince LM. Predicting patient satisfaction from physician non-verbal communication skills. *Med Care* 1980; 28: 376 – 87.
21. Friedman HS. Non-verbal communication between patients and medical practitioners. *J Soc Issues* 1979; 35: 82.
22. Hornsby JL, Franklin EPA. A model for communication skills: development for family practice residents. *J Fam Pract* 1979; 8: 71 – 6.
23. Garrud P, Chapman IR, Gordon DA, Herbert M. Nonverbal communication: evaluation of a computer-assisted learning package. *Med Educ* 1993; 27: 474 – 8.
24. Levinson W, Roter D. The efforts of two continuing medical education programs on communication skills of practising primary care physicians. *J Gen Intern Med* 1993; 8: 318 – 24.

Publisert: 10. februar 2000. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2023. Lastet ned fra tidsskriftet.no 1. april 2023.