

Läkarens roller

Under snart 50 år inom sjukvården har jag mött flera hundra kolleger i Norge och i USA, och jag har kommit många av dem nära. Därför är det naturligt att reflektera över läkarens roller. Samtidigt har jag själv haft många olika roller i kliniskt arbete, i forskning, i undervisning och i administration, och jag har naturligtvis haft mina mörka stunder, då jag har grubblat över min egen ofullkomlighet. Detta är bakgrunden till denna artikel om de fem läkarrollerna, dvs i förhållande till patienterna, till de anhöriga, till annan sjukvårdspersonal, inom sjukvårdsinstitutionerna och till samhället.

*

Artikeln har tidigare varit publicerad i Tidsskrift for Den norske Lægeforening 1998; 118: 4770-3.

Översättning: Eva Oldinger

Läkare är lika olika som andra människor. Ändå är det möjligt, tror jag, att dra upp några riktlinjer för dessa roller, och jag avslutar med några tankar om olyckliga roller.

Läkarrollen och patienterna

Läkarrollen och patienterna är ett oslitligt tema både i den stora littera-

Författare

PETER F HJORT

professor i hematologi vid Oslo Universitet före 1969; 1969–1973 ordförande i interimstyrelsen och senare den förste rektorn för Universitetet i Tromsø; ledde från 1976 Gruppe for helsetjenesteforskning, som 1981 lades in under Statens Institutt for Folkehelse och 1990 blev Avdeling for helse og samfunn; formellt pensionerad 1994 men fortfarande professor II i geriatrik vid Universitetet i Tromsø. Adress: Bjerkåsen 32, N-1338 Sandvika, Norge.

turen och i facklitteraturen. Den bok som gjorde störst intryck på mig i unga år var »Boken om San Michele» av den svenske läkaren Axel Munthe [1]. Goda översikter över litteraturen på området är skrivna av bl a G Weissman och L E Böttiger [2, 3].

Nedan diskuterar jag tre krav på läkaren: de medicinska, de mänskliga och de etiska kraven.

Medicinska krav. Man måste kunna sitt område. Kunskapen måste vara uppdaterad och relevant för patientens problem. Ofta är den inte det, och då måste man erkänna det och läsa mer. Jag har märkt att det inte försvagar min position hos patienten att jag säger: »Detta är svårt och jag måste läsa innan jag uttalar mig.» Det är farligt att vara specialist, eftersom man frestas att tro att man är specialist på alla andra områden också. Det är ju det omvända som gäller: ju mer man kan inom ett litet område av medicinen, desto mindre kan man inom alla de andra. Jag har också märkt att många litar på gammal kunskap, och jag blir bekymrad när jag ser alla föråldrade läroböcker i mina egna och kollegers bokhyllor.

Man måste hela tiden uppdatera sig, och det måste försiggå på två sätt, dels genom generell läsning inom området, dels genom att man läser med tanke på konkreta patientproblem och svåra beslut. Jag tror mest på det sistnämnda, och vi är dömda att läsa varje dag hela livet. Jag kan ännu komma ihåg den gamle överläkaren som läxade upp sin underläkare inför oss unga assistentläkare: »Ni får för fan läsa på innan ni gör något», sa han, och tonen var så iskall att vi frös där vi stod. Vår moderna IT-tid har nya och mer effektiva metoder, men poängen är att man aldrig kan ta ledigt från detta sisyfosarbete.

Under senare år har ett internationellt samarbete startat kring evidensbaserad medicin. Målet är att sanera medicinen från felaktig och osäker kunskap med hjälp av kontrollerade kliniska undersökningar och stora metaanalyser. Erfarenhetsbaserad kunskap har visat sig vara osäker, eftersom den så ofta är förutfattad och subjektiv. Där-

för är detta samarbete viktigt. Men vi får inte glömma att stora delar av läkarens arbete är och alltid kommer att vara baserade på läkarens omdöme. Dels bygger metaanalyserna på statistik, medan patienterna är enskilda individer, dels är det stora områden av medicinen som inte kan baseras på statistik, t ex allt det vi lägger i personlig omsorg.

Jag vill också peka på att läkaren behöver två typer av kunskap. Den ena är faktabaserad kunskap, den andra kan man kalla tyst kunskap [4, 5], dvs det som eleven lär av mästaren genom praktik [6, 7]. Jag vill nämna två exempel, ett triviale och ett speciellt. Det triviala exemplet är att många diagnoser inte kan ställas om du inte ser något som gör att du tänker på dem. Myxödem och Parkinsons sjukdom är typiska exempel.

Det speciella exemplet är beskrivet av en man, som plötsligt drabbades av det som heter »The locked-in syndrome», orsakat av en infarkt i hjärnstammen [8]. Han blev totalförlamad och miste talförmågan, men var klar och vid medvetande. När sjuksköterskan skötte honom kunde han inte röra sig, och han kunde inte säga om han låg bra eller dåligt. Han beskrev sig själv som en sten under en ostkupa. Efter några månader fick han tillräcklig rörlighet i vänster hand till att skriva denna bok. En av hans erfarenheter gör speciellt intryck: några sjuksköterskor klarade alltid att lägga honom så att han låg skönt, andra klarade det aldrig. Skillnaden ligger i förmåga att se, uppfatta och känna – utan ord och kroppsspråk – hur patienten har det. Den franske journalisten Jean-Dominique Bauby har skrivit en ändå mer dramatisk beskrivning av denna situation [9].

Detta är den tysta, oskrivna kunskapen, mästarens kunskap, som utvecklats genom år av praktik. Vi vet inte hur den skapas eller överförs, men vi vet att rollmodellerna är viktiga [10], dvs de mästare som vi försöker att efterlikna när vi går våra läroår.

Mänskliga krav. Först och främst måste vi erkänna att det är en människa – faktiskt en lidande medmänniska – vi

Två typer av insikt om patienterna

Medicinsk insikt får man genom sjukhistorien, klinisk undersökning och speciella undersökningar. Upplysningarna samlas systematiskt och sammanfattas i en diagnos av sjukdomen.

Mänsklig insikt får man av livshistorien, upplysningar från dem som står nära, samtal och egen förmåga till inlevelse. Allt samlas och sammanfattas i en värdering av personen.

Båda typerna av insikt måste revideras löpande.

behandlar, inte ett behandlings- eller vårdobjekt. »Några gånger», säger Hippokrates, »är det viktigare att veta vad för slags person som bär sjukdomen än vilken sjukdom personen bär.» Därför är det första kravet att man erkänner betydelsen av den mänskliga faktorn och inte begränsar sig till den medicinska. Det betyder att man måste göra två värderingar (se rutan Två typer av insikt...). Bådadera är viktiga. Vilken som är viktigast beror på både sjukdomen och personen, som Hippokrates sa.

Dessa tankar för fram till att det finns tre betingelser för gott mänskligt läkararbete:

- Den första är hållningen till patienten, och ingen har uttryckt detta klarare än Søren Kierkegaard (1813–1855) [11] (se rutan Søren Kierkegaard ...).
- Den andra är att man samlar nödvändig information om patienten som person. Några gånger behöver man nästan ingenting, andra gånger behöver man detaljerad information.
- De tredje är den svåraste, nämligen att man organiserar sitt arbete så att man har tillräckligt med tid för patienten.

Jag tror att det finns en viss motsättning eller konkurrens mellan kunskapskraven och de mänskliga kraven. Ju duktigare man blir att se i gastroskopet eller att operera människor i narkos, desto mindre blir tiden och intresset för att lära och att praktisera människokunskapen. Jag frågade en gång en duktig hjärtkirurg vad han gjorde om patienten fortsatte att röka efter operationen. »Jag opererar patienterna», svarade han lätt irriterat, »jag pratar inte med dem.»

När man som anhörig ser sjukvårdspersonalen behandla och vårda allvarligt sjuka patienter finns det alltid några som har det jag kallar »greppet», och det gör intryck på mig att jag särskilt ofta ser det hos dem som har den kortaste utbildningen, nämligen undersköterskorna. Det är mitt intryck efter alla dessa år att vår fantastiska läkarvetenskap fördriver

Søren Kierkegaard om konsten att hjälpa

(Förhållandet mellan hjälparen och den som skall hjälpas måste vara sådant) »... att man, när det i sanning skall lyckas för en att föra en människa till ett bestämt ställe, först och främst måste se till att finna honom där han är och börja där.

Detta är hemligheten i all hjälparkonst. Var och en som inte kan det, han är själv i villfarelse när han tror sig kunna hjälpa en annan.

För att i sanning kunna hjälpa en annan, måste jag förstå mer än han – men först och främst förstå det han förstår. När jag inte gör det, så hjälper mitt mervetande honom inte alls.»

läkekonsten. Jag tror det kan röra sig om ett kulturellt skifte, som kan hänga samman med att både läkare och sjuksköterskor har tagit steget från kall till profession.

Etiska krav. De etiska kraven kan delas upp i två grupper – de generella och de speciella. De speciella gäller alla de svåra valsituationerna i medicinen, t ex behandling eller icke behandling i livets slutfas. Dem tar jag inte upp här.

De generella etiska reglerna ses i rutan Den gamla individualetiken. De är fortfarande goda rättesnören, och jag skulle vilja säga lite om den tredje – autonomiregeln. Den får allt mer tyngd i vår tid. Det fanns mycket gott att säga om de gamla paternalistiska läkarna som var mina läromästare, men de passar inte in i vårt demokratiska samhälle, där människorna blir allt bättre utbildade. Det är inte längre läkaren, utan patienten, som äger sjukdomen. Norges Diabetesförbunds utbildningsprogram för diabetespatienter Fra lydighet till selvstendighet [12] är ett gott exempel på detta.

Förr pratade vi mycket om »compliance», dvs patientens förmåga och vilja att följa läkarens behandlingsprogram. Följsamhet är en viktig patientdygd och ofta en tvingande nödvändighet, men idag kan läkaren inte tvinga patienten att lyda. Läkaren måste göra en pedagogisk insats som bygger upp kunskap och motivation hos patienten, så att han kan och vill följa behandlingsprogrammet. Det kräver tid, takt och god vilja av läkaren. Det kan i detta sammanhang ges en enkel minnesregel om maktbalansen i behandlingssamhället: Patienten är kaptenen, läkaren är lotten och försäkringskassan är redaren.

Jag nämnde det demokratiska samhället. Det kräver att läkaren inte gör skillnad på människor. Alla människor skall behandlas olika eftersom de är oli-

Den gamla individualetiken

1. Beneficiens: Du skall hjälpa patienten.
2. Non-maleficiens: Du skall inte skada patienten.
3. Autonomi: Du skall lyssna till och respektera patienten.
4. Rättvisa: Du skall tänka mest på dem som har det värst.
5. Tystnad: Du skall tiga med det som patienten berättar för dig.

ka. Men skillnader i behandlingen skall grundas på just detta och inte på irrelevanta, osakliga eller snobbiga förhållanden som social position, pengar eller ålder.

Men här finns en svår punkt. Vad gör läkaren när »kemin» inte stämmer? Det finns patienter som är orimliga, krävande, tjatiga, kverulerande eller psykopatiska. Engelska läkare har ett eget namn på denna lilla grupp: »heartsink-patients», eftersom de får läkarens hjärta att sjunka [13]. Det finns inget annat recept än att försöka att förstå och möta dem. Här kommer en liten och sällsynt solskenshistoria:

Fru T var 82 år, tämligen frisk och bodde på ett ålderdomshem. Hon var orimlig, grälsjuk, elak och beskyllde medpatienter och vårdare för allt mellan himmel och jord. Som tillsynsläkare blev jag till slut insänd av sjuksköterskan för att tala henne till rätta. Jag blev mött av en ström av klagomål och anklagelser, och då hon till slut drog efter andan, sa jag: »Fru T, nu är du så orimlig att jag inte vet någon annan råd än att ge dig en kram.» Då började hon gråta och sa att det hade ingen gjort sedan hennes man dog för tio år sedan. Det hjälpte en lång stund.

Några gånger skär det sig så eftertryckligt att det är bättre att patienten byter läkare. I så fall måste det ske på ett ordentligt sätt, så att den nye läkaren får en chans att lyckas.

Vad gör man med läkare som patienter? En äldre kollega gav mig ett råd om det: »Jag behandlar alla patienter som barn, och läkare behandlar jag som små barn.» Detta håller naturligtvis inte idag, men läkare är som alla andra. Det betyder att allt rör sig om tillit, och man skapar tillit genom grundlighet och saktlighet och genom att lyssna.

Till slut vill jag nämna ett speciellt problem, nämligen patienter som har varit utsatta för olyckshändelser eller felbehandling i sjukvården. Då finns det två strategier. Den ena är att bortförklara, skylla ifrån sig, bagatellisera eller rätt och slätt att tiga. Denna strategi är moraliskt förkastlig, ganska vanlig och

gör allt mycket värre. Den andra strategin är att vara helt öppen, förklara det som har skett och de konsekvenser det får, inte skylla ifrån sig, och be om samarbete för att rätta till det som kan rättas till. Då får man patienten som vän, och inte sällan slutar det med att patienten försvarar läkaren.

Läkarrollen och de anhöriga

Läkare har ofta samma åsikt om anhöriga som lärare har om föräldrar: De är sand i maskineriet och hår i maten. Vi har inte tid att prata med dem, och dessutom är de ovetande, tjatiga och bråkiga. Speciellt psykiatrin har kört denna linje och urskuldat sig med att vi har tystnadsplikt inför de anhöriga. Detta förhållningssätt är felaktigt, förkastligt och föräldrat.

I verkligheten är de anhöriga patientens viktigaste resurs och det gäller att få dem med i laget. Många gånger har jag märkt att om jag har ett svårt problem så lönar det sig att jag själv tar kontakt med de anhöriga och inte väntar tills de kommer. Då får jag ett bra samtal och som regel goda stöttepelare. Men man får komma ihåg några punkter:

- Patienten måste veta om och godkänna att läkaren tar kontakt med de anhöriga. Glöm inte att det finns konflikter i många familjer.
- Läkaren skall inte säga en sak till patienten och en annan till de anhöriga. Det bästa är ett gemensamt trekantssamtal, så att patient och anhöriga vet att de har fått veta samma sak.
- Om patienten är myndig har de anhöriga inte rätt att välja åt patienten. Läkaren skall heller inte överlåta svåra val till de anhöriga.

Speciellt vid vård av döende har läkaren det juridiska och medicinska ansvaret för behandlingen, och läkaren skall aldrig säga till de anhöriga: »Patienten är allvarligt sjuk. Skall jag ge penicillin eller inte?» Det är både medicinskt och juridiskt fel, och det kan skapa samvetskonflikter hos de anhöriga. De anhöriga skall få komma med sin åsikt, men läkaren avgör.

Mitt råd är därför: Få med de anhöriga i laget!

Till slut några ord om läkaren som anhörig. I de flesta läkarfamiljer är läkaren en slags primärläkare för sina närmaste. När läkaren överlåter ansvaret till en annan läkare kan det bli problem. Den nye läkaren gör klokt i att samråda med patientens anhörige läkare och se till att de spelar i samma lag. Det kräver ofta lite extra taktfullhet och omtanke från båda håll.

Läkarrollen i förhållande till annan hälsopersonal

När jag började arbeta som läkare

fanns det bara två grupper sjukvårdspersonal: läkare och sjuksköterskor. Det fanns inga arbetstidsbestämmelser, och sjuksköterskorna var i stort sett alla ogifta, bar en stel mössa på huvudet och bodde på sjukhusets vind. Det rådde mig mycket av de erfarna sjuksköterskorna. Mer än en gång räddade de mig ur svåra situationer.

Det är andra förhållanden idag med många professioner, mycket deltidarbete, jämställdhet, delat ledningsansvar och många konflikter. Det enda som är oförändrat är att sjuksköterskorna fortfarande är underbetalda. Den viktigaste förändringen är ändå att modern sjukvård har blivit ett lagarbete med många och mycket olika spelare i laget. Läkaren är och måste vara i spetsen för laget, eftersom läkaren har ansvaret för diagnos och behandling. Men läkaren måste lägga tid, arbete, öppenhet, respekt och god vilja i samarbetet. Det skär sig lätt, speciellt för kvinnliga läkare, och det finns många ömma tår att trampa på. Läkaren bör komma ihåg att de är de privilegierade i samarbetet med de andra professionerna och visa omtanke och generositet och – inte minst – hövlighet.

Läkarrollen inom sjukvårdsinstitutionerna

Alla sjukvårdsinstitutioner har sin egen kultur. Man känner kulturen från det ögonblick man kommer in. Den sitter i väggarna, i rengöringen och framför allt i tonen och personalens »spirit». Jag har nyligen tillbragt många veckor på Rikshospitalet, där man i många år har vetat att sjukhuset skulle flytta. Alla klockor gick fel, skyltarna var föräldrade, telefonkatalogerna var minst fem år gamla och förfallet var synligt överallt. Det gjorde ett starkt intryck, och vi anhöriga pratade om det. Det var inte bra.

Patienterna upplever kulturen på en institution på otaliga sätt, t ex genom tonen mellan personalen, om avtal hålls och genom den information de får eller inte får. »Läkaren har ju tystnadsplikt», sa en patient med svart humor. Den svenske läkaren Jersilds bok »Babels hus» [14] bör man läsa för att förstå detta fullt ut.

Läkarna har avgörande inflytande på denna kultur. Deras organisation av arbetet, deras sätt att förhålla sig till patienter och anhöriga, deras ton i förhållande till andra personalgrupper och deras egen framtoning och sätt att vara präglar institutionerna på gott och ont.

Ett exempel har gjort speciellt intryck på mig, och det är vården av döende på vårdhem. Bättre än något annat visar vården av döende kulturen och kvaliteten på sjukhemmet. Då vi arbetade systematiskt med den på vårt sjukhem var det som om hela sjukhemmet reste

sig, fick självrespekt och vann tillit i distriktet. En detalj var viktig, och det var hur de döda togs om hand efter döden. Det hade en symboleffekt som de anhöriga alltid nämnde. Poängen är att personalen måste känna sig trygg i sina roller för att förmedla trygghet till patienter och anhöriga [15].

Läkaren har ofta liten makt inom institutionen, men man måste skilja mellan makt och inflytande. Vi har alla inflytande på vår miljö, och läkaren har större inflytande än de flesta andra. Det ger oss också större ansvar.

Läkarrollen i samhället

För några år sedan använde Den norske lægeforening ett citat från Øvre Richter Frichs Jonas Fjeld i en kampanj: »Jag är norsk läkare», sa han och mängden vek åt sidan. Det hade nog inte gått idag, tror jag.

Läkarens position och inflytande i samhället hör ihop med befolkningens tillit. Det har funnits ca 75 läkargenerationer sedan Hippokrates, och de första 73 byggde upp tillit hos befolkningen. De praktiserade en medicin som ofta var ganska ineffektiv, men de klarade ändå att ge trygghet och tröst genom sin personlighet och sättet att vara. Tänk bara på Jacob Breda Bulls berättelse om Vesle-Blakken* [16].

De senaste två läkargenerationerna har upplevt en paradox: Vi praktiserar en medicin som blir allt mer effektiv, men ändå mister vi tillit och position. En faktor är nog Lægeforeningens fackförningspolitik [17], som har fört läkarna till samma status som hissmontörerna. Många känner nog, som jag, att vi har sålt silvret som vi fick i arv, dvs tillliten.

Jag upplever detta som en tragedi som går ut över alla – både patienter och läkare. Jag har inga goda förslag, men jag hoppas att Lægeforeningen en dag vaknar och tar itu med denna utmaning. Dessutom är det klart att var och en av oss, på vår lilla plats i samhället, är med på att bygga läkarens position upp eller ned.

Tankar om rollmodeller

Jag har dryftat läkarens fem roller och vill till slut försöka visa er något av det persongalleri jag har mött bland läkarna. Jag tar först de tio varianter som ni inte bör välja som rollmodeller:

Den tvärsäkre läkaren vet allt och tvivlar aldrig. Det finns en gammaldags benign variant, nämligen den paternalistiske läkaren. Han – och det var alltid en man – var ofta en bra läkare, speciellt för äldre patienter. Den moderna varianten är specialist, ofta på ett litet fält. Jag tror att de katastrofala läkarfallen ofta startar med tvärsäkerhet och att motföreställningar saknas. Det finns en

god amerikansk varning: »Never in doubt, always in error.»

Den otrygge läkaren är motsatsen. Han eller hon är osäker både i arbetet och som människa. Otryggheten för till rigiditet. Läkaren söker trygghet i regler och rutiner och har ingen plats för bedömningar och flexibilitet. Osäkerheten kan av och till bli förlamande och neurotisk. Då gräver läkaren ned sig i detaljer, blir aldrig färdig och får avslutsångest.

Den tyste läkaren kommunicerar inte, varken med patienter eller med andra. »Jag pratar inte med patienterna, jag opererar dem», citerade jag ovan. De tysta bör nog helst välja laboratorie-specialiteterna, för tystnad är inte guld i patientbehandlingen.

Den frånvarande läkaren är lite anorlunda – inte egentligen tyst, men har bara tankarna på annat håll.

Den överlägsne läkaren kan växlas med både den tyste och den frånvarande. Han eller hon håller avstånd, ger inte något av sig själv. Det finns något som heter »The British position, three feet up and six feet away». Då står läkaren vid fotändan av sängen och levererar sina monologer.

Den upptagne läkaren är en viktig person som inte får störas med kring snack. Det gäller för patienterna att gå rak på sak, företrädesvis stående i korridoren under konsultationen. Jag har upplevt detta som anhörig och det känns inte bra, för att säga det mildt.

Den humorlöse läkaren lider av en sorglig defekt, nämligen medfödd brist på känsla för humor. I allvarliga fall saknar han också charm och karisma, och den personliga placeboeffekten är bokstavligen talat noll. Humor är nästan alltid positivt i kliniskt arbete, men det finns en tid för allt, också för allvar.

Den ovärdade läkaren är en vederstyggelse, speciellt för äldre patienter. Skorna är slitna, skosnörena ofta oknutna, jeansen är fläckiga, slips äger han inte, han har inte varit hos barberaren och saknar både hår- och nagelborste. »Säg mig, har ni legat ute i natt?» sa en gammal överläkare, och de gamla damerna på Singsaker (motsvarande Östermalm) säger: »Han är inte proper.» Men det finns kvinnliga varianter ock-

så. Jag bör nämna att läkaren inte skall vara alltför elegant eller påfallande klädd heller. Då kan det gå som det gick för en dansk sångerska. I kritiken stod det: »Hon har bara en liten stämma, men oh vad den bor vackert.»

Den PC-frälste läkaren är en modern variant som har blivit en epidemi, speciellt bland allmänpraktikerna. Han eller hon sitter med ryggen mot patienterna, och ryggen ger klart besked om att patienten inte får störa läkarens dialog med PC:n. Patienter är ett tålmodigt släkte, så många accepterar det, men ingen tycker om det.

Den utbrände läkaren är sliten och visar det. Det är självklart illa för både patienten och läkaren. Utbrändhet är ett ganska nytt drag, och det har ökat samtidigt som arbetstiden har gått ned. Det är uppenbart ett komplicerat fenomen som kräver forskning och åtgärder.

Listan är inte komplett, jag har t ex inte nämnt den ironiske, den ytlige och den penninghungrige. Men listan är lång nog för att man bör tänka sig för. Man måste självklart också komma ihåg att patienter är olika, och läkarens stil måste i någon grad anpassas till patienten – men inte för mycket, för då förminska han patienten.

Till slut några ord om den gode läkaren. Vad kännetecknar honom eller henne? Den legendariske William Osler skrev för nästan 100 år sedan en bok om detta, och den sändes under många år gratis till alla nya läkare i USA [18]. Hans slagord och bokens titel var »Aequanimitas», som betyder orubblig sinesjämvikt och tålmodighet utan gränser. Först efter ett par generationer vågade någon att protestera mot ett ideal som kunde uppfattas som präktigt, humorlöst, snobbigt och viktorskt [19]. Läkaridealet präglas därför av sin tid.

Min värdering idag är att **den gode läkaren** är trygg i sig själv och i sitt yrke, är mänsklig och engagerad i sitt arbete och möter patienten med öppenhet och intresse »för att förstå det han förstår», som Kierkegaard sa [11]. Denne läkare är grundlig, men inte pedant, har en positiv utstrålning, kraft och humor, har ett gott omdöme och bär en prägel av genrositet. Dessutom ser den gode läkaren till att ha tid för patienterna.

Referenser

1. Munthe A. Boken om San Michele. Oslo: Gyldendal, 1955.
2. Weissmann G. A slap of the tail: reading medical humanities. Hosp Pract 1988; 23(6): 67-79.
3. Böttiger LE. Litterära läkare – de bytte stetoskop och kniv mot penna. Stockholm: Läkartidningen, 1994.
4. Polanyi M. The tacit dimension. Gloucester:

Peter Smith, 1983.

5. Josefson I. Kunskapens former. Det reflekterande yrkeskunnandet. Stockholm: Carlsson Bokförlag, 1991.
6. Josefson I. Från lärling till mästare. Om kunskap i vården. Stockholm: Vårdförbundet SHSTF, 1988. FoU-rapport 25.
7. Benner P. From novice to expert. Menlo Park: Addison-Wesley, 1984.
8. Åhgren CE. Förlamningen. Dagboksanteckningar. Stockholm: LIC Förlag, 1986.
9. Bauby JD. The diving bell and the butterfly. New York: Alfred A Knopf, 1977.
10. Hjort PF. Gode leger – hvordan blir studentene det? Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 3700-2.
11. Kierkegaard S. Synspunktet for min forfattervirksomhed. En ligefrem meddelelse. Rapport til historien. København: CA Reitzels Forlag, 1859. (Søren Kierkegaards samlede verker. Bd XIII. København: Gyldendalske Boghandel, 1906.)
12. Norges Diabetesforbund. Fra lydighet til selvstændighed. Rammepan for opplæring av personer med diabetes. Oslo: Norges Diabetesforbund, 1995.
13. O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. BMJ 1988; 297: 528-32.
14. Jersild PC. Babels hus. Oslo: Gyldendal, 1978.
15. Hagström B. Den döende patienten – en utmaning för vårdpersonalen. Nord Med 1998; 113: 153-5.
16. Bull JB. Folkelivsromaner. 8.bind. Oslo: Gyldendal, 1942.
17. Berg O. Legene og Legeforeningen – mellom interesser og verdier. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1417-21.
18. Osler W. Aequanimitas. With other addresses to medical students, nurses and practitioners of medicine. 3. utgave. Philadelphia: Blakiston, 1932.
19. Weissmann G. Against Aequanimitas. Hosp Pract 1984; 19(6): 159-69.

* En historia från 1850-talet, när nästan ingen terapi fanns. Rendalens prästs lille son är allvarligt sjuk, antagligen i lunginflammation. Prästen skickar drängen med hästen Vesle-Blakken de fem milen efter läkaren. Läkaren kommer och skapar ro, trygghet och optimism, och sonen tillfrisknar. Men Vesle-Blakken, som piskats på i tio mil, sprängs till döds.

ANNONS