

Finnes det en egen norsk medisinsk identitet?

Sammendrag

Norsk medisin, i vid forstand, henger sammen med norsk historie, vår sosiale struktur og helsetjenestens organisering og plass i samfunnet. Helsetjenesten i Norge er basert på en likhets- og fellesskapsideologi, der desentralisering og en sterk primærhelsetjeneste er sentrale elementer. Målet er behandling på det laveste effektive omsorgsnivå uavhengig av pasientenes økonomiske evne eller sosiale status. Leger har hatt og har en sterk posisjon i den sentrale helseforvaltning. Helsetjenester har høy politisk prioritet og befolkningen har store forventninger til medisinske tjenester. Norge har de tredje høyeste utgiftene til helse per innbygger i verden.

Den norske legerollen er karakterisert av en dobbel lojalitet, både til enkelt-pasienter og til fellesskapet. Den såkalte portvaktfunksjonen, som særlig har vært uttalt hos allmennleger, avspeiler en økonomisk ansvarlighet og en tilbakeholdenhet i bruken av omfattende og nye diagnostiske og terapeutiske prosedyrer. Norsk medisin har aldri vært preget av stor intervensjonsiver. Dette kan både forklares med en sterk offentlig styring og en tradisjonell nasjonal nøyshetskultur. Legene er en mindre homogen gruppe enn tidligere, men har fortsatt et sterkt kommunikasjonsfellesskap.

Folk flest har et bredt helsebegrep som ofte knyttes til naturen – i tråd med nordmenns forhold til natur i sin alminnelighet. Den allmenne samfunnsutvikling med individualisering, internasjonalisering og økonomisk tenkning sammen med en tiltakende spesialisering og markedstilpasning i helsetjenesten gjør det stadig vanskeligere å finne nasjonale særtrekk i norsk medisin.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Magne Nylenna

magne.nylenna@shdir.no
 Institutt for samfunnsmedisin
 Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
 Medisinsk teknisk forskningssenter
 7489 Trondheim
 og
 Sosial- og helsedirektoratet
 Postboks 7000 St. Olavs plass
 0130 Oslo

Øivind Larsen

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
 Universitetet i Oslo

Hundreårsmarkeringen av unionsoppløsningen har ført til økt oppmerksomhet om norsk identitet. Til tross for at ordene «norske», «norsk» og «Norge» er blant de mest brukte ord i språket vårt (1), er det misvisende å hevde at kulturen i Norge er norsk, hevder Anders Johansen (2). «I alle land, deriblant Norge, oppdager vi (...) gang på gang at påståtte nasjonale særtrekk enten de deles med utlendinger eller ikke er felles for mesteparten av befolkningen,» skriver Thomas Hylland Eriksen (3).

De mest treffende karakteristikkene av det særnorske kommer gjerne fra utenlandske observatører. Julian Kramer fra Sør-Afrika påpekte for vel 20 år siden lokaltilhørighetsens betydning for nordmenns nasjonale identitet (4). Kramer beskriver sin opplevelse av bunadkledde kvinner på 17. mai: «(...) minnet, til forveksling, om de forskjellige uttrykk for stammetilhørighet som jeg hadde opplevd i Sør-Afrika.» Han oppfatter Norge nærmest som et stammesamfunn der nordmenns identitet er forankret i et bestemt geografisk område med egen dialekt og lokal kultur (4).

Nasjonal identitet knyttes her i landet ofte til språk. I tiden etter 1814 ble norsk språkutvikling sett på som en viktig del av nasjonsbyggingen. Men det er viktig å huske at det finnes nasjoner (og nasjonale identiteter) uten særegne språk.

I en oppsummering av hva som kan sies å utgjøre en norsk kultur og en norsk egenart, peker Arne Martin Klausen på fire forhold (5):

- Norge er et smådimensjonert samfunn i et euroamerikansk perspektiv. Vi har en høy grad av uformell sosial kontroll og mange fellestrekk med stammesamfunnet.
- Vi har en sterk likhetsideologi som bl.a. skyldes at vi i meget liten grad har hatt en adel som i våre naboland og at norske

bønder tradisjonelt har vært frie, selv om bonde-/husmann- eller væreier-/fiskerdimensjonen kunne gi store klasseskiller i norske bygder.

- Det hersker en rettferdighetsideologi som bygger på likhetsidealet og medfører at alle skal ha lik rett bl.a. til helsetjenester.
- Den regionale identitet er sterkere enn det meste, og viser seg i det politiske liv bl.a. ved at stortingsrepresentantene sitter fylkesvis til tross for ulik partitilhørighet.

På jakt etter en medisinsk identitet

I denne forbindelse brukes *identitet* om en kollektiv selvforståelse som skaper og underbygger et fellesskap. Med *medisinsk* menes den tenkemåte og virksomhet som er knyttet til forebygging og behandling av sykdom i vår kulturkrets. Dette omfatter både det kunnskapsgrunnlag legevitenskapen bygger på, og den måten legevitenskapen utøves på. Selv om legeprofesjonen er sentral i den medisinske identitet, er den langt fra enerådende, kanskje endog av synkende betydning.

En medisinsk identitet er et omfattende begrep med uklar avgrensning. Heller enn å lete etter yttergrensene, kan det være meningsfylt å lete etter kjernen i en eventuell nasjonal medisinsk identitet. En slik identitet kan søkes i historien, i legenes profesjonsutvikling og i rekrutteringen til medisinfaget (6). Men den kan også søkes i medisinenes innhold og plass i samfunnet.

Det er neppe enklere å beskrive en nasjonal medisinsk identitet enn en nasjonal kulturell identitet. Men norsk medisin kan beskrives langs ulike akser, og så kan det vurderes.



Hovedbudskap

- En nasjonal medisin er et komplekst samspill mellom folks sykdomsoppfattning, legerollens innhold og helsetjenestens organisering
- En desentralisert offentlig helsetjeneste basert på en likhets- og fellesskapsideologi og en helseforståelse som vektlegger helhet og natur er typiske trekk ved norsk medisin
- Økende internasjonalisering gjør det stadig vanskeligere å snakke om særnorske medisinske forhold



Figur 1 Det eksisterer neppe noen egentlig særnorsk medisin. Likevel finnes det trekk i helseoppfatning, legerolle, klinisk praksis og helsetjenestens organisering som kan forstås på bakgrunn av norsk politisk og kulturell historie. Illustrasjon Øystein Førre

deres hvor lik eller ulik denne medisinen er fra forholdene i andre land (fig 1).

Medisin og forskning

Anatomiske strukturer og fysiologiske funksjoner i den menneskelige kropp er i det alt vesentlige uavhengige av nasjonal og kulturell tilhørighet. Jo nærmere man kommer molekylærbiologien, jo mindre sannsynlig er det å finne systematiske forskjeller i teorier og metoder som er knyttet til lokal kultur.

Norge er et lite land, og norsk medisinsk forskning har ikke satt store internasjonale spor. Selv om vi har leprabasillens oppdager Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841–1912), har vi ingen norsk nobelprisvinner i medisin. Om noe skal fremheves i norsk medisinsk forskningshistorie, kan det være nevroforskning (the Oslo school of neuroanatomy) i tradisjonen etter Jan B. Jansen (1898–1984) og Alf Brodal (1910–88). En analyse av internasjonale medisinske publikasjoner i vår tid viser at Norge er overrepresentert i samfunns-, arbeids- og miljømedisin (sannsynligvis er allmennmedisin inkludert i disse kategoriene) og i onkologi. Norske publikasjoner er sitert mer enn gjennomsnittet i allergologi, ergonomi, gerontologi, laboratorieteknikk, transplantasjoner og urologi/nefrologi (7).

På det bioteknologiske området har norsk lovgivning vært relativt streng, eksemplifisert i forbudet mot forskning på embryonale stamceller.

Helseoppfatning og sykdomsforståelse

Verken helseoppfatning eller sykdomsforståelse er universell. Per Fugelli & Benedicte Ingstad har vist at nordmenns helseopplevelse avviker fra den dominerende vitenskapelige medisin ved at den vektlegger helhet, pragmatisme og individualisme. Et særnorsk trekk er at helsebegrepet er knyttet til naturen; det å høre til og være i naturen (8). Dette sammenfaller med studier som viser at nordmenns forhold til naturen i sin alminnelighet er sterkere enn i andre land og kulturer (9) og at friluftsliv oppfattes som noe typisk norsk (10).

Tilsvarende vet vi at sykdomsforståelse, fortolkning av symptomer og tro på behandlingsmetoder varierer mellom ulike samfunn og har en kulturell bias som påvirker både pasienter og leger. I Frankrike får gjerne leveren skylden for diffuse medisinske fenomener. I Tyskland er fortsatt *Herzinsuffizienz* et videre begrep enn i andre land, og i Storbritannia og USA tyr man lett til virale forklaringer på uklare tilstander (11). Norge ligger i så måte nærmest den angloamerikanske tilnærmingen. Det er ikke overraskende ettersom både språklig, kulturell og vitenskapelig orientering går mer vestover enn sørover.

Det norske folk lever lenge og har i hovedsak god helse. Forventet levealder for nyfødte er nå 77 år for menn og 82 år for kvinner (12). De viktigste helseutfordringene henger sammen med samfunnsutvikling

og livsstil og likner dem vi finner i den øvrige vestlige verden: en epidemi av overvekt og diabetes type 2, økende forekomst av lungekreft blant kvinner, psykiske lidelser og økt risiko for smittsomme sykdommer (13). Dessuten har antall uføretrygdede økt sterkt, rusmisbruk utgjør en viktig helsetrussel og helseforskjeller knyttet til sosial og økonomisk ulikhet er sannsynligvis like store i Norge som i andre europeiske land (14).

Vi har få pålitelige data om utviklingen av folks legesøkning, men alt tyder på en økning i tråd med utbyggingen av helsetjenester. I gjennomsnitt har nordmenn over 16 år kontakt med lege for egen sykdom ca. fire ganger per år. Tilfredsheten med legetjenestene er jevnt over meget stor, med stor tillit til behandlingen, men mindre tilfredshet med ventetid og tid til rådighet hos legen (15).

Helsetjenesten

Norsk helsetjeneste er basert på fellesskapsidealer, og er i det alt vesentlige offentlig finansiert. Dette er neppe særnorsk, men kanskje en del av det som kan kalles «The Nordic model». I alle nordiske land er ca. 80 % av helsetjenesten offentlig finansiert (16), og den avspeiler en vektlegging av etiske verdier som likeverd, medmenneskelighet og rettferdighet (17). «Det synes selvsynlig at de generelle idealer samfunnet bekjenner seg til – idealer som rettferdighet, likhet og frihet – også skal komme til uttrykk i helsetjenesten,» uttalte det første prioriteringsutvalget (Lønning I-utvalget) i 1987 (18). Likhetsprinsippet har vært grunnleggende i den norske velferdsstaten, og lik rett til medisinsk behandling uavhengig av inntekt og status har fortsatt god forankring i befolkningen, selv om likhetsidealet er under sterkt press i vår tid (19).

Norsk klinisk medisin kan karakteriseres som noe konservativ, og har med få unntak, som endoskopisk kirurgi og transplantasjoner, vært avventende til nye metoder og ny teknologi. Dette kan både henge sammen med en effektiv sentral prioritering, en grunnleggende økonomisk forsiktighet og en lav grad av markedstilpasning. Utbyggingen av høyteknologiske tjenester – for eksempel CT og MR – har skjedd langsamt, og indikasjonsstillingen for intervensjoner har vært relativt streng. Et eksempel er hyppigheten av keisersnitt som er den vanligste form for laparotomi hos innlagte pasienter. Fra 1960-tallet til 2002 økte riktignok hyppigheten av keisersnitt hos fødende betydelig (fra 2 % til 15 %), men fortsatt er keisersnittsratene langt lavere i Norge enn i Storbritannia, USA og Canada (20). Tilsvarende har legemiddelbruken vært forsiktig. Antall tilgjengelige preparater er lavere enn i mange andre land, og legemiddelomsetningen, målt i definerte døgndoser, er lav i et internasjonalt perspektiv, selv om også legemiddelbruken har økt de senere årene (21). Et eksempel er antibiotikabruken utenfor insti-

tusjon. Selv innen Norden, som har et lavt antibiotikaforbruk (22), ligger Norge nesten lavest (23). I Norge har rutinescreening i allmennpraksis hatt lav prioritet sammenliknet med andre europeiske land (24). Norske allmennleger har en avventende holdning til individuell forebygging og er skeptiske til unødig medikalisering (25).

Helsetjenestens organisering kan sies å ha nasjonale trekk. Prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) (26) er blitt fulgt opp med økonomiske og rettslige virkemidler. En sterk primærhelsetjeneste med ansvaret lagt til 434 enkeltkommuner er uttrykk for dette og for den norske desentraliseringsideologien. Norske allmennleger nyter stor tillit, noe som bl.a. har avspeilet seg i et høyt lønnsnivå. I internasjonal sammenheng er det uvanlig at allmennleger kan ha høyere inntekt enn høyspesialiserte leger i akademiske toppstillinger. Fastlegeordningen fra 2001 er forankret i troen på kontinuitet og betydningen av generalisttjenester med allmennlegene som sentrale forvaltere også av spesialisthelsetjenester gjennom henvissningssystemet.

Da WHO i 2000 for første gang rangerte helsetjenesten i ulike land, kom Norge totalt på 11. plass av 191 (27). Det var foran de øvrige nordiske land, og langt foran USA (nr. 37), men bak Frankrike, Italia, Spania, Østerrike og Japan samt noen svært små nasjoner. En nyere evaluering som særlig vektlegger helsetjenestens påvirkning på dødeligheten, plasserer Norge på annen plass, bak Sverige (28). Uansett er det god grunn til å hevde at norsk helsetjeneste, all kritikk til tross, er blant verdens beste.

I Norge og andre vestlige land endres pasientrollen, og helsetjenesten blir mer forbrukerorientert. Helseforetaksreformen i 2002, som flyttet ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene til staten, er både et uttrykk for sentralisering og en forskyvning fra ren offentlig styring til markedsstyring. Tilgjengelighet (venteliste-garanti) og valgfrihet (fritt sykehusvalg) har vært prioriterte tiltak de senere årene. Den norske befolkning har store forventninger til helsetjenesten. De fleste ønsker rask og selvbestemt tilgjengelighet, lav egenbetaling og stor valgfrihet. Samtidig ønsker et overveiende flertall en solidarisk helsetjeneste der personlig økonomi ikke skal være avgjørende for tjenestetilbudet (29).

Allmenne samfunnsforhold

Gjennom 400 år har helsetjenesten i Norge vokst fra ingenting til et av samfunnets viktigste fellesprosjekter (30). Helseutgiftene i Norge har steget fra 3 % av bruttonasjonalproduktet i 1960 til 9,1 % i 2003. Etter justering for forskjeller i kjøpekraft har Norge tredje høyeste totalutgifter til helse per innbygger, bak USA og Sveits (31). Et samfunnsområde som dessuten betyr så mye for enkeltpersoners trygghet og levekår, omfattes selvsagt med stor allmenn og politisk in-

teresse. Utviklingen av den norske helsetjenesten etter annen verdenskrig har vært en del av oppbyggingen av velferdsstaten. Et norsk særpreg i så måte er det sterke innslaget av medisiner i helseforvaltningen som en følge av Karl Evangs (1902–81) fagstyrestrategi (32). I større grad enn i mange andre land har allianser mellom myndigheter og fagmiljøer bidratt til en velfungerende offentlig helsetjeneste.

Helsetjenesten samspiller med samfunnsutviklingen og påvirkes av den til enhver tid rådende tidsånd. Etterkrigstidens solidariske samfunn endres gradvis i mer individualistisk retning. Markedsøkonomien påvirker både helsetjenestens ansatte og dens brukere. Gradvis er helsetjenesten blitt en service-næring der tilbud og etterspørsel får større betydning. En høyt utdannet og stort sett velstående befolkning og en internasjonalisering av medisinen gjør at teknologi og behandlingstilbud som utvikles i utlandet, raskt etterspørres også her.

Samtidig stiller de klimatiske og geografiske forhold, kombinert med et fortsatt delvis desentralt bosettingsmønster, sterke krav til lokal tilpasning.

Legerollen

En annen måte å nærme seg en mulig norsk medisinsk identitet på er å analysere legerollens ulike elementer. Norske leger har vært en relativt homogen sosial gruppe. Mange kommer fra legefamilier og mange finner seg legeektetfeller. De mest åpenbare forandringer i den norske legestand de siste tiårene er økningen i antall og kjønnsfordelingen. Fra 1975 til 2005 er legeantallet tredoblet og andelen kvinner er økt fra 13 % til 36 % (33). Blant Norsk medisinstudentforenings medlemmer i Norge er nå 62 % kvinner (34).

Endringer i legerollen drøftes internasjonalt, og det er bred enighet om at både ytre faktorer (som byråkratisering, globalisering,

nye lege-pasient-relasjoner og konkurranse fra nye yrkesgrupper) samt indre faktorer (økende antall leger og intern fragmentering) har svekket legenes tidligere posisjon i samfunnet (35).

Tradisjonelt kan det defineres tre nøkkelroller for leger: livredder, trøster og forvalter (36, 37). Ved å sammenholde disse rollene med legenes hovedoppgaver kan eventuelle særnorske trekk identifiseres (tab 1). Ett trekk skiller kanskje norske leger fra kolleger i mange andre land, nemlig kombinasjonen av det å tjene enkeltpasienter og samfunnet – samtidig. Den norske distriktslegen, som lenge har vært et ideal, var både allmennlege og samfunnsmedisiner, behandlet enkeltpasienter og drev folkehelsearbeid i lokalsamfunnet (38). Legene skal ikke bare ta hensyn til pasienten som er under behandling, men også tenke på fellesskapets interesser. Alt norsk helsepersonell er lovpålagt å sørge for at helsehjelp «ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift» (39). I tillegg er legene forvaltere av økonomiske fellesressurser (sykmeldinger, uførepensjoner, blåreseptordningen etc.). Det å være både *enkeltpasienters advokat* og *fellesskapets forvalter* har vært en naturlig del av den norske legerollen, fordi myndigheter og opinion har funnet det hensiktsmessig og fordi legene har akseptert det. Det sammenfaller med en politisk og kulturell ideologi som har lagt vekt på solidaritet. Om ikke denne ideologien er særnorsk, skiller den seg for eksempel fra amerikansk ideologi, der de viktigste kreftene i utviklingen av helsevesenet er sagt å være markedenkning, forbrukerorientering, individualisme, valgfrihet og tro på tekniske fremskritt (40).

Portvaktrollen endres imidlertid også i Norge, og oppslutningen om denne funksjonen er synkende blant fastlegene (41). Dette kan både skyldes press nedenfra (pasienter

Tabell 1 En sammenlikning av legens ulike roller og oppgaver med vekt på eventuelle særnorske trekk

Legeroller	Oppgaver			
	Tjene de syke	Tjene samfunnet	Tjene faget og vitenskapen	Tjene seg selv
Livredderen	Internasjonal, allmenngyldig og tidløs identitet. Kjernen i klinisk legearbeid	Ikke allmenngyldig, men karakteristisk for den norske distriktslegen (kombilegen).	Ikke internasjonalt allmenngyldig, men økende betydning i mange land. På vei inn i norsk helsevesen bl.a. gjennom forskningsplikt i helseforetakene	Tradisjonelt lite uttalt i Norge i forhold til andre land, men i vekst også her i landet.
Trøsteren	Internasjonal identitet som er svekket med tiden, overlatt til nye yrkesgrupper	Kanskje en typisk norsk identitet?		Neppe basis for noen typisk norsk identitet
Forvalteren (gatekeeper)	Tradisjonelt stor betydning i Norge (henvissninger, sykmeldinger), men er under press	Ingen tradisjonell legerolle. En sterk offentlig helseforvaltning sysselsetter stadig flere leger	Trygdemedisinsk forskning og helse-tjenesteforskning har klare nasjonale trekk	Økende oppmerksomhet på egen karriere kan svekke forvalterrollen

som krever henvisning, resept e.l.) og påvirkning ovenfra («markedsføring» fra spesialisthelsetjenesten).

Hva har norske leger felles?

Selv om det fra antropologisk hold er skepsis til eksistensen av en særnorsk kultur, erkjennes det selvsagt at Norge eksisterer som nasjon og samfunn. Vi deler et geografisk territorium, en kulturell, sosial og politisk historie og en rekke nasjonale reguleringer og ritualer. Anders Johansen beskriver Norge som et kommunikasjonsfellesskap og et erfaringsfellesskap (2). Disse formene for fellesskap finnes også i norsk medisin, i hvert fall blant legene som gruppe.

Kommunikasjonsfellesskapet blant norske leger er stort. Over 93 % av legene er medlemmer av Den norske lægeforening, noe som er eksepsjonelt høyt i internasjonal sammenheng. Et velutbygd videre- og etterutdanningssystem med relativt gode økonomiske ordninger gjør at legene møtes ofte, om enn oftest innen eget fagfelt. Alt norsk helsepersonell er under offentlig tilsyn og tilstiles de samme retningslinjer og den samme offentlige informasjon.

I dagens samfunn har norsk språk først og fremst en identitetsbetydning for klinikere som kommuniserer med norske pasienter, men i forskningen er engelsk blitt et internasjonalt formidlingsspråk og en eventuell norsk identitet må søkes mer uavhengig av språket. Som en følge av internasjonalisering og spesialisering utvikles nye kommunikasjonsfellesskap på tvers av landegrensene. Den nasjonale identitet knyttet til medisinsk publisering vies liten oppmerksomhet (42). Særlig gjelder dette i akademiske og forskningsbaserte miljøer og formodentlig mer jo sterkere spesialiseringen er. Norske allmennleger har fortsatt sitt viktigste faglige kommunikasjonsfellesskap med sine norske kolleger, mens norske transplantasjonsimmunologer sannsynligvis føler et sterkere fellesskap med utenlandske transplantasjonsimmunologer enn med norske allmennleger.

Erfaringsfellesskapet er mer komplekst. 15 % av alle leger i Norge er nå utenlandske statsborgere og under halvparten av disse kommer fra andre nordiske land (43). Om trent en firedel av norske leger har hele sin grunnutdanning fra utlandet. I tillegg har mange noe av sin studietid utenlands, slik at nesten en av tre har studert i utlandet (O. Aasland, personlig meddelelse, 2005). Av dagens norske medisinstudenter er godt over en tredel i utlandet. Selv om det meste tyder på at utenlandsutdannede norske leger (dvs. norske statsborgere) har omtrent samme karrieremønster som de norskutdannede, er det noen interessante forskjeller. Bare en av ti norske leger i vitenskapelig stilling har utdanning fra utlandet, mot nesten en av tre blant de privatpraktiserende spesialister (A. Taraldset, personlig meddelelse, 2005). Et økende antall godkjente spesialister har også

sin spesialistutdanning fra utlandet. I 1994 var 15 % av de nye spesialistgodkjenningene såkalte overføringer fra utlandet. Ti år senere er andelen nye spesialister med utenlandsk spesialistutdanning 30 % (44). Samtidig som dette gjør medisinen mer mangfoldig, betyr det også at betydningen av felles forbilder, felles lærebøker og felles historie synker.

Konklusjon

Finnes det en norsk medisinsk identitet? Svaret er langt på vei ja. Det eksisterer et fellesskap som bygger på et kollektivt selvilde og norsk medisin lar seg beskrive både historisk og ut ifra dagens situasjon. Hver for seg er neppe noen av de trekkene vi finner, særnorske i den forstand at de ikke eksisterer i andre land. I sum danner de likevel et mønster som er annerledes enn det vi ser selv i våre nærmeste naboland. Med en økende globalisering utviskes imidlertid de nasjonale særtrekkene gradvis.

Litteratur

- Heggstad K. Norsk frekvensordbok. Oslo: Universitetsforlaget, 1982.
- Johansen A. Sjelen som forretningsidé. Nytt norsk tidsskrift 1991; nr. 2: 99–117.
- Eriksen TH. Typisk norsk. Oslo: C. Huitfeldt Forlag, 1993.
- Kramer J. Norsk identitet – et produkt av underutvikling og stammetilhørighet. I: Klausen AM, red. Den norske væremåten. Oslo: Cappelen, 1984: 88–97.
- Klausen AM. Kultur – mønster og kaos. Oslo: AdNotam Gyldendal, 1992.
- Larsen Ø, red. The shaping of a profession. Canton, MA: Science History Publications, 1996.
- Aksnes DW. Medical research in Norway – Bibliometric indicators. NIFU Skriftserie nr. 9/2003. Oslo: Norsk institutt for studier av forskning og utdanning, 2003.
- Fugelli P, Ingstad B. Helse – slik folk ser det. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3600–4.
- Witoszek N. Der kultur møter natur. Tilfellet Norge. Samtiden 1991; nr. 4: 11–19.
- Nordhagen R, Schiøtz A. «Barske glæder» – og det gode friluftsliv. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 3687–93.
- Payer L. Medicine and culture: varieties of treatment in the United States, England, West Germany and France. New York: Holt, 1988.
- www.ssb.no/dode/ (25.4.2005).
- Irgens LM, Magnus P, Stoltenberg C, red. Folkehelse rapporten 2002. I: St.meld. nr. 16 (2002–03). Oslo: Helsedepartementet/Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2002.
- Krüger Ø. Helse i Norge – hva kan befolkningsundersøkelser fortelle oss? I: Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K et al, red. Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003: 55–70.
- Finnvold JE. Kontinuitet, kontakthypothese og tilfredshet med legetjenesten. I: Helse i Norge. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2001.
- Kristiansen IS, Pedersen KM. Helsevesenet i de nordiske land – er likhetene større enn ulikhetene? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2023–9.
- Riis P. Hva er det nordiske i medicine? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2015–7.
- Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987: 23. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
- Westin S. Likhet og brorskap – verneverdige verdier i helsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1474–9.
- Backe B, Heggstad T, Lie T. Har keisersnittsepidemien nådd Norge? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1522–4.
- Tall og fakta 2005. Oslo: Legemiddelindustriforeningen, 2005. www.lmi.no/digimaker/documents/Tall_og_fakta_2005_v5_05GSFb2279v5.pdf (25.4.2005).
- Goossens H, Ferech M, Stichele RV et al. Out-patient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. Lancet 2005; 365: 579–87.
- Bergan T. Antibiotic usage in Nordic countries. Int J Antimicrob Agents 2001; 18: 279–82.
- Wensing M, Mainz J, Ferreira P et al. General practice care and patients' priorities in Europe: an international comparison. Health Policy 1998; 45: 175–86.
- Meland E, Ellekjær H, Gjelsvik B et al. Forebyggende livsstilsråd mot hjerte- og karsykdommer i primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2656–60.
- St.meld. nr. 9 (1974–75). Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen.
- The World Health report 2000. Health systems: Improving performance. Genève: WHO, 2000.
- Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. BMJ 2003; 327: 1129–33.
- Botten G, Aasland OG. Befolkningens ønsker om helsetjenester. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2995–9.
- Schiøtz A, Moseng OG, Skaset M. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
- Taraldset A. Høyere helseutgifter i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2957.
- Nordby T, Karl Evang. En biografi. Oslo: Aschehoug, 1989.
- www.legeforeningen.no/index.gan?id=1458 (25.4.2005).
- www.legeforeningen.no/index.gan?id=44351 (25.4.2005).
- McKinlay JB, Marceau LD. The end of the golden age of doctoring. Int J Health Serv 2002; 32: 379–416.
- Larsen Ø. Å være lege. I: Larsen Ø, Berg O, Hodne F. Legene og samfunnet. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo/Den norske lægeforening, 1986: 411–67.
- Larsen Ø. The dynamics of a profession: Some concluding comments on being a Norwegian physician. I: Larsen Ø, red. The shaping of a profession. Canton, MA: Science History Publications, 1996: 53–43.
- Schiøtz A. Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984. Oslo: Pax, 2003.
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2.7.1999 nr. 64. § 6. Ressursbruk.
- Mechanic D. Physician discontent. Challenges and opportunities. JAMA 2003; 290: 941–6.
- Sandvik H. Fastlegeordningen – forventninger og erfaringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1319–21.
- Nylenna M, Larsen Ø. Medisinsk publisering i Norge 1905–2005. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1506–9.
- www.legeforeningen.no/utskrift.gan?id=40548&subid=0&printer=true (25.4.2005).
- www.legeforeningen.no/asset/24619/2/24619_2.xls (25.4.2005).