

Legen – homo economicus eller homo sociologicus?

Bakgrunn. Ulike måter å styre, organisere og finansiere helsetjenestene på bygger på utematiserte forutsetninger om hva som motiverer aktørene i dette systemet til å handle slik de gjør. Valg av aktørmodell påvirker situasjonsdefinisjon og politikktutforming og kan være avgjørende for i hvilken grad tiltakene virker etter sin hensikt og hvilke utilsiktede virkninger de får. Hvordan kan og bør legerollen forstås, og hvilke implikasjoner har ulike aktørmodeller, med tilhørende politiske virkemidler, for tillitsforholdet mellom lege, pasient og samfunn?

Materiale og metode. Vi drøfter her legerollen med utgangspunkt i en økonomisk og en sosiologisk aktørmodell og tre perspektiver: pasientenes/befolkningens, styresmaktenes/politikernes og legenes eget.

Resultater. Det kan synes som om pasientene ser legen mest som homo sociologicus, at styresmakten ser legen mest som homo economicus, mens legen selv er splittet i sitt syn på sin egen rolle.

Fortolkning. Vi argumenterer for at det ikke må utformes styringssystemer som plasserer legens og pasientens interesser i direkte konflikt, da dette kan være nådestøtet for tilliten til legeprofesjonen.

I helsevesenet kommer det moderne samfunn til uttrykk blant annet gjennom et stadig økende gap mellom tilbud og etterspørsel etter helsetjenester. Dette henger sammen med at befolkningens ønsker og forventninger (etterspørselen) øker mer enn det som er tilgjengelig av tjenester (det reelle tilbudet). Samtidig fører medisinsk-teknologiske nyvinninger til et større spekter av tjenester (tilbudet) som overskrider samfunnets vilje til å finansiere tjenestene (den reelle etterspørsel).

For å møte utfordringene fra det såkalte helsegapet har det de siste årene i de fleste vestlige industriland vært gjennomført en rekke politiske tiltak som innebærer dyptgripende endringer i måten helsetjenesten er styrt, organisert og finansiert på (1). Økonomiske teorier har fått en viktig rolle i omstillingsprosessen, både i situasjonsdefinisjonen og i selve politikktutforming (2, 3).

Olaug S. Lian

olaug.lian@ism.uit.no

Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø

John-Arne Røttingen

j.a.rottingen@basalmed.uio.no

Institutt for ernæringsforskning
Postboks 1046 Blindern
0316 Oslo

Lian OS, Røttingen J-A.

The physician – homo economicus or homo sociologicus?

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1682–5

Background. Different ways of organising and funding health services are based on certain assumptions about social action. Choice of theories affects the definition of the situation, policy content, goal fulfilment, as well as unintended effects. Here we discuss the role of the physician. How is it to be understood, and what implications do different theories and their accompanying political initiatives have for people's trust in doctors?

Material and methods. We start out from a theoretical discussion based on the economic and sociological theory of action in combination with three different perspectives: those of patients, of government/politicians, and those of the doctors themselves.

Results. It seems that patients see physicians as homo sociologicus; politicians see them as homo economicus; the physicians themselves are ambivalent towards their own role.

Interpretation. We should be careful not to design managerial systems that put the interests of patients and physicians in direct conflict, most of all because it could undermine the trust in the medical profession.

Den økonomifaglige måten å betrakte legen og helsevesenet på har fått en nærmest hegemonisk status i omformingen av helsevesenet, etter hvert også her i Norge (4). Teorier og begreper knyttet til private bedrifter og frikonkurransemarkeder står særlig sentralt, og «markedspråket» er etter hvert blitt meget fremtredende: Pasienten er en kunde som etterspør en vare på et marked der ulike selgere markedsfører seg selv og sine produkter i konkurranse med andre. Andre samfunnssektorer har tilsvarende utvikling, men for helsetjenesten er den særlig paradoksal, ettersom denne institusjonen er en av våre fremste bærere av humanistiske verdier. Virksomheten skal baseres på respekt for menneskeverdet, likhet og rettferdighet (5) – verdier som i utgangspunktet

synes å være fjernt fra markedets konsekvenser (ulikhet, enhver er sin egen lykkes smed, «survival of the fittest», etc.).

Samfunnsvitenskapelige teorier, deriblant de økonomiske, bygger på bestemte antakelser om hva som kjennetegner menneskene og hva som motiverer deres handlinger – såkalte modeller av hypotetiske aktører (aktørmodeller). Slike antakelser blir utslagsgivende for politikktutforming når teoriene anvendes som grunnlag for politiske virkemidler. En grunnleggende forutsetning i den økonomiske aktørmodellen er at all menneskelig handling er motivert ut fra egeninteresse eller egen nytte. Motstykket til denne forståelsen er den sosiologiske handlings-teorien, slik den ble utviklet av blant andre franskmannen Emile Durkheim mot slutten av det 19. århundre. Sosiologiens grunnleggere var særlig kritiske til at økonomifaget anla et ensidig nyttesynspunkt på menneskelig virksomhet. Faget kan dermed sies å være grunnlagt dels som et alternativ til den utilitaristiske tenkemåten (6, 7). Motsetningen mellom fagene er fortsatt til stede. En av de mest vedvarende splittelsene i samfunnsvitenskapene er opposisjonen mellom to tankeretninger assosiert med Adam Smith og Emile Durkheim, mellom homo economicus og homo sociologicus (8).

Vi vil i denne artikkelen ta for oss legen som aktør og hvilke konsekvenser to ulike aktørmodeller – den økonomiske og den sosiologiske – kan ha for legerollen. Kan legen forstås som homo economicus eller homo sociologicus? Etter presentasjonen av modellene drøftes legerollen med utgangspunkt i tre perspektiver: pasientenes/befolkningens, styresmaktenes/politikernes og legenes eget. Artikkelen munner ut i en drøfting av modellene i forhold til sosiale vilkår for etablering, vedlikehold og forvitring av samfunnets tillit til legeprofesjonen. Vi tar primært utgangspunkt i norske forhold.

Økonomiske versus sosiologiske aktørmodeller

Homo economicus og homo sociologicus er to aktørmodeller som representerer to diametralt motsatte syn på menneskelig handling. I den økonomiske aktørmodellen betraktes alle handlinger som et resultat av et ønske om å maksimere egen nytte. Disse motivene er ikke gjenstand for undersøkelser eller diskusjon, de er fastsatt a priori. Handlingsbegrepet er endimensjonalt (egen nytte er eneste dimensjon), og det defineres instrumentelt eller formålsrasjonelt: Ut fra

gitte mål velger vi de midler som mest effektivt vil føre oss til målet.

Den sosiologiske aktørmodellen, derimot, er basert på en forutsetning om at handlinger er normativt orientert, altså at folks handlinger er motivert ut fra bestemte oppfatninger om hva som er rett og galt. Normer er handlingsregler som sier noe om hvordan vi bør handle i gitte situasjoner. De fremstår dels som indre og dels som ytre forventninger, og de er forankret i oppfatninger om hva vi anser som godt og verdifullt (verdier). Dette utelukker ikke instrumentelle handlinger, men den instrumentelle handling er bare én av mange forskjellige normative orienteringer (normen er: vær instrumentell). Noen ganger vil våre handlinger være instrumentelle, andre ganger vil de være verdirasjonelle, altså motivert ut fra noe som har en verdi i seg selv uavhengig av utenforliggende mål (eksempelvis etiske verdier). Et grunnleggende postulat i sosiologien er at mennesker er i stand til å handle ut fra hva de oppfatter som rett og galt, selv om det strider mot deres egne interesser. Således er vi i stand til å være altruistiske, ikke bare egoistiske.

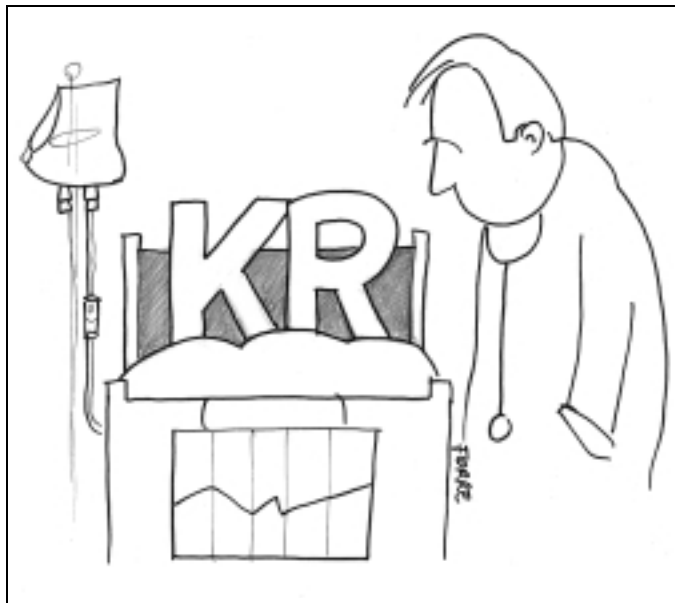
For noen tiår tilbake var det vanlig å beskrive legerollen i et normsosiologisk perspektiv, for eksempel Eliot Freidsons beskrivelse av «the clinical mentality» (9) og Robert Mertons beskrivelse av legeprofesjonen (10): Den medisinske profesjonen har sin egen normative subkultur, en mengde av felles ideer, verdier og standarder som definerer hva som er anbefalt, foretrukket, tillatt eller forbudt, og som medlemmene forventes å orientere sine handlinger etter (10).

Homo sociologicus er altså flerdimensjonal, det vil si at hun har ulike handlingsrasjonaliteter i ulike sammenhenger. Ulike sosiale kontekster representerer ulike forventninger og krav, og handlingene og handlingsrasjonaliteten henger sammen med det sosiale feltet aktørene til enhver tid står i. Dette innebærer at vi kan ha andre motiver for våre handlinger når vi fyller rollen som mor enn når vi fyller rollen som kunde i et supermarked. Når vi er på jobb, eksempelvis som lege ved et legekantor, går vi inn i enda en ny rolle, en rolle som er fylt med andre normer enn dem som gjelder i hjemmet og i butikken. Av denne grunn bør ethvert sosialt fenomen forstås eller forklares i relasjon til den sosiale og kulturelle kontekst det inngår i. Økonomiske teorier, derimot, tar ikke høyde for forskjellene mellom ulike sosiale felter, og overser dermed at samfunnet er sosialt differensiert. Det antas at forretningsmannens handlingsrasjonalitet er noe allment menneskelig, uavhengig av tid og sted. Dette innebærer en form for reduksjonisme

hvor virkemåten til ett av mange sosiale felter, nemlig det økonomiske, blir betraktet som gyldig for dem alle.

Tre perspektiver Pasientenes og befolkningens perspektiv

En forutsetning for et godt lege-pasient-forhold er tillit (11–15). Pasientene må ha personlig tillit til sin lege. Denne må vinnes av den enkelte lege, men den bygges også på en sosial tillit til legene som gruppe. I tilliten ligger en maktoverføring (12): Pasienten gir og legen påtar seg ansvar for å ivareta pa-



sientens interesser på best mulig måte. Pasientene forventer at legen opptrer som deres advokat. Dette innebærer ikke forventninger om at alt skal prøves og gjøres, men at legen gjør det som er nødvendig og riktig i henhold til gjeldende normer. Ut fra dette er det klart at pasientene forventer at legen er en homo sociologicus som i stor grad handler på bakgrunn av hva hun mener er rett og galt, ikke ut fra hva som tjener hennes egne interesser.

Mange forventer at folks tillit til legene vil svekkes som en følge av mer informerte pasienter, profesjonens manglende evne til selvkritikk, økt mediefokusering og økende markedsstyring i helsesektoren. I Norge er det foreløpig lite som tyder på en slik utvikling. Holdningsstudier fra 1990 viser at legene er blant de yrkesgruppene i Norge som nyter størst tillit (sammen med prestene og sykepleiere). Mens 45 % av dem som ble intervjuet svarte at legeprofesjonen fortjener betegnelser som ærlighet og høy etisk standard, var det bare 2 % som svarte tilsvarende om bilselgere (16). Ser vi derimot på USA, finner vi mange tegn på at folks tillit til legeprofesjonen er betydelig svekket, noe som blant annet forklares med økt forekomst av institusjoner som driver for profitt, hardere konkurranse mellom tilbydere og et økende effektivitetstjats (13, 15, 17–19). Med økt

bruk av markedsstyring også i norsk helsevesen kan vi anta at Norge vil følge utviklingen i USA.

Styresmaktens perspektiv

Forsøk på å styre legene kan foregå ved hjelp av tre ulike sett av virkemidler: juridiske, finansielle/incentivbaserte og pedagogiske/rådgivende. Helsepolitikken benytter alle disse, og vektleggingen av dem har skiftet med tiden. Juridiske virkemidler eksemplifisert ved våre nye helselover har til hensikt å være relativt klare og absolutte, og valg av aktørmodell er mindre relevant for disse. For de to andre er det henholdsvis den økonomiske og den sosiologiske aktørmodellen som er grunnlaget.

Incentivsystemene bygger på den økonomiske aktørmodellen, og hviler dermed på en forutsetning om at det ikke finnes noe felles norm- og verdigrunnlag blant aktørene i helseinstitusjonene, men at det er egeninteresser som styrer deres handlinger. Av mangel på internaliserte normer må handlingene til legene ledes i ønskede retninger gjennom institusjonalisering av formelle incentivsystemer som kan holde deres illegitime interesser i sjakk og påvirke dem til å handle slik styresmaktene ønsker (20). Incentivene kan legges på institusjonen (systemnivå) eller på den enkelte lege

(individnivå). I Norge er innsatsstyrt finansiering i sykehus og normaltariiff for privat legepraksis eksempler på incentiver på de to nivåene. Begge systemene sikter blant annet mot å øke kostnadseffektiviteten ved virksomhetene. Hvordan incentivene påvirker den enkelte leges faglige vurderinger i kliniske valgsituasjoner er omdiskutert (21). Dette vil trolig avhenge av hvilket nivå de ligger på, samt detaljeringsgraden av incentivene (stykkpris eller basistilskudd per pasient).

Pedagogiske/rådgivende virkemidler, derimot, bygger på den sosiologiske aktørmodellen, hvor det forutsettes at det finnes et felles norm- og verdigrunnlag blant aktørene i helseinstitusjonene, og at aktørene handler med utgangspunkt i normer som de finner riktige og rimelige. Slike forutsetninger gjør det nærliggende å arbeide for å utvikle og vedlikeholde faglige og etiske normer og verdier man ønsker at virksomheten skal baseres på. Normpåvirkning er nettopp det som er hovedintensjonen med rådgivende virkemidler. Prioriteringsutvalgene (22, 23) og verdimeldingen (5) er eksempler på slike tiltak her til lands.

Styresmaktene ser dermed legene som både homo economicus og homo sociologicus, selv om førstnevnte er på vei til å bli dominerende.

Legenes perspektiv

Legene selv har vektlagt de mange fasettene av legerollen – at deres handlinger bygger på en flerdimensjonal rasjonalitet som er fundert i den enkeltes faglige autonomi. Utad kommuniserer legene en selvforståelse som tilsier at faglige og etiske normer og verdier står sentralt i utøvelsen av legegjerningen. Eventuell personlig nytte av valgene som fattes, det være seg økonomiske eller faglige interesser, blir sett på som illegitime hensyn (24). I vår begrepsbruk er altså legen en homo sociologicus par excellence i egne øyne.

Dette er noe av grunnen til at legeprofesjonen er bekymret for økt vektlegging av markeds mekanismer i helsevesenet. Legene er bekymret for at incentivbaserte finansieringssystemer i sykehusene vil dreie virksomheten i uønskede retninger, gå på bekostning av kvaliteten, redusere legene til konsulenter og føre til en ensidig vektlegging av produksjonstall, slik at utdanning, veiledning og forskning blir skadelidende (25–27). Profesjonen er altså bekymret for at det å bruke den økonomiske aktørmodell på systemnivå, med sykehuset/avdelingen som aktør, skal få utilsiktede og uønskede konsekvenser.

Samtidig er ikke profesjonen fremmed for å benytte den økonomiske modellen på individnivå. Privatpraktiserende spesialister og allmennlegger har i mange år hatt et tilnærmet stykkprissystem, og med fastlegeordningen har denne avlønningssystemen befestet sin posisjon. Legeprofesjonen med sin fagforening Legeforeningen har spilt på lag med styresmaktene for å danne og videreutvikle individbaserte incentivsystemer. Legen betrakter seg dermed som en homo economicus, hvor egen nytte antas å spille en sentral rolle i den rasjonalitet som ligger til grunn for tanker, valg og handlinger.

For oss ser det derfor ut som om legestanden er splittet i sitt syn på sin egen rolle. Eller kanskje er det bare en form for pragmatikk – at de til enhver tid velger den legerollen som samsvarer best med deres egne interesser? At Overlegeforeningen diskuterer resultatlønn for legene i forbindelse med foretaksorganiseringen av sykehusene, kan tyde på det (28).

Kan aktørmodellene fungere side om side?

Hvordan fungerer det i praksis å kombinere den økonomiske og den sosiologiske modellen? Mange vil hevde at begge aktørmodeller bør brukes, og at nettopp en kombinasjon er ønskelig. I teorien er dette bra, men i praksis er det mer problematisk, fordi økonomiske incentiver har en tendens til å oppheve virkningen av andre systemer.

De fleste incentivsystemer fremmer en tilpasningsatferd som har utilsiktede effekter. Når tilpasninger avdekkes, må «spille-reglene» endres slik at systemet igjen for en stakkert stund oppfordrer til mer hensikts-

messige handlingsmønstre. Konsekvensen blir lett at et mer og mer komplekst incentivsystem utvikler seg til en nærmest enerådende styringsmekanisme, mens rådgivning og definering av faglige standarder mister sin funksjon. Disse systemene kan selvfølgelig også ha konsekvenser som er faglig ønsket, og de kan utformes nettopp for å fremme faglig gode valg, men fordi de appellerer til egen nytte i stedet for faglige og etiske normer, fører de med seg stor risiko for strategiske tilpasninger. Lager man systemer for å fremme strategisk tenkning, kan det lett føre til strategisk tenkning på måter og områder som ikke var intendert, i tillegg til, eller i stedet for, det intenderte.

Et eventuelt homo economicus-gen er med andre ord dominant og har et evolusjonsmessig fortrinn overfor de recessive eventuelle homo sociologicus-genene. Får den økonomiske aktørmodellen først en rolle som ett av flere styringssignaler, tar den etter hvert over som hovedsignal. I verste fall kan den komme til å bli enerådende. Et av problemene med dette er at incentivene kan komme til å undergrave sin egen eksistens. En forutsetning for at incentivene skal virke etter intensjonene, er at legene har faglige og etiske normer som forhindrer illegitime tilpasninger. Paradokset er at incentive-ene kan bidra til at nettopp disse normene brytes ned, ettersom de fremmer en utilitaristisk og instrumentell tenkemåte hos legene (20, 27).

Implikasjoner for etablering, vedlikehold og forvitring av tillit

Spørsmålet er ikke om legen er økonomisk eller sosiologisk aktør, det vil avhenge av øynene som ser og kan ikke avgjøres ved hjelp av vitenskapelig analyse. Et mer relevant spørsmål er hvilke implikasjoner ulike modeller har, og hvilke av disse vi foretrekker. Ettersom tillit er en av grunnbetingelsene for legeprofesjonens virke, er det nærliggende å drøfte konsekvensene av ulike aktørmodeller, med tilhørende virkemidler, for etablering, vedlikehold og eventuelt forvitring av tillitsrelasjonen mellom lege, pasient og samfunn. Tillit til legeprofesjonen har betydning på mange plan: Pasientenes villighet til å akseptere medisinske råd hviler på tillit til legens tekniske og etiske kompetanse. Tillit er også effektivt fordi det reduserer behovet for kostbare arrangementer, mistillit er dyrt fordi det krever omfattende styrings- og kontrolltiltak som erstatning for manglende tillit (13).

Samfunnsvitenskapelige teorier om sosiale vilkår for etablering, vedlikehold og forvitring av tillit tilsier at tillit kan forvitres dersom legene handler i strid med sitt legitimitetsgrunnlag, slik at det oppstår tvil om de handler i pasientenes interesser (15). Samfunnets tillit til legene kan svekkes dersom legene for folk flest fremstår som aktører med interesser og motiver som kan komme i konflikt med hensynet til pasientenes inter-

esser, ønsker og behov. Hvis legene opptrer slik at folk blir i tvil om hvilke motiver som ligger til grunn for deres handlinger, gir det grobunn for mistillit. Det avgjørende er hvordan pasienter og folk flest opplever det, ikke hvordan legene opplever det.

Ettersom det er en nær forbindelse mellom personlig og sosial tillit, kan mistillit til enkeltleger skape mistillit til profesjonen som helhet, og omvendt. Vi kan altså ha mistillit til moderne medisin og likevel ha tillit til vår personlige lege, og omvendt. Vår tillit eller manglende tillit til de legene vi møter, har likevel en tendens til å bli overført til profesjonen eller systemet de representerer (13). Medieoppslag om enkelttilfeller vil således kunne gjøre stor skade.

Sett på denne bakgrunn er det viktig å ivareta legenes autonomi på en måte som gjør dem fri til å handle i pasientens interesse, og som gjør dem mindre utsatt for krysspress mellom potensielt sett motstridende forventninger og hensyn, eksempelvis mellom medisinske og økonomiske hensyn. Utformingen av finansierings- og avlønningssystemer kan bidra til at tillit skapes, vedlikeholdes eller forvitres, blant annet kan de underminere pasientenes tro på at legene opptrer som deres advokater (15). Dette taler for å utvikle profesjonsnormer og politiske virkemidler (eksempelvis finansieringsordninger) som opprettholder klare skiller mellom legenes og helseinstitusjonens interesser og mellom legenes faglige, politiske og økonomiske interesser. Legene bør ikke ha for mange roller som kan komme i konflikt med hverandre.

Det er således gode grunner til å følge Vegard Bruun Wyllers råd om at vi skal gi legene hva legenes er, og keiseren hva keiserens er (29, 30). Dette synspunktet, som også forfektes av andre (31), innebærer en mer rendyrket legerolle hvor legenes oppgave primært er å ivareta interessene til de pasientene de møter, ikke aksle rollen som politikere eller helseøkonomer. Gjør de det, blir de politikere i hvite frakker. Dette er ikke bare uheldig for samfunnets tillit til legene, det er også uheldig sett ut fra et demokratiperspektiv. Leger er, som kjent, ikke på valg (29).

Verken fastlegeordningens avlønningssystem eller sykehusenes innsatsstyrte finansiering lever opp til kravene om å avgrense legerollen samt skille ulike hensyn og interesser fra hverandre. Også andre styrings- og finansieringssystemer som er basert på økonomiske aktørmodeller, vil være lite egnet til å opprettholde slike skiller, blant annet fordi de er basert på nettopp mistillit til helseprofesjonene og fordi de legger opp til at legerollen skal innbefatte samfunnshensyn av både økonomisk og politisk art.

Debatten om legerollen viser imidlertid at det ikke er uproblematisk å rendyrke en pasientorientert legerolle (32, 33). Vi kan si at legen ikke bare er advokat for den pasient hun har foran seg, men også for pasienten

som kommer i morgen. Avstanden mellom det man anser som faglig ønskelig og det som er økonomisk og politisk mulig å tilby, tilsier at det ut fra ressurs hensyn er nødvendig å foreta prioriteringer. Spørsmålet er dermed ikke om samfunnshensyn må tas, men hvem som skal ta dem. Ut fra hensynet til til-litsforholdet mellom lege og pasient kan man altså argumentere for en noe klarere arbeidsdeling mellom leger, økonomer og politikere, men andre hensyn kan lede til andre konklusjoner.

Konklusjon

På den ene side ønsker legeprofesjonen tillit fra pasienter og samfunn. Det forutsetter at legen er homo sociologicus. På denne bakgrunn kritiserer legene økt vektlegging av effektivitet i sykehus gjennom eksempelvis innsatsstyrt finansiering. På den annen side – og særlig innenfor allmenmedisin og privat spesialistpraksis – ønsker man et incentivbasert system. Det forutsetter at legene er homo economicus. Profesjonen synes ikke å være nevneverdig plaget av at dette er synspunkter og ideologier som prinsipielt sett er motstridende.

I norsk helsepolitikk er økonomiske incentiver et virkemiddel som vinner innpass på stadig nye områder, en utvikling som i økende grad blir støttet av legeprofesjonen. Incentivene kan plassere legens og pasientens interesser i direkte konflikt, og dermed bidra til å undergrave samfunnets tillit til profesjonen og det medisinske system. Denne manglende evne til langsiktig tenkning kan få en bumerangeffekt som vil ramme profesjonen like hardt som den vil ramme samfunnet som helhet.

Litteratur

1. Saltman RB, Figueras J, Sakkellarides C. Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press, 1998.
2. LeGrand J, Barlett W. Quasi-markets and social policy. London: Macmillan, 1993.
3. Saltman RB, von Otter C. Implementing planned markets in health care. Balancing social and economic responsibility. Buckingham: Open University Press, 1995.
4. Lian OS, Midré G. Økonomismens hegemoni. Sosiologisk tidsskrift 1996; 4: 91–118.
5. St.meld. nr. 26 (1999–2000). Om verdier for den norske helsetenesta.
6. Østerberg D. Fortolkende sosiologi. Oslo: Universitetsforlaget, 1993.
7. Lian OS. Fra Bentham til Bourdieu: den sosiologiske kritikken av utilitarismen. Sosiologisk årbok 2000; 5: 43–88.
8. Elster J. Social norms and economic theory. Journal of economic perspectives 1989; 3: 99–117.
9. Freidson E. Profession of medicine. Chicago: The University of Chicago Press, 1970.
10. Merton RK. Some preliminaries to a sociology of medical education. I: Merton RK, Reader GG, Kendall PL, red. The student-physician. Introductory studies in the sociology of medical education. Cambridge, MA: Harvard university press, 1969: 3–79.
11. Fugelli P. Tillit. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3621–4.

12. Grimen H. Tillit og makt – tre sammenhenger. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3617–9.
13. Mechanic D. Changing medical organization and the erosion of trust. The Milbank Quarterly 1996; 74: 171–89.
14. Goold SD. Trust and the ethics of health care institutions. Hastings center report 2001; 31: 26–33.
15. Mechanic D, Schlesinger M. The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. JAMA 1996; 275: 1693–7.
16. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. NSDs meningsmålingsarkiv. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, 1996.
17. Freidson E. Professionalism reborn. Theory, prophecy and policy. Chicago: The University of Chicago Press, 1994.
18. American medical association, Council on ethical and judicial affairs. Ethical issues in managed care. JAMA 1995; 273: 330–5.
19. Gray BH. Trust and trustworthy care in the managed care era. Health affairs 1997; 16: 34–49.
20. Lian OS. Helsegodenes fordelingslogikk. I: Lian OS, red. Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys. Oslo: Tano Aschehoug, 1996: 91–130.
21. Kristiansen IS. Factors affecting doctors' decision-making. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1996.
22. Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987: 23. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
23. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1997: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.
24. Lian OS. Norms for priority setting among health professionals – a view from Norway. Sociology of health & illness 2001; 23: 357–85.
25. Johansen BK. Om legerollen og forholdet til sykepleiere. Intervju med Tor Einar Calisch. YLF-Forum 1999; nr. 11.
26. Vik LJ, Arntzen E. Stykkprisfinansiering av sykehus. Ny giv eller nye problemer? I: Piene H, red. Helsevesen i knipe. Oslo: Ad Notam, 1991.
27. Lian OS. Reformpolitikk og organisasjonskultur – et eksempel fra sykehussektoren. Tidsskrift for velferdsforskning 2000; 3: 172–87.
28. Johannessen LB. Ny virkelighet i sykehuse. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 569.
29. Wyller VB. Gi legene hva legenes er. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3797–9.
30. Wyller VB. Gi keiseren hvad keiserens er... Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3062–5.
31. Nessa J. Vaktbikkje for velferdsstaten. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2452–4.
32. Gulbrandsen P. Egennytt eller samfunnshensyn? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3719.
33. Aarseth HP. Hvem har krav på legens lojalitet? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1119.