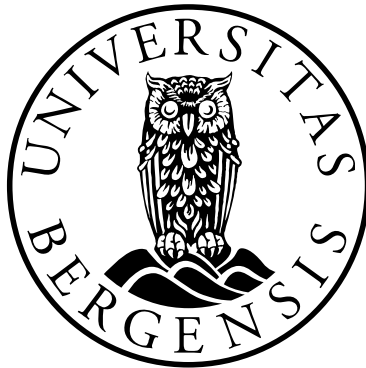


Tyske sykehusleger i Norge i et institusjonelt perspektiv

Ralf Kirchhoff



Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)
ved Universitetet i Bergen

2013

Dato for disputas: 6. september

Fagmiljø

Mitt doktorgradsarbeid startet høsten 2007, da jeg begynte som Ph.d.-student ved Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Universitetet i Bergen (UiB). Prosjektet, med tittelen *Tyske sykehusleger i Norge*, er finansiert av Høgskolen i Ålesund (HiÅ) v/Avdeling for helsefag (AHF). Professor Ivar Bleiklie ved UiB har i hele perioden vært min hovedveileder. Professor Haldor Byrkjeflot, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved Universitetet i Oslo (UiO), har fungert som biveileder.

I løpet av Ph.d.-perioden hadde jeg også et to måneders forskningsopphold ved det tverrfaglige forskningscenteret Pfadkolleg Research Center, Freie Universität Berlin. Her hadde jeg hovedsaklig kontakt med professor Martin Gersch, Fachbereich Wirtschaftswissenschaft, og Ph.d.-studenter som var tilsluttet forskningscenteret høsten 2010.

Forord

Det inngikk opprinnelig ikke i mine karriereplaner å skrive doktoravhandling. En intern omorganisering ved egen arbeidsplass måtte til for at tanken om doktorgrad gradvis festet seg, og til slutt ble omsatt i prosjektideen med tilhørende søknad. Tyske sykehusleger ble valgt som studieobjekt, siden jeg selv har familie og venner som er tyske og som har erfaring fra tysk og norsk helsevesen. Deres møte med og opplevelse av norsk helsevesen ga inspirasjon til å gjennomføre forskning innenfor valgt tematikk. Doktorarbeidet ga meg også en genuin anledning til igjen å praktisere tysk muntlig og skriftlig, særlig under forskningsoppholdet ved Freie Universität i Berlin.

En rekke personer har i løpet av forskningsprosessen, på nokså ulike vis, bidratt til at doktorgradsarbeidet har kommet i ”havn”. En stor takk rettes til mine veiledere professor Ivar Bleiklie ved Universitetet i Bergen og professor Haldor Byrkjeflot ved Universitetet i Oslo. Takk for konstruktive, faglige råd underveis i doktorgradsarbeidet! I tillegg vil jeg utrette en spesiell takk til Turid Aarseth, Synnøve Hofseth Almås, Arne Orvik, Annette Reuter, Erik Nettet og Øyvind Helgesen for faglige råd, diskusjoner og moralsk støtte underveis i en krevende prosess. Også støtten jeg har fått fra gode kollegaer og Høgskolen i Ålesund blir satt umåtelig pris på.

Den norske legeförening takkes for praktisk hjelp og støtte i forbindelse med trekning av utvalgene og gjennomføring av surveyen. Her er det særlig Den norske legeförening, Seksjon for IT v/Mathias Nylund som har vært behjelpelig. Til sykehusleger som har deltatt i surveyen: Takk for at dere i en travel hverdag avsatte tid til å delta i forskningsprosjektet!

Innenfor familiens innerste, varme kjerne er det særlig Anne, du min kjære kone, som aldri mistet troen på meg og mitt arbeid. Til øvrig familie og venner: Takk for all støtte som jeg har fått fra dere i løpet av tiden som har gått.

Ålesund, 30. juli 2013

Ralf Kirchhoff

Abstract

The institutional logics perspective implies that institutional logics are socially constructed, can be reproduced or changed through political decisions, and may work as institutional templates for states, organizations, and professions. In the thesis this analytical framework is used to analyze changes, in the period 1991–2008, in institutional logics in the German and Norwegian hospital sectors. Possible changes in and influence of institutional logics constitute the main research questions in the thesis:

- 1. What characterizes the development of institutional logics in Norwegian and German hospital sector in the period 1991 - 2008? To what extent are professional logics strengthened or weakened in relation to market logics?*
- 2. To what degree can differences in primary institutionalization, together with other factors, have significance for hospital physician's perception of organizational commitment, psychosocial work climate, and professional competence?*

The starting point of the first question is the manifestation of New Public Management (NPM) in the German and Norwegian hospital sectors. The relative presence of NPM in both countries is used as an indicator to judge whether professional logics are challenged or weakened. This analysis is based on a comparison and discussion of reforms that in the literature and thesis is linked to NPM. The second question discusses results from a national survey that was completed in Norway in spring 2009. Here, the answers of German hospital physicians (experimental group, n=338) were compared with the answers of Norwegian hospital physicians (control group, n=287).

The thesis shows changes in institutional logics in both countries. During this period, professional logics are substantially more weakened in Norway when compared with that in Germany. As Norway, Germany has improved patient's legal rights, introduced a new payment system based on Diagnosis Related Groups, and imposed mandatory

total quality management systems in the sector. In Germany, these changes were introduced and legally approved by the federal government in the beginning of the 2000s. Norway introduced likewise reforms in the mid-1990s. A major distinction between Norway and Germany is that Germany has not conducted overarching structural reforms in the sector that break with established management and governance traditions. In contrast to the development in Germany, changes in Norway are evaluated as a more pronounced break with established management and governance traditions. This process started in Norway approximately in the 1980s. Professional logics weakened further in Norway beyond 1990 and 2000s, as the state took a more active role in the governance and management of hospitals. Particularly, the introduction of unified management in 1999 and the hospital reform in 2001 are interpreted as indicators for weakening professional logics in the Norwegian hospital sector.

Results in the thesis indicate that German physician's primary institutionalizations, and other factors, have some impact on German hospital physician's organizational commitment, psychosocial work climate, and professional competence. I found statistically significant differences between the experimental and the control group in the areas that were examined. The results also indicate that the duration of German physician's employment in Norwegian hospitals had relatively little importance for the investigated phenomena (Kirchhoff, 2010, 2011, 2012). The results indicate that German hospital physicians in Norway experience no greater challenges in adapting to changes in the Norwegian hospital sector, when compared with Norwegian hospital physicians in the control group. On the contrary, physicians in the experimental group score on average higher on perceived organizational commitment (Kirchhoff, 2011), experience less problems with time pressure (Kirchhoff, 2010), and have a perceived higher orientation to be up-to-date in medicine (Kirchhoff, 2012), when compared with Norwegian hospital physicians in the control group.

The thesis provides new knowledge about German hospital physicians in Norway, which for many years has been numerically the largest group of foreign physicians in Norway.

Sammendrag

Ifølge litteraturen er institusjonelle logikker sosialt konstruert av institusjonelle aktører, kan reproduseres eller endres gjennom politiske beslutninger og fungerer som institusjonell mal for stater, organisasjoner og profesjoner. I avhandlingen benyttes denne teori- og begrepsverden til å analysere endringer i institusjonelle logikker i tysk og norsk sykehussektor i perioden 1991 – 2008. Mulige endringer i og påvirkning av institusjonelle logikker er rammen for avhandlingens to overordnede forskningsspørsmål:

1. *Hva kjennetegner utviklingen av institusjonelle logikker i norsk og tysk sykehussektor i tidsrommet 1991 – 2008? I hvilken grad er den profesjonelle logikken styrket eller svekket i forhold til markedslogikker?*
2. *I hvilken grad kan ulik primærinstitusjonalisering, sammen med andre faktorer, ha betydning for sykehuslegers organisasjonstilhørighet, opplevelse av psykososialt arbeidsmiljø og faglig oppdatering?*

Første spørsmål tar utgangspunkt i New Public Management (NPM) i tysk og norsk sykehussektor, som sees som indikator på at profesjonelle logikker utfordres og svekkes. Denne analysen baserer seg på en sammenligning og gjennomgang av reformtiltak som i avhandlingen og litteraturen kobles til NPM. Andre spørsmål drøfter funn i lys av data fra en landsdekkende survey. Surveyen ble gjennomført i Norge våren 2009. Her ble svarene til tyske sykehusleger (eksperimentgruppen, n=338) sammenlignet med svarene til et utvalg norske sykehusleger i Norge (kontrollgruppen, n=287).

Avhandlingen dokumenterer endringer i institusjonelle logikker i begge land, men der profesjonelle logikker er mer svekket i Norge enn Tyskland. I likhet med Norge har Tyskland styrket pasienters rettigheter, innført et innsatsbasert finansieringssystem basert på Diagnose relaterte grupper, og pålagt sykehus å innføre helhetlige kvalitetssikringssystem. I Tyskland ble disse endringene innført og vedtatt i starten av 2000-tallet. Norge innførte lignende reformtiltak på midten av 1990-tallet. Et vesentlig

skille mellom landene er at Tyskland ikke har gjennomført overgripende, strukturelle reformer i sektoren, og som bryter med etablerte styrings- og ledelsestradisjoner i landet. Kontrastert til utviklingen i Tyskland, vurderes endringene i Norge som et mer markert brudd med etablerte styrings- og ledelsestradisjoner. Denne prosessen startet i Norge omtrent på 1980-tallet. Profesjonslogikken svekkes ytterligere ved at den norske stat utover 1990- og 2000-tallet inntar en mer aktiv rolle i styringen og ledelsen av sykehusene. Det er særlig innføring av enhetlig ledelse i 1999 og helseforetaksreformen i 2001, som tolkes som en svekkelse av profesjonelle logikker i norsk sykehussektor.

Avhandlingen viser at tyske legers primærinstitusjonalisering, sammen med andre faktorer, kan ha relevans for tyske legers organisasjonstilhørighet, opplevelse av psykososialt arbeidsmiljø og orienteringsgrad til å holde seg faglig oppdatert. Det begrunnes med at jeg fant statistisk, signifikante forskjeller mellom eksperiment- og kontrollgruppen på undersøkte områder, samt at varigheten på ansettelsesforholdet i Norge hadde relativt lite betydning for undersøkte fenomen (Kirchhoff, 2010, 2011, 2012). Funnene indikerer at slike forskjeller i svært få tilfeller betyr at tyske sykehusleger opplever større utfordringer med å tilpasse seg norsk sykehussektor, sammenlignet med leger i kontrollgruppen. Tvert om scorer legene i eksperimentgruppen i snitt høyere på opplevd organisasjonstilhørighet (Kirchhoff, 2011), opplever mindre problemer med tidspress (Kirchhoff, 2010), og har en høyere orienteringsgrad til å holde seg faglig oppdatert (Kirchhoff, 2012), sammenlignet med de norske legene i kontrollgruppen.

Avhandlingen gir ny kunnskap om tyske sykehusleger i Norge, og som i mange år har vært den antallmessig største gruppen utenlandske leger i Norge.

Publikasjonsliste

Kirchhoff, R. (2010). Forskjeller i opplevelse av arbeidsmiljøet blant norske og tyske overleger. *Søkelys på arbeidslivet*, 27, 87-104.

Kirchhoff, R. (2011). Tilhørighet til arbeidsplassen. En komparativ studie av tyske og norske sykehusleger i Norge. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 52(2), 181-210.

Kirchhoff, R. (2012). Et institusjonelt perspektiv på faglighet i tysk og norsk sykehussektor. Upublisert vitenskapelig artikkel. Høgskolen i Ålesund.

Innhold

FAGMILJØ	2
FORORD	3
ABSTRACT	5
SAMMENDRAG	7
PUBLIKASJONSLISTE	9
INNHold	10
FORKORTELSER	12
1. INNLEDNING	13
2. OVERORDNETE FORSKNINGSSPØRSMÅL	17
3. ARBEIDSMIGRASJON AV TYSKE LEGER TIL NORGE	24
4. TEORI OG AKTUALITET	26
4.1 KRITIKKEN MOT SOSIOLOGISK NEOINSTITUSJONALISME.....	28
4.2 ANVENDELSEN AV INSTITUSJONSBEGREPET	30
4.3 SØYLEMODELLEN	32
4.4 AVHANDLINGENS AKTUALITET	34
5. METODE OG DATA	41
5.1 FORSKNINGSDSIGN OG BEGRUNNELSEN FOR VALGET	41
5.2 MAKROANALYSEN OG BRUK AV KILDER.....	43
5.3 MIKROANALYSEN OG BRUK AV KILDER	45
5.3.1 Spørreskjema og trekning av utvalg.....	45
5.3.2 Utvalg, representativitet og frafall.....	46
5.3.3 Statistiske metoder som er anvendt	50
5.3.4 Metodiske vurderinger	50
6. RESULTATER FRA MAKROANALYSEN	53
6.1 INNSATSBASERT FINANSIERING	53

6.2	PASIENTRETTIGHETER	55
6.3	PROFESJONALISERING AV LEDELSE	56
6.4	PRIVATISERING.....	58
6.5	KVALITETSSIKRING PÅ SYSTEMNIVÅ	61
6.6	SKIFTE I INSTITUSJONELLE LOGIKKER, STOR VARIASJON MELLOM TYSKLAND OG NORGE	65
7.	RESULTATER FRA MIKROANALYSEN	69
7.1	ORGANISASJONSTILHØRIGHET	69
7.2	PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ	72
7.3	FAGLIGHET	75
8.	NY KUNNSKAP?	78
9.	LITTERATUR.....	80
10.	VEDLEGG – DEL 1: TRE ARTIKLER	99
10.1	ARTIKKEL 1: FORSKJELLER I OPPLEVELSE AV ARBEIDSMILJØET BLANT NORSKE OG TYSKE OVERLEGER	99
10.2	ARTIKKEL 2: TILHØRIGHET TIL ARBEIDSPLASSEN. EN KOMPARATIV STUDIE AV TYSKE OG NORSKE SYKEHUSLEGER I NORGE	119
10.3	ARTIKKEL 3: ET INSTITUSJONELT PERSPEKTIV PÅ FAGLIGHET I TYSK OG NORSK SYKEHUSSEKTOR	151
11.	VEDLEGG – DEL 2 SPØRRESKJEMA OG SKRIV	179

Forkortelser

BÄK	Bundesärztekammer
DNL	Den norske legeforeningen
DRG	Diagnosis Related Groups
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-GRG	GKV – Gesundheitsreformgesetz (2000)
GMG	GKV – Modernisierungsgesetz (2004)
ISF	Innsatsbasert finansiering
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KK	Krankenkassen
KV	Kassenärztliche Vereinigungen
NPM	New Public Management
OECD	Organization for Economic Co-Operation and Development
SNI	Sosiologisk neoinstitusjonalisme
SGB V	Sozialgesetzbuch V

1. Innledning

I løpet av 1980-årene og frem til 2005 ble det gjennomført en rekke reformer i norsk, offentlig sykehussektor (O. Berg, 2006). En viktig bakgrunn for slike nasjonale reformer er økonomiske utfordringer, som kan sees i sammenheng med et nærmest grenseløst behov for helsetjenester (Haug, Kaarbøe og Olsen, 2009). Kjennetegn ved slike reformer i Norge og en rekke OECD-land er vektleggingen av reforminstrument og logikker som baserer seg på ideer og løsninger hentet fra privat sektor (Pollitt og Bouckaert, 2011). I forskningslitteraturen blir slike reformer ofte samlet under fellesbetegnelsen New Public Management (Hood, 1995). New Public Management (NPM) er imidlertid ikke et entydig begrep. Ifølge Pollitt (2009) er NPM

”...a two level phenomenon: at the higher level it is a general theory or doctrine that the public sector can be improved by importation of concepts, techniques and values, while at the more mundane level it is a bundle of specific concepts and practices” (Pollitt, 2009: 165).

Etter som NPM-logikken i Norge har fått innpass i både helse- og universitetssektoren, har den gradvis ført til endringer på områder som ledelse, medvirkning, kvalitets- og økonomistyring (Lian og Røttingen, 2002; O. Berg, 2006; Bleiklie, 2009; Jespersen og Wrede, 2009). I avhandlingen har jeg avgrenset meg til sykehussektoren, der slike endringer uttrykkes i nye lover og forskrifter. Avhandlingen viser at Tyskland har implementert reformtiltak som ligner de norske, dog skjedde det flere år senere enn i Norge (se kap. 6). De tyske reformene hatt et noe annet innhold enn de norske, og i mindre grad rammet legeprofesjonen i Tyskland (Kälble, 2005). Dette skyldes flere forhold, som jeg i hovedsak tilskriver stor grad av stivhengighet mht. til hvordan tyske, føderale myndigheter har valgt å styre landets sykehussektor. Ulikt utviklingen i Norge er grunntanken i den tyske, føderale styringslogikken at lovbestemte, korporative selvstyringsorganer relativt uavhengig skal styre tysk helsesektor. Innenfor dette systemet har legeprofesjonen tradisjonelt hatt stor innflytelse på tysk helsepolitikk, selv om reformtiltakene etter 2000 har begrenset legeprofesjonens handlingsrom noe. Slik sett er helsepolitikken i Tyskland i større grad i hendene til de

ulike aktørene i helsesystemet, enn å være styrt av overordnede, politiske myndigheter, slik det i større grad er tilfellet i Norge.

Ett overordnet aspekt ved NPM-reformer i offentlig sektor er at endringene representerer en idealtypisk logikk som utfordrer og blander seg med profesjonslogikken (Freidson, 2001). Anvendelsen av idealtyper¹ kobles i samfunnsvitenskapen til sosiologen Max Weber (1864 -1920). Slike idealtyper eksisterer ikke i ren empirisk form. I avhandlingen anvendes de som analytiske konstruksjoner der typiske egenskaper ved sosiale fenomen undersøkes og fremheves. Ett idealtypisk trekk ved NPM-logikken er at den tar utgangspunkt i markedslogikken (Pollitt og Bouckaert, 2011), mens profesjonslogikken i stor grad baserer seg på medikratiske verdier og normer (O. Berg, 2006). Slike institusjonelle logikker er sosialt konstruert av institusjonelle aktører, skapt som følge av historiske hendelser og beslutninger, kan reproduseres eller endres gjennom politiske beslutninger og fungerer som institusjonell mal for stater, organisasjoner og profesjoner (March og Olsen, 1989; Friedland og Alford, 1991; Scott, 2001; Thornton og Ocasio, 2008).

Begrepet institusjonelle logikker ble introdusert av Alford & Friedland (1985) for å beskrive motsetningsfulle praksiser og overbevisninger som eksisterer på overordnet nivå i institusjoner i moderne, vestlige samfunn. Teorien representerer en meta-teoretisk ramme for å analysere sammenhenger mellom institusjoner, organisasjoner og individer. Begrepet anvendes i avhandlingen for å analysere hvordan sosialt konstruerte institusjonaliserte tenke- og handlemåter påvirker individer og hvordan disse tillegger mening til deres omgivelser (Thornton og Ocasio, 2008: 101). Det perspektivet jeg har valgt impliserer at institusjoner er relativt varige kulturelt-kognitive fenomen, men at institusjoner kan endres som følge av at nye logikker introduseres (Scott, 2001; Thornton, Ocasio og Lounsbury, 2012). I tråd med dette vil leger påvirkes av, men forsøker også selv å påvirke kontekster som legeprofesjonen er institusjonelt avhengig av. Graden av påvirkning kan være betinget av institusjonaliseringsgraden som ulik praksis og rutiner legitimerer i slike systemer

¹ Byråkratiet er eksempel på en slik idealtipe som er brukt av Weber (Mayntz, 1968).

(Jepperson, 1991; Zucker, 1991). Kulturelt-kognitive forestillinger som spres videre via lovverk, forskifter og normativ press, sees i avhandlingen som overordnede grunnpilarer som er med på å konstituere den objektiviserte virkeligheten til sosiale aktører i institusjoner (Berger og Luckmann, 1967; Scott, 2001).

Avhandlingen tar utgangspunkt i tyske leger som har arbeidsmigrert til Norge. Her kommer legene i kontakt med sykehusorganisasjoner der ulike element av NPM-logikken tok grep allerede på midten av 70-tallet (O. Berg, 2006). Ved at legene i mitt utvalg har erfaringer fra kontekster der profesjonslogikken er mindre utfordret enn i Norge, bl.a. når det gjelder kontroll over helsepolitikken, kontroll over andre helseprofesjoner, pasienter og ledelse (Döhler, 1997; Bandelow, 1998; Kälble, 2005; Rosenbrock og Gerlinger, 2006; Schrappe, 2009; Wendt, 2009), danner tyske legers arbeidsmigrasjon til Norge avhandlingens sentrale forskningsspørsmål. For å belyse avhandlingens forskningsspørsmål har jeg valgt et kvasi-eksperimentelt forskningsdesign (Johannessen, Tufte og Kristoffersen, 2006: 77). Her utgjør det tyske legeutvalget eksperimentgruppen og som har vært utsatt for en påvirkning som det norske legeutvalget (kontrollgruppen) ikke har vært utsatt for. Det som skiller det tyske utvalget fra det norske, er at samtlige leger i det tyske utvalget har tatt sin medisintutdanning i Tyskland. Legene i kontrollgruppen har alle tatt sin medisintutdanning i Norge. De tyske legene har slik sett vært påvirket av kontekster, som sammenlignet med utviklingen i Norge, i mindre grad har vært preget av endringer i institusjonelle logikker. Slik sett er spørsmålet i hvilken grad tyske sykehuslegers erfaringer fra en annen utdannings- og sykehuskontekst, og der NPM-logikken har vært mindre dominerende, har betydning for denne gruppen leger i Norge? Vil tyske leger på grunn av slike overordnede forskjeller oppleve utfordringer med å arbeide på norske sykehus, sammenlignet med norske sykehusleger?

Hovedantakelsen er at institusjonelle logikker og institusjoner påvirker leger som profesjonsutøvere og omvendt på en rekke områder. Denne påvirkningen skjer gjennom institusjonalisering, som er *"den prosessen der handlinger gjentas og tilordnes ensartet mening av en selv og andre"* (Scott, 1992: 117). Ifølge Berger & Luckmann (1967) blir virkeligheten til sosiale aktører gradvis objektivisert gjennom

forutgående eksternaliseringsprosesser (Berger & Luckmann 1967:60). Internalisering av verdier og normer sees som sluttprodukt av eksternalisering og objektivisering, der den objektiviserte verden blir "*retrojected into conciousness in the course of socialization*" (Berger & Luckmann 1967: 61). Gitt denne premissen er min hovedantakelse at tyske sykehusleger vil skille seg fra norske sykehusleger i Norge på en rekke områder. Ett mål med avhandlingen har slik sett vært å undersøke om det er tilfellet, og om evt. forskjeller mellom tyske og norske sykehusleger bør tillegges vekt. Videre ønsker jeg med avhandlingen å gjøre rede for hvordan denne antatte variasjonen kommer til uttrykk og bidra til å utvikle, utbedre og nyansere eksisterende kunnskap på et relativt utforsket felt. Tematikken er aktuell siden norske og utenlandske myndigheter i større grad åpner for økt arbeidsinnvandring av utenlandsk helsepersonell (World Health Organization, 2006; Arbeids- og inkluderingsdepartement, 2008).

Analysen baserer seg primært på surveydata som ble samlet inn våren 2009. I avhandlingen inngår tre artikler, hvorav to er publisert og en foreløpig upublisert (Kirchhoff, 2010, 2011, 2012). I tillegg har jeg gjennomført en sammenlignende makroanalyse (kap. 6) av endringer i institusjonelle logikker i tysk og norsk sykehussektor i perioden 1991 t.o.m. 2008. Her har jeg tatt utgangspunkt i eksempler og områder som forskningslitteraturen og avhandlingen kobler til NPM. Disse er: 1) innføring av innsatsbaserte finansieringssystemer, 2) profesjonalisering av ledelse, 3) privatisering og 4) innføring av helhetlige kvalitetsstyringssystemer.

I neste kapittel presenterer jeg avhandlingens overordnede forskningsspørsmål med hovedantakelser. Deretter følger en analyse av hvorfor tyske leger i flere år har arbeidsmigrert til Norge (kap. 3). Avhandlingens teoretiske perspektiv og aktualitet er gjort rede for i kap. 4. Deretter følger metodekapittelet (kap. 5) og presentasjon av avhandlingens sentrale makro- og mikrofunn (kap. 6 og 7.). Kapittel 8 drøfter funnene opp mot eksisterende kunnskap på feltet.

2. Overordnede forskningsspørsmål

Forskningsspørsmålene tar utgangspunkt i nasjonale kontekster som antas å ha betydning for primærinstitusjonaliseringen av leger. Begrepet primærinstitusjonalisering er brukt for å tydeliggjøre et idealtypisk skille mellom den påvirkningen leger er utsatt for i startfasen av sitt utdannings- og yrkesliv, og den påvirkningen leger utsettes for etter at de har arbeidsmigrert til et annet land. Sistnevnte påvirkning beskrives i avhandlingen som sekundærinstitusjonalisering.

Primærinstitusjonaliseringen antas å ha større betydning for kulturelt-kognitive forestillinger og preferanser hos leger enn sekundærinstitusjonaliseringen. Det begrunnes med at nasjonale kontekster, universitet og sykehus i samfunnsvitenskapen tillegges stor vekt mht. hvilke verdier og normer som vektlegges og overføres til nye profesjonsmedlemmer (Parsons, 1951; Merton, 1957; Bourdieu og Nice, 1990; G. Hofstede og Hofstede, 2005). Primærinstitusjonaliseringen som legene i eksperiment- og kontrollgruppen har vært utsatt for, sees i avhandlingen i sammenheng med grader av endringer i institusjonelle logikker i Tyskland og Norge. Avhandlingens overordnede forskningsspørsmål er følgende:

1. *Hva kjennetegner utviklingen av institusjonelle logikker i norsk og tysk sykehussektor i tidsrommet 1991 – 2008? I hvilken grad er den profesjonelle logikken styrket eller svekket i forhold til markedslogikker?*
2. *I hvilken grad kan ulik primærinstitusjonalisering, sammen med andre faktorer, ha betydning for sykehuslegers organisasjonstilhørighet, opplevelse av psykososialt arbeidsmiljø og faglig oppdatering?*

Forskningsspørsmålene tar utgangspunkt i både makro- og mikroperspektivet i avhandlingen, og begrunnes ut fra valgt teoretisk perspektiv. Siden legene i eksperimentgruppen kom til Norge før 2009, har jeg valgt å analysere utviklingstrekk i perioden 1991 – 2008. Tidsperioden er også aktuell, fordi mange av endringene som i

avhandlingen kobles til NPM, ble vedtatt og innført i dette tidsspennet². Eksempler på endringer og reformtiltak i sykehussektoren (jfr. kap. 6), i lys av forskningsspørsmål 1, kobles i avhandlingen primært til lovreformer som er vedtatt på overordnet parlamentarisk styringsnivå. I Tyskland vil det være Bundestag og Stortinget i Norge. Med sykehussektor menes i avhandlingen det som på tysk omfatter Stationäre Versorgung og Krankenhäuser (Rosenbrock og Gerlinger, 2006: 154-182; Bundesministeriums der Justiz, 2011: , § 107 Abs. 1), og i Norge fortrinnsvis spesialisthelsetjenesten og helseforetak (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999c, 2001).

Det kan være ulike grader av enighet om hvorvidt en reform innebærer et reelt brudd med en gitt institusjonell logikk eller om det er mer snakk om en inkrementell endring. Sistnevnte perspektiv impliserer i avhandlingen at land har oversatt NPM nokså ulikt, og slik sett har skreddersydd reformen for å ikle dem gjeldende institusjonelle ”mal”. I vanlig forstand kan en politisk reform sees på som avskjed fra status quo, og som reformforkjempere ser på som en forbedring (Cain, 2001). I avhandlingen tar jeg utgangspunkt i at reformer kan sees som prosesser der stater foreta endringer som innebærer ulike grader av brudd med institusjonalisert praksis. Slike prosesser fører ofte til endringer i lover, forskrifter og institusjoner. Formålet med reformer kan være å adressere ulike problemer i samfunnet, eller for å oppnå bestemte politiske mål. Reformprosesser kan være relativt komplekse og konfliktfylte, særlig hvis de fører til endringer av større økonomisk, politisk eller juridisk art. Forskningsspørsmål 1 retter seg mot å skaffe kunnskap om endringene i Tyskland og Norge kan forstås innenfor en slik forståelsesramme. Samtidig vil en slik analyse kunne gi mer presise svar hvorvidt landene, ut fra valgte eksempler, beveger seg i samme retning når det gjelder å utfordre legeprofesjonens profesjonelle autonomi. Med profesjonell autonomi menes i avhandlingen ulike former og grader for kontroll som en profesjon kan ha over spesialisert kunnskap og utdanning, kontroll over egne profesjonsmedlemmer og kontroll over faglige standarder (Larson, 1977; Freidson, 2001). Denne

² Slik sett har jeg avgrenset meg fra å ta stilling til utviklingstrekk og reformer i tidligere DDR. Her finnes det forskningslitteratur og nettressurser der endringer i helse- og utdanningssektoren i tidligere DDR er dokumentert (Mecklinger, 1998; Bühler, 1999; Forum Gesundheitspolitik, 2012).

profesjonsmakten er historisk betinget (Abbott 1988), og understøttes av kulturelle og strukturelle forhold i et samfunn. Hovedhypotesen her vil være at Tyskland, sammenlignet med utviklingen i Norge, har implementert reformer som i mindre grad har utfordret legeprofesjonens profesjonelle autonomi. Hypotesen begrunnes ut fra tidligere funn, og der Tyskland ofte regnes som landet der NPM har hatt minst utbredelse (Pollitt og Bouckaert, 2004; Dent, 2005; Kälble, 2005; Schimank og Lange, 2009). Norge derimot regnes som noe sen, men etter hvert relativ ivrig iverksetter av NPM i universitets- og helsesektoren (O. Berg, 2006; Bleiklie, 2009; Bleiklie og Lange, 2010).

For å svare på forskningsspørsmål 2 har jeg valgt tre områder der variasjon i primærinstitusjonalisering, sammen med andre faktorer, kan tenkes å resultere i forskjeller mellom tyske og norske sykehusleger i Norge:

1. Ett område der man kan anta at legenes ulike erfaringer kan utgjøre en forskjell, er opplevelsen av organisasjonstilhørighet. Med organisasjonstilhørighet menes arbeidstakeres følelsesmessige opplevelse av tilhørighet til arbeidsplassen. Dette kommer bl.a. til uttrykk ved styrken i arbeidstakerens identifisering med organisasjonens verdier og mål, viljen til å yte ekstra og ønske om å bli værende i organisasjonen (Porter, Steers og Boulian, 1974). Man formoder at denne tilhørigheten utvikler seg over lengre tid, og at den er noe mer stabil og motstandsdyktig enn en situasjonsbetinget følelse av generell trivsel. Her er min generelle antakelse at tyske leger vil oppleve mindre organisasjonstilhørighet sammenlignet med norske sykehusleger. Det begrunnes med at NPM i norsk sykehussektor startet tidligere, som bl.a. har ført til at nye institusjonaliserte former for ledelse og styring er blitt introdusert gjennom endringer i helsepolitikken (O. Berg, 2006). Slike endringer kan føre til at nye verdier og normer aktualiseres, og som gradvis ”tas for gitt” av aktørene innenfor et gitt organisasjonsfelt (Scott, Ruef, Mendel og Caronna, 2000; Scott, 2001). Med organisasjonsfelt menes ”...*those organizations that, in the aggregate, constitute a recognized area of institutional life*” (DiMaggio & Powell, 1991: 64). Feltbegrepet tar utgangspunkt i at det vil være ulike aktører innenfor et

organisasjonsfelt, og der maktforholdet, legitimiteten og den gjensidige avhengigheten mellom disse utgjør et avgrensbart empirisk område. Innføring av innsatsbaserte finansieringssystemer, profesjonalisering av ledelse, implementering av total kvalitetsystemer og mer pasient-/brukermedvirkning sees i avhandlingen som eksempler på endringer i organisasjonsfeltet sykehussektor, og som konnoterer verdier, normer og mål som bryter med idealtypiske medikratiske logikker (O. Berg, 2006; Byrkjeflot og Angell, 2007; Torjesen, 2007).

2. Et annet område som jeg undersøker er hvordan norske og tyske overleger opplever ulike sider ved sitt psykososiale arbeidsmiljø (Kirchhoff, 2010). Begrepet psykososialt arbeidsmiljø blir ofte brukt som en samlebetegnelse på mange forhold som har med opplevelsen av arbeidsmiljøet å gjøre (Skogstad, 2000). Forskning innen dette feltet vektlegger vanligvis ikke betydningen av overordnet systemnivå (Sørensen, 2004). I min artikkel undersøker jeg bl.a. om administrativt arbeid oppleves like problematisk i begge utvalg. Her antok jeg at legenes svar også vil være influert av ulike forventninger som tyske og norske leger har til legerollen. Spørsmålet er om tyske og norske leger i like stor grad tar for gitt at den kliniske, pasientorienterte legerollen må vike plass for administratorrollen? Denne rollen sees i avhandlingen som en konsekvens av endringer som reformer kan føre med seg. Ifølge Aubert (1964) er en rolle summen av de normer som knytter seg til en bestemt oppgave eller stilling. Rolleperspektivet impliserer at roller læres, overføres og vedlikeholdes. Dette skjer eksempelvis ved at institusjoner overfører og legitimerer kunnskap, verdier og praksis til leger. Ifølge Zucker (1977) vil formaliseringsgraden til gitte praksiser i ett organisasjonsfelt føre til kulturell bestandighet i organisasjoner og hos organisasjonsmedlemmer (Zucker 1977). Slik sett kan man forvente at leger som har erfaringer for ett gitt syn på legerollen, og der dette synet er institusjonalisert og blir vedlikeholdt via praksis og rutiner, i stor grad vil holde fast ved forestillinger som representerer dette synet. Utviklingen i Tyskland og Norge indikerer at legerollen i større grad fremstår som en hybridisert form, dvs. at ulike legeroller blandes og at medisinsk, faglige

vurderinger i større grad må begrunnes og blir påvirket av økonomiske realiteter og overordnede dokumentasjons- og styringskrav (Lian og Røttingen, 2002; Klinke og Müller, 2008b; L. N. Berg, Byrkjeflot og Kvåle, 2010).

Jeg antar at leger i eksperimentgruppen har et noe annet syn på legerollen enn leger som er utdannet i Norge, og at disse vil oppleve mer problemer til den delen av legearbeidet i Norge som ikke er direkte rettet mot den kliniske delen av legearbeidet. I Tyskland blir den administrative delen av legearbeidet sett på som ett av de største problemer blant sykehusleger (Kaiser, 2002; Becker, Kempf, Xander m.fl., 2010; Mache, Kloss, Heuser m.fl., 2011). Tysk helsesektor er kjent for å være relativt byråkratisk og ressurskrevende. OECD-data viser at Tyskland scorer vesentlig høyere enn Norge når det gjelder medgått ressursbruk til forvaltning av sektoren (OECD, 2011; Blümel, Fuchs og Busse, 2012). Slik sett antar jeg at leger i eksperimentgruppen vil oppleve administrativt arbeid som et større arbeidsproblem sammenlignet med leger i kontrollgruppen.

3. Ett tredje område som jeg har undersøkt er hvordan ulike aspekter ved faglighet innenfor medisin fremgår av lover og forskrifter, som blant annet gir føringer for vedlikehold av legers spesialistkompetanse på sykehusene, valg av ledelsesmodeller og etter hvilke prinsipper og verdier sykehussektoren generelt skal styres og forvaltes. I tråd med valgt teoretisk perspektiv antar jeg at ulike kontekstuelle forhold i sum påvirker leger og deres institusjonalisering ulikt, og som sammen med lokale og individuelle faktorer kan manifestere seg i variasjoner i ulik orienteringsgrad til å holde seg faglig oppdatert. Faglighet belyses siden NPM ofte assosieres med nedtoning av faglighet på systemnivå og større vektlegging av økonomiske – administrative logikker (Berg, 2006). Forskning viser at overleger i Norge opplever problemer med å ta ut avtalefestet utdanningspermisjon, som bl.a. tilskrives økonomiske forhold på den enkelte sykehusavdelingen (Olaf G. Aasland og Rosta, 2011). En annen studie viser til at flere sykehusleger, særlig etter sykehusreformen i 2002, opplever problemer med å ytre sin faglige uenighet overfor ledelsen på sykehusene (O.G. Aasland,

2012). Andre forhold kan tyde på at fagligheten i sykehusene er styrket, etter at helseforetaksreformen trådte i kraft 2002. Reformen førte til at samtlige helseforetak ble pålagt et forskningsansvar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001: § 1 og 2). Samtidig åpnet reformen for at også andre yrkesgrupper enn leger i større grad fikk konkurrere om forskningsmidler. Tall viser at omtrent 61 prosent av forskerpersonalet i helseforetakene, ut fra antall FoU-årsverk i 2009, er leger (Wiig og Gunnes, 2009: 28 - 29). En rapport fra NIFU STEP³, og der man har prøvd å kartlegge den vitenskaplige forskningsaktiviteten i kliniske fag og helsefag, tyder imidlertid kun på en marginal økning i publiseringsaktivitet i sykehusene etter at helseforetaksreformen trådte i kraft⁴ (Siversten, 2006). Selv om fagligheten synes noe styrket, sett i lys av økt ressurstilgang til medisinsk forskning og lovendringen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001; Wiig og Gunnes, 2009), kan det synes som om andre sider ved fagligheten er satt under press, slik mange sykehusleger og leger i mellomlederstillinger opplever det (Olaf G. Aasland og Rosta, 2011; O.G. Aasland, 2012; Hippe og Trygstad, 2012).

Sykehus og universitet beskrives i litteraturen ofte som profesjonelle byråkrati, og der kunnskap og kompetanse stadig må fornyes (Mintzberg, 1979). Idealtypiske trekk ved denne typen organisasjoner er at de har et lavt hierarki, er arenaer for fagspesialisering og der fagansatte normalt har stor autonomi i sin yrkesutøvelse og kunnskapservvelse. Dette gjøres for å holde tritt med utviklingen i det medisinske fagfeltet. Tradisjonelt har legeprofesjonen hatt stor frihet til selv å bestemme omfanget og innholdet i denne kunnskapen. Kunnskapservvelsen kan foregå via formelle utdanningsløp, ved å delta i forskningsaktiviteter eller gjennom kontinuerlig etter- og videreutdanning der helsepersonell gradvis utvikler sin faglighet. I helsevesenet er kravet om faglig forsvarlighet både et systemansvar og et individuelt ansvar (Orvik, 2004: 75),

³ Som på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet i 2006, etter initiativ fra Helse- og omsorgsdepartementet, gjennomførte et pilotprosjekt for å måle forskningsaktiviteten i kliniske fag og helsefag i årene 200-2005 (Siversten, 2006).

⁴ Dekker årene 2000 – 2005 (Siversten, 2006).

som i Norge er regulert i spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999c, 1999a). Tysk lovgivning er eksplisitt mht. hvordan, i hvilket omfang og hvor ofte kompetansen til den enkelte legespesialist på sykehusene skal vedlikeholdes (Der Gemeinsame Bundesausschuss, 2009). Praktiseringen av tilsvarende forhold er i Norge med bakgrunn i lovverket i større grad forbeholdt skjønnnet til det enkelte sykehus og legespesialist. I en tid der sykehus og leger i større grad må ta hensyn til økonomiske – administrative mål og prioriteringer, er spørsmålet om slike endringer virker inn på legers orienteringsgrad til å holde seg faglig oppdatert. Jeg antar at tyske leger som har erfaringer fra kontekster der myndigheter stiller mer eksplisitte krav til vedlikehold av legespesialistkompetansen, vil ha en annen orienteringsgrad til å holde seg faglig oppdatert, sammenlignet med norske leger (kontrollgruppen). Samtidig vil jeg anta at også lokale forhold på norske sykehus (f.eks. trekk ved arbeidsmiljøet og ressursituasjonen) og individuelle egenskaper (f.eks. alder, kjønn), kan ha betydning for hvorvidt leger har ulik orienteringsgrad til å holde seg faglig oppdatert.

3. Arbeidsmigrasjon av tyske leger til Norge

Tyskland har frem til 2010 vært det viktigste avsenderlandet i Europa for leger til Norge (Taraldset, 2010: 18). Ifølge tall fra Den norske legeforening (DNL) passerte leger med tysk statsborgerskap i 2004 antallmessig leger med svensk statsborgerskap. Arbeidsinnvandringen av utenlandske leger til Norge, og spesielt fra Tyskland, kan skyldes flere forhold. Tidvis underskudd på leger i norsk helsesektor, som delvis kan forstås på bakgrunn av utdanningskapasiteten på norske medisinske fakultet, kan være en av flere forklaringer. I boken *De skapte legemangelen* (Bertelsen, 1998) viser forfatteren hvordan Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo (UiO) og Den norske lægeforening (DNL), i perioden 1945 - 1960, la sterke hindringer i veien for å øke utdanningskapasiteten til legestudiet i Norge. Motstanden førte til et akkumulert underskudd av leger, men fremtvang endringer og åpnet opp for nordmenn som ville studere medisin i utlandet. Tall viser at 45 prosent (n=1607) av utenlandsmedisinere, dvs. nordmenn som har fått hele sin medisinutdanning ved utenlandske universitet, i perioden 1956 – 1991 hadde studert i Tyskland (Bertelsen 1998:164). Tyskland⁵ har slik sett i flere tiår vært det mest sentrale utdanningsland for leger med norsk statsborgerskap⁶. Denne trenden holdt seg frem til årtusenskiftet, etter dette og frem til 2010 har land som Polen og Ungarn overtatt denne rollen (Wiers-Jenssen og Aasland, 2010: 366). I tillegg til å dekke deler av legemangelen med utenlandsmedisinere har staten gjennom tidligere Aetat, i perioden 1998 – 2003, hatt målrettede rekrutteringskampanjer mot blant annet Tyskland (Arbeids- og inkluderingsdepartement, 2008: 72).

Tilstrømningen av leger fra Tyskland til Norge kan også sees i sammenheng med endringer i regelverk for godkjenning av legenes utdanning og praksis innenfor EØS-området (Taraldset, 2010). Her markerer 1.1.1994 et historisk skille da EØS-avtalen trådte i kraft. I den forbindelse står direktivet 93/16/EØF av 5.april 1993

⁵ Før 1990 Vest-Tyskland.

⁶ Også før krigsutbruddet 1.9.1939 var Tyskland et sentralt utdanningsland for norske medisinere i Norge. Mange norske leger dro dit for å videreutdanne seg (Kvamme, 2008)

sentralt (The Council of The European Communities, 1993). Direktivet regulerer den frie bevegelseheten for leger på tvers av landegrenser i EU og angir regler for samkjøring av kompetansebevis og minstekrav. Ved å forplikte seg til EØS-avtalen åpnet det seg nye muligheter for leger innenfor EØS-området og som ønsket å arbeide i Norge⁷. Et mer fleksibelt regelverk for godkjenning av legenes kompetanse og landenes tette historiske bånd, sees i avhandlingen imidlertid ikke som hovedgrunn til økt arbeidsmigrasjon av leger fra Tyskland til Norge. En studie av leger som forlot Tyskland i 2008, viser at leger fra Tyskland primært arbeidsmigrerer til Sveits, Østerrike, USA og Storbritannia (Kopetsch, 2009). Slik sett er Norge bare ett av flere land som leger fra Tyskland arbeidsmigrerer til.

Hovedgrunnen til at tyske leger velger å forlate landet, blir av tyske helsemyndigheter ofte tillagt en generell misnøye særlig blant yngre leger. Dette kan sees i sammenheng med stor arbeidsbelastning, manglende fritid/tid sammen med familien, byråkratisering av legearbeid, hierarkiske strukturer, autoritær ledelse og dårlig arbeidsklima (Bundesministerium der Gesundheit und Soziale Sicherung, 2004: 119-120). En rekke andre studier styrker dette inntrykket (Kaiser, 2002; Blum og Müller, 2003; Jurkat, Raskin og Cramer, 2006; Janus, Amelung, Gaitanides og Schwartz, 2007; Judith Rosta og Aasland, 2011).

Den eneste studien som har kartlagt migrasjonsgrunner til tyske sykehusleger i Norge, er diplomarbeidet til Schuricht (2007). Studien viser at utsikter til bedre lønn ikke er hovedgrunnen til at legene valgte Norge. Regulerte arbeidsforhold, og dermed mer tid til familie og fritid, oppgis som hovedgrunnen (Schuricht, 2007: 92). Kontakter og nettverk i landet, før arbeidsmigranter bestemmer seg for å reise, kan også forklare hvorfor migrasjon fra samme senderland holder seg stabilt. Egne data viser at et flertall av de tyske legene hadde kontakt med personer i Norge før de migrerte (Kirchhoff, 2010: 89). Allerede etablerte sosiale eller yrkesrelaterte nettverk kan dermed spille inn når tyske leger velger å flytte og arbeide i Norge.

⁷ En beskrivelse av regelverket som gjelder for godkjenning av yrkeskvalifikasjoner for helsepersonell fremgår av St.meld.nr.18 om Arbeidsinnvandring (Arbeids- og inkluderingsdepartement 2008:87-88).

4. Teori og aktualitet

Avhandlingen har fokus på tyske sykehusleger som arbeider i Norge. Jeg problematiserer tyske legers overgang til et helsesystem der den profesjonelle logikk i stor grad er blitt utfordret av NPM-logikken. Ifølge Freidson (2001) er den profesjonelle logikk den tredje vesentlige logikk i tillegg til markedslogikken og den byråkratiske logikk (Freidson, 2001: 12). Som idealtypen eksisterer den profesjonelle logikk ikke i ren empirisk form, og skiller seg fra andre logikkformer ved å tilstrebe kontroll gjennom autonomi. Freidson (2001) viser til flere delvis overlappende kjennetegn for profesjonell atferd som monopolisering på utførelsen av arbeidet, spesialisering, kontroll over høyt spesialisert arbeid basert på profesjonens viten og evner, og utviklingen av en særegen profesjonsidentitet der utdanningssystemene tillegges en sentral rolle (Freidson 2001: 180). Profesjonens spesialiserte kunnskaper og samfunnets behov for deres kunnskap er selve maktfundamentet for den profesjonelle logikk (Freidson 2001). Slike logikker impliserer at helsevesenet bør styres av legeprofesjonen og at helsevesenet bør bygges rundt tillitsforholdet mellom pasienten og legen (Reay og Hinings, 2009). I tråd med denne logikken tilstreber legeprofesjonen utvidet innflytelse og kontroll over sentrale beslutningsarenaer i helsesektoren. Siden stater er forskjellige ut fra kultur, historie og konstitusjon, er det relativt store forskjeller mellom land når det gjelder hvor mye juridisk makt som den enkelte stat har delegert til profesjoner i et samfunn (Abbott, 1988). I avhandlingen ser jeg denne variasjon som uttrykk for i hvilken grad den profesjonelle logikken har legitimitet i et samfunn og dens institusjoner. Slik juridisk makt er ikke overdratt til profesjoner i all evighet. De norske reformtiltakene har vist at legeprofesjonsmakten utfordres ved at staten griper inn i domener der profesjonen tidligere hadde større kontroll, eksempelvis ved at staten har overtatt ansvaret for å godkjenne legespesialister eller ved å la andre yrkesgrupper bli ledere på norske sykehusavdelinger (Torjesen, 2007; Haave, 2011). Slike prosesser kan skape kontinuerlige, konfliktfylte spenningsforhold mellom profesjon og stat.

Den profesjonsfaglige logikk og NPM-logikken sees i avhandlingen som en av flere idealtyper for institusjonelle logikker, og som i varierende grad påvirker og påvirkes av institusjoner i et samfunn. I helsevesenet og sykehusene har den profesjonsfaglige logikken tradisjonelt vært sterkt influert av legeprofesjonen (Jespersen og Wrede, 2009).

Litteraturen om institusjonelle logikker rommer en rekke bidrag, hvor fokus har vært på endring i legitimitetsbaser for forskjellige logikker (Thornton & Ocasio, 2008). Forskning der perspektivet om institusjonelle logikker er anvendt omfatter en rekke sektorer, eksempelvis forlagssektoren (Thornton og Ocasio, 1999), helsesektoren (Scott, Ruef, Mendel og Caronna, 2000; Reay og Hinings, 2009) og utdanningssektoren (Townley, 1997). Selv om litteraturen har hatt fokus på endring, gir perspektivet få svar hvordan profesjonsutøvere opplever å flytte fra kontekster der profesjonslogikken har relativt stor legitimitet og over til kontekster der denne logikken i større grad er blitt utfordret. Slik sett er det mangel på studier som forsøker å finne svar på slike problemstillinger, og som samtidig bidrar til å utvikle og nyansere kunnskapsgrunnlaget på feltet.

Perspektivet om institusjonelle logikker kan kobles til et sosiologisk neoinstitusjonelt perspektiv (Scott m.fl., 2000; Scott, 2001; Thornton m.fl., 2012), men skiller seg noe fra dette perspektivet ved dens vektlegging på *agency* og kulturell heterogenitet (Thornton m.fl., 2012: 18). *Agency* defineres “...as an actor’s ability to have some effect on the social world – altering the rules, relational ties, or distribution of resources” (W. R. Scott, 2008: 77).

Sosiologisk neoinstitusjonalisme (SNI) ble etablert som fagfelt på 70-tallet og har opphav i amerikansk organisasjonsforskning (Hall og Taylor, 1996: 946). Fokuset har vært forholdet mellom organisasjoner og samfunn der man gjennom institusjonsbegrepet ser disse forholdene i en sammenheng. SNI tar også utgangspunkt i mikroforhold, men makro- og mesoorienterte studier dominerer (R. Meyer og Hammerschmid, 2006: 160). Mikroaspektet i SNI fanges blant annet opp av studien til Zucker (1991). I motsetning til rasjonelle forklaringsmodeller postulerer SNI at aktører

i institusjoner først og fremst agerer ut fra verdier og tradisjoner. Deres handlinger styres slik sett i mindre grad av veloverveid, rasjonell adferd. March og Olsen (1989) inntar her en mellomposisjon ved å henvise til at aktører i ulike situasjoner velger det som de oppfatter som mest passende. I dette ligger det at aktører handler mer ut fra vaner, verdier og normer, og der det hensiktsmessige defineres av gitt situasjon, men også av politiske og sosiale institusjoner (March og Olsen, 1989: 23). Dette synet finner delvis støtte hos andre forfattere som vektlegger makro-/mikroperspektivet i SNI (Zucker, 1991; Mayntz og Scharpf, 1995; Scharpf, 1997; Scott m.fl., 2000; Thornton m.fl., 2012), og inngår også som et teoretisk premiss i avhandlingen.

4.1 Kritikken mot sosiologisk neoinstitusjonalisme

Et ankepunkt mot SNI er at institusjonsbegrepet anvendes vidt og ikke entydig (Senge, 2006; Greenwood, Oliver, Sahlin og Suddaby, 2008). SNI fokuserer på nokså ulike typer institusjoner og forskjellige sider ved disse (Greenwood m.fl., 2008).

Institusjoner kan dermed utgjøre ulike analysenivå (makro, meso og mikro) i SNI, men blir sjelden analysert og drøftet i en helhetlig empirisk sammenheng (Senge, 2006; Greenwood m.fl., 2008). Dette kan ha sammenheng med at institusjonsbegrepet selv er resultat av sterk institusjonalisering i forskningsmiljøer, og der begrep og teori over tid tas for gitt og blir det som Thomas Kuhn (1996) beskriver som et normalvitenskaplig paradigma⁸.

Et annet ankepunkt som har vært reist mot SNI, er manglende interesse for den sosiale aktøren i institusjoner. Hallet og Ventresca (2006) mener at SNI har ”problemer med mennesker” (Hallett & Ventresca 2006: 215), som impliserer at sosiale aktører og deres roller i institusjoner er et underordnet og lite behandlet tema. Sosiale aktører oppfattes allment som ”bærere” av institusjonaliserte sannheter (Scott 2001:79). Berger & Luckmann (1967: 54) tillegger sosiale aktører stor betydning i

⁸ Normalvitenskap beskrives av Kuhn som et forsøk på å ordne og om nødvendig presse en spesifikk forståelse inn i paradigmet skjema. Dersom empiriske funn skulle vise seg ikke stemme overens med teori vil man ofte forsøke seg fram med ny teori. Dette kan imidlertid ikke gjøres innenfor normalvitenskapen, bare gjennom krise og ekstraordinær vitenskap (Kuhn, 1996).

forståelsen av institusjoners genese og overlevelse, mens denne forståelsen er lite synlig i SNI (Greenwood m.fl., 2008: 5).

Ett tredje ankepunkt er metodisk fundert. Spørsmålet er om man kan måle institusjonaliseringsgrader av ulike institusjonelle logikker eller kulturelle bestandighetsgrader? Eksempelvis baserer studien til Zucker (1977) seg på et eksperiment. Eksperimentelt design har fortrinn mht. å kontrollere og justere ulike påvirkningsfaktorer (Skog, 2007). Overføres eksperimentet til samfunnet og virkelige organisasjoner vil dette være en utfordring, siden den empiriske verden er mer kompleks, mer variert og mindre kontrollerbar. Det kan videre innvendes at eksperimentet baserer seg på forsøkspersoner fra USA, og at en gjentakelse av eksperimentet i et annet land kunne gi et annet resultat. Det begrunnes med at nasjonale kulturer ofte er ulike (F. Meyer, 2001; G. H. Hofstede, Gert Jan, 2005).

Ifølge Jepperson representerer spørsmålet om måling av institusjonaliseringsgrader "*a persistent weak point in institutional discussion*" (Jepperson, 1991: 151). Han forsøker selv å begrense problemet noe ved å henvise til generelle karakteristikker ved sterke institusjonaliserte kontekster. Essensen i resonnetet kan sammenfattes i tre punkt: 1) institusjoners levetid, 2) graden av gjensidig avhengighet, og 3) i hvilken grad rutiner, regler, preferanser tas for gitt og er blitt en del av institusjoners objektiverte virkelighet.

Institusjoners levetid (pkt. 1) kan sees som uttrykk for kulturell bestandighet. Institusjoner som overlever endringer, til tross for ytre press og krav fra omgivelser anses i avhandlingen som sterk institusjonalisert. Sterk gjensidig, strukturell avhengighet (pkt. 2) mellom institusjoner sees som uttrykk for sterke institusjonaliserte kontekster. Eksempelvis vil enhver reform eller lovendring i tysk eller norsk sykehussektor hypotetisk møte protester fra interessegrupper (pasientgrupper, profesjoner etc.), når maktposisjoner, faglige verdier, normer eller etablerte rettigheter utfordres. Institusjoner som unngår re- eller sågar deinstitutionisering (Oliver, 1992), selv under endringspress, klarer dette ofte på

grunn av sterk, gjensidig strukturell avhengighet (Jepperson, 1991). Gjensidige avhengighetsforhold mellom institusjoner utvikler seg som regel over tid (pkt.1).

Punkt 1 og 2 sees i sammenheng med punkt 3. Det antas at den kulturelt-kognitive objektiverte virkelighetsforståelsen i institusjoner utvikles gradvis, parallelt og gjensidig i forhold til andre institusjoner. Slike prosesser kan skje i nokså ulik tempo, til ulike historiske tider, sjelden samtidig og sjelden helt likt. Dette poenget styrkes av komparativ forskning der man ser at velferdsstatlige systemer og sykehusreformer implementeres nokså ulikt, med ulik begrunnelse og i forskjellige historiske tidsepoker (Esping-Andersen, 1990; Byrkjeflot og Neby, 2004; Magnussen, Vrangbæk og Saltman, 2009; Wendt, 2009). Slik sett vil det alltid være nokså varierende grader av kongruens mht. i hvilken grad stater implementerer lignende reformer.

4.2 Anvendelsen av institusjonsbegrepet

Avhandlingen tar utgangspunkt i Scott (2001) sin definisjon av institusjoner:

“Institutions are composed of cultural-cognitive, normative, and regulative elements that, together with associated activities and resources, provide stability and meaning to social life” (Scott, 2001: 48).

Definisjonen utvider den tradisjonelle forståelsen av institusjoner ved å integrere kulturelle - kognitive aspekt. Samtidig baserer Scott (2001) seg på tidligere forståelser av institusjonsbegrepet. Vektleggingen av kulturelle - kognitive forhold er influert av teoretikere som Powell og DiMaggio, og som hevder: *“Not norms and values but taken-for-granted scripts, rules and classifications are the stuff of which institutions are made”* (Powell og DiMaggio, 1991: 15).

Innenfor denne begrepsverden tillegges klassifikasjoner, kognitive skript, rutiner og skjemaer stor betydning (Scott, 2001: 41). Sentrale institusjoner i avhandlingen omfatter staten, lov-/regelverket, sykehus og legeprofesjonen.

Scott (2001) skiller mellom ulike forståelser av institusjonsbegrepet. Institusjonelle perspektiv hviler i følge Scott på tre søyler, dvs. at institusjoner kan sees i lys av regulative, normative og kulturelt - kognitive dimensjoner (Scott, 2001: 47). Det er særlig vektleggingen av den kulturelt-kognitive dimensjonen ved institusjoner som flere hevder er det mest sentrale kjennetegn ved SNI (Powell og DiMaggio, 1991; Scott, 2001; Walgenbach og Meyer, 2008). I avhandlingen betraktes den som hierarkisk overordnet i forhold til den regulative og normative dimensjonen. Dette har sammenheng med at etableringen av institusjoner sees i lys av allerede eksisterende forestillinger om ”rett og galt” i et samfunn eller i organisasjoner, og i tråd med SNI må ha eksistert før nye lover vedtas og før ny praksis har kommet på plass.

Eksempelvis kan enhver ny sykehusreform sees i lys av tidligere lover og praksis i denne sektoren, og slikt sett være basert på allerede eksisterende kulturelt - kognitive forestillinger. Slike fenomen forklares innenfor historisk institusjonalisme som stiavhengighet (Thelen, 1999). Samtidig vil lovreformer kunne bety at nye prinsipper innføres av lovgiver, og dermed avviker fra institusjonalisert praksis og forestillinger. Dette kan skyldes at lovreformen sees som eneste løsningen på et gitt problem, og at det haster med å få løst problemet. Økonomiske forhold vil her spille inn, men også det faktum at andre land har gjort lignende tiltak og at dette har fungert rimelig godt. Empiri tilsier imidlertid at velferdsstatlige reformer, som kan være tuftet på de samme ideer, kan få forskjellige uttrykk i ulike land. Byrkjeflot og Neby (2005) viser her bl.a. til variasjoner innen Norden og hvordan ulike New Public Management ideer er blitt implementert i Danmark, Sverige og Norge. Lignende eksempler finner man også når man sammenligner norsk og tysk sykehussektor, som kapittel 6 viser.

Eksempelvis førte innføring av innsattsstyrt finansiering både i Tyskland og Norge til at helsetjenester ble sett på som andre produkter og varer, og som både kunne standardiseres, sammenlignes (såkalt benchmarking), prissettes og delvis konkurranseutsettes. Dette skjedde på ulike historiske tidspunkt. I Norge ble dette nye prinsippet for finansiering innført i 1997 (O. Berg, 2006: 82), mens Tyskland gjorde lignende ordning obligatorisk i 2004 (Rosenbrock og Gerlinger, 2006: 171). Ideen som ligger bak systemet er innført i mange vestlige land, og bryter med tidligere

forestillinger om synet på helsetjenester. Selv om markedstenkningen som ligger bak er basert på samme idégrunnlag, så viser forskning at denne ordningen blir praktisert svært forskjellig mellom land (Schreyögg, Stargardt, Tiemann og Busse, 2006).

Hva som betinger at institusjoner oppstår, endrer seg eller forsvinner er ikke tema i avhandlingen, selv om makroorienteringen i SNI er opptatt av spørsmålet (J. W. Meyer og Rowan, 1977; DiMaggio og Powell, 1991). Her står diffusjonsperspektivet sentralt, dvs. postulatet om at organisasjonsoppskrifter spres og slik sett fører med seg at organisasjoner i et organisatorisk felt tendere til å bli mer like hverandre gjennom forskjellige adaptasjonsmekanismer (DiMaggio og Powell, 1991).

4.3 Søylemodellen

Søylemodellen til Scott impliserer at institusjoner kan forstås som multifasetterte fenomen, som vektlegger både bevisste og mer ubevisste element (Scott, 2001: 51). Ved å gruppere institusjoner etter hvilken funksjon disse har (Scott, 2001: 48), får forfatteren frem idealtypiske trekk ved disse. Det kan imidlertid være vanskelig å skille dimensjonene fra hverandre, siden alle tre mer eller mindre er vevd inn i hverandre.

Den regulative dimensjonen representerer lovgivningen, formelle regler, avtaler o.l. i et samfunn eller i organisasjoner (Scott, 2001: 51). Dimensjonen vektlegger faktorer som bidrar til å regulere institusjoner på formelt basis. Her ligger det ett potensial for utøvelse av tvang eller belønning. I avhandlingen er det i første rekke de overordnede lover og regler som regulerer legeprofesjonen i Tyskland og Norge som har vært i fokus. Måten dette er regulert på i landenes lovverk sees i avhandlingen som uttrykk for ulike kulturelt-kognitive syn på faglighet og tradisjoner.

Den normative dimensjonen representerer institusjoners verdier og normer (Scott, 2001: 54). Normer gir føringer for hvordan oppgaver skal løses. Normative systemer bestemmer mål og er slik sett ”*conceptions of the preferred or the desirable*” (Scott, 2001: 54). Normer og verdier bidrar samtidig til å stabilisere institusjoner. Ifølge Scott retter ikke alle verdier og normer seg mot alle medlemmer i et samfunn (Scott, 2001:

55). Slik sett vil verdier og normer som er utpreget i legeprofesjonen ikke nødvendigvis sammenfalle med verdier og normer hos politikere.

Den normative dimensjonen har røtter i tradisjonell sosiologisk tenkning, der verdier og normer i et samfunn (Durkheim, 2002), utdanningsinstitusjoner (Parsons og Platt, 1973; Bourdieu og Nice, 1990) eller i profesjoner (Merton, 1957; Freidson, 2001) antas å utøve sterkt sosialt press på dens medlemmer. Normative systemer baserer seg på moralsk legitimitet og der fokuset er på hvorvidt handlinger kan forsvares ut fra normative hensyn (Scott, 2001: 54). Sykehus- og utdanningssystemer blir her sett på som sentrale sosialiseringarenaer der profesjonsverdier og normer overføres og internaliseres hos de som senere skal bekle denne profesjonsrollen. I en av artiklene sees tyske og norske overlegers opplevelser av administrativt arbeid i en norsk sykehuskontekst, som uttrykk for ulike normative syn på profesjonelt arbeid (Kirchhoff, 2010: 101). Tilsvarende kan opplevelsen av arbeidsbelastning (tidspress) være uttrykk for ulike grader av normative syn hos tyske og norske overleger mht. hva man som lege oppfatter som legitimt press fra arbeidsgiver.

Den kulturelt-kognitive dimensjonen betraktes som overordnet kategori i avhandlingen. Ifølge Scott omfatter den de felles oppfatninger som konstituerer den sosiale virkeligheten i institusjoner, og som dermed gir føringer for meninger og fortolkninger i institusjoner (Scott, 2001: 57). Det igjen vil kunne påvirke forhold som influerer den regulative og normative dimensjonen. Teoretikere innenfor SNI (J. W. Meyer og Rowan, 1977; DiMaggio og Powell, 1991) poengterer rollen til institusjoner som *belief systems*⁹ og trekker dermed veksler på kognitive aspekter ved institusjoner. Ifølge disse teoretikere bidrar etablerte tankemønstre og meningsdannende prosesser i institusjoner til institusjonalisert atferd og tilpasning i organisasjoner (J. W. Meyer og Rowan, 1977; DiMaggio og Powell, 1991; Zucker, 1991). Slike tankemønstre, rutiner og regler blir i organisasjoner etter hvert tatt for gitt (Scott, 2001: 57), og gjør aktører institusjonelt ”blinde” eller rasjonelt begrenset (Simon, 1957). Å se løsnings-

⁹ Trossystemer, men i annen betydning enn trossamfunn.

/handlingsalternativer på gitte problemer utenfor institusjonaliserte maler blir dermed en utfordring for aktører innenfor slike systemer.

Idealtypene slik de presenteres av Scott (2001) har til hensikt å forenkle et svært sammensatt og komplekst bilde som ulike teoretikere har på institusjoner. En streng differensiering og hierarkisering av de tre dimensjonene er kun mulig på et teoretisk plan.

4.4 Avhandlingens aktualitet

Avhandlingens aktualitet begrunnes med at man i hele Europa ser tendenser til at leger og annet helsepersonell krysser grenser (World Health Organization, 2006; Garcia-Perez, Amaya og Otero, 2007; Young, Weir og Buchan, 2010). Også i Norge har det i samme periode skjedd endringer i migrasjonsstrømmen av leger som søker arbeid (Taraldset 2010). Nasjonale helsemyndigheter i mottakerland ønsker i større grad kunnskap om utenlandske helsearbeidere, og dermed også hvordan ulike helsesystemer og praksiser påvirker profesjonelle helsearbeidere (Young m.fl., 2010). Samtidig innebærer demografiske endringer i en rekke land at behovet for kvalifisert, utenlandsk helsepersonell vil stige som følge av økt etterspørsel i hele Europa (OECD, 2008). Det er uttalt politisk mål at arbeidsinnvandrere skal integreres i arbeidslivet og samfunnet (Arbeids- og inkluderingsdepartement 2008:20). Dette krever økt forskning om disse gruppernes møte med norsk arbeidsliv.

Parallelt med at det skjer endringer i migrasjonsstrømmen av helsepersonell i Europa, har Tyskland og Norge gjennomført omfattende lovreformer i universitets- og sykehussektoren (Opedal og Stigen, 2005; Rosenbrock og Gerlinger, 2006; Bleiklie og Lange, 2010). En samlebetegnelse på de ideer er New Public Management (Hood, 1995). New Public Management (NPM) forstås i denne sammenheng som en generell doktrine eller logikk om at offentlig sektor kan forbedres ved å importere ideer fra privat sektor, dens teknikker og verdier (Pollitt og Bouckaert, 2011). NPM-logikken utfordrer medikratiets logikk ved dens idealiserende tro på markedet, konkurranse, mål- og resultatstyring, kvalitetssikringssystemer, avtaler og kontrakter, profesjonell

ledelse og brukermedvirkning (O. Berg, 2006). Selv om NPM baserer seg på ideer som synes å ha et felles ideologisk utspring, er det likevel forskjeller mellom land når det gjelder oversettelse, omfang og politikeres iver etter å iverksette dem (Pollitt og Bouckaert, 2011). I den sammenheng representerer Tyskland og Norge ulike typer case ved landenes ulike vektlegging av NPM-inspirerte reformtiltak og starttidspunktet for denne type reformer. I tillegg har landene ulike idealtypiske velferdsstatsmodeller, som ble etablert med ulike begrunnelser.

Den tyske velferdsstaten er av Esping-Andersen (1990) typologisert som den konservative velferdsstaten. Den norske modellen har trekk som sammenfaller med den sosialdemokratiske velferdsstaten (Esping-Andersen, 1990). Den sosialdemokratiske velferdsstaten finansieres primært via kollektive innbetalinger (skatt). Retten til å benytte seg av tjenestetilbud er ikke betinget av hvor mye man tidligere har bidratt til finansieringen i form av skatt. Sosial utjevning er ett sentralt politisk mål i denne modellen. Den norske, sosialdemokratiske velferdsstaten, samt organiseringen av det norske helsesystemet etter 2. verdenskrig, kan sies å være sterkt inspirert av velferdstenkningen i Storbritannia (Stamsø, 2009). Ideene kobles i stor grad til William Beveridge og etableringen av National Health Service (NHS) i 1948.

Idealtypisk for den konservative velferdsstaten er at den viderefører status og hierarki som er skapt i arbeidslivet. Et grunnleggende prinsipp bak systemet er at det finansieres gjennom forhåndsbetalte bidrag (forsikringsordning) av den sysselsatte befolkningen. Den tyske, konservative velferdsstatsmodellen regnes som den eldste i verden. Etableringen av *Die deutsche gesetzliche Krankenversicherung* (GKV) i 1883, under rikskansler Otto von Bismarck, regnes som startskuddet for denne modellen (Wendt, 2009). Ifølge Wendt (2009) var motivet bak innføringen av GKV å demme opp for sosialistiske strømninger i arbeiderklassen, og dermed sikre sosial stabilitet i det tyske samfunnet. I den konservative velferdsstaten har staten en mindre sentral rolle, sammenlignet med den sosialdemokratiske velferdsstaten (Esping-Andersen, 1990). Ett annet trekk ved den tyske modellen, overført til tysk sykehussektor, er at det på eiersiden har ført til fremveksten av en historisk skapt pluralisme (Rosenbrock

og Gerlinger, 2006: 156). Tilsvarende utvikling er mindre fremtredende i den norske, sosialdemokratiske modellen og der sykehusene primært eies og drives av staten.

Fra 1991 og frem til 2009 har skiftende tyske koalisjonsregjeringer¹⁰ gjennomført en rekke reformer i helsesektoren, men ikke alle lar seg tydelig sortere under NPM-paraplyen. Bakgrunnen for en rekke av disse reformene har vært føderale politikeres ønske om å få bukt med utgiftsveksten i sektoren (Rosenbrock og Gerlinger, 2006; Wendt, 2009). Utgiftsveksten startet i Vest-Tyskland allerede på 1970-tallet, og økte ytterligere som følge av den tyske gjenforeningen etter 1990 (Wendt, 2009: 99; Statistisches Bundesamt Deutschland, 2010a). Sammenlignet med utviklingen i Norge kom reformene relativt sent i gang i Tyskland, i mindre omfang eller ikke i det hele tatt. Eksempelvis innførte Norge et system for innsatsstyrt finansiering i sykehussektoren allerede i 1997 (Helse og omsorgsdepartementet, 1997a). Tyskland innførte et lignende system gradvis fra 2000, og systemet ble først gjort gjeldende for samtlige sykehus fra og med 2004 (Rosenbrock & Gerlinger 2006). Norge styrket pasienters rettigheter i 1999 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b). Tyskland innførte en mer moderat versjon av lignende pasientlovgivning i slutten av 2003 (Der Bundestag, 2003).

I Norge har politikere hatt fokus på styring, organisering og profesjonell ledelse i sykehusene (Opedal og Stigen, 2005; Torjesen, 2007). I Tyskland har slike reforminstrument hatt mindre betydning, og som kan skyldes at landet har andre tradisjoner for styring og ledelse (Byrkjeflot, 1997; Rosenbrock og Gerlinger, 2006; Barth og Jonitz, 2009; Schrappe, 2009; Jepson, 2010). Tysk tradisjon på ledelsesområdet tilsier at ledere normalt har ekspertkunnskap (tysk= *Fachwissen*), slik at yrket (tysk= *Beruf*) eller profesjonen normalt har vært inngangsporten til lederstillinger i det tyske samfunnet (Jepson, 2010).

¹⁰ I gjeldende periode (1990 – 2009) har fire regjeringskoalisjoner hatt politisk flertall i Bundestag. 1990 – 1998: CDU/CSU og FDP. 1998 – 2002: SPD-Bündnis 90/Die Grünen. 2002 – 2005: CDU/CSU-SPD. 2005 – 2009: CDU/CSU og SPD (Deutscher Bundestag, 2012).

Andre grunner til at tyske, føderale myndigheter i mindre grad har hatt stor fokus på styring, ledelse og organisering av sykehusene kan skyldes en rekke sammensatte forhold:

1) En mulig forklaring er at ansvaret for sykehussektoren primært er delegert til delstatsmyndigheter, dvs. Bundesländer (Rosenbrock og Gerlinger, 2006). De enkelte sykehus har relativt stor autonomi mht. å bestemme juridisk eierskapsform (offentlig, privat, ideell eller en blanding mellom disse) og intern ledelsesstruktur og organisering. I motsetning til utviklingen i norsk sykehussektor har det derfor ikke vært et tydelig press fra tyske, føderale myndigheter og ned til delstatsmyndigheter for å få institusjonalisert nye praksiser. Områder det har vært fokus på, og som sykehusene i Bundesländer må forholde seg til, er bl.a. innføring av et nytt innsatsbasert finansieringssystem, kvalitetssikring, evidensbasert medisin gjennom standardiserte retningslinjer/prosedyrer og re-sertifisering av legenes spesialistutdanning (Der Gemeinsame Bundesausschuss, 2004, 2009; Bundesministeriums der Justiz, 2011).

2) En annen forklaring kan være at de 16 Bundesländer står forholdsvis fritt mht. å planlegge sykehuskapasiteten i den enkelte delstat, noe som skjer gjennom *Krankenhausplan* (Rosenbrock og Gerlinger, 2006). Slike sykehusplaner omfatter nesten samtlige sykehus, og fastsetter størrelse på sykehusene, hvilke spesialavdelinger disse skal ha (bestemmes ut fra *Versorgungsstufe*), samt hvilke tjenester de skal tilby. Sykehus som er med i *Krankenhausplan* har krav på å få finansiert investeringene av Bundesländer (Rosenbrock og Gerlinger, 2006: 155-156).

3) En tredje forklaring kan ha sammenheng med at ansvaret for forvaltningen av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, på overordnet styringsnivå, i Tyskland er delegert til relativt selvstyrte, korporative institusjoner (Wendt, 2009). Dette regnes å være ett særtrekk ved måten tysk helsesektor styres på, og kan spores tilbake til starten av GKV i 1883 (Wendt, 2009: 92). I motsetning til de politiske styringsforholdene i Norge har det tyske, føderale helsedepartementet (tysk= *Bundesministerium für Gesundheit*) kun begrenset styringsmyndighet over

helsesektoren. Slik sett er styringen av det tyske helsevesenet i stor grad lovfestet og delegert til ikke-statlige aktører som *Krankenkassen* og *Kassenärztliche Vereinigungen* (Bundesministeriums der Justiz, 2011). Denne spredningen av makt mellom ulike aktører i det tyske systemet er gjenstand for kontinuerlige forhandlinger (Sawicki og Bastian, 2008). I det tyske, delegerte forhandlings- og forvaltningssystemet har legeprofesjonen stor innflytelse på forhold som angår styring, kontroll av andre helseprofesjoner, pasienter, organisering, kvalitetssikring, utvikling av faglige standarder, medisinsk forskning og ledelse (Döhler, 1997; Bandelow, 2004; Kälble, 2005; Rosenbrock og Gerlinger, 2006; Wendt, 2009; Expertenkommission Forschung und Innovation, 2010).

Det er dokumentert at reformene i tysk sykehussektor, i perioden 1991 – 2008, har ført til økt konkurranse mellom offentlige og private sykehus, sykehusnedleggelse, sykehusfusjoner og økt privatisering av helsetjenester (Rosenbrock og Gerlinger, 2006; Wendt, 2009; Statistisches Bundesamt Deutschland, 2010a). Lokalt opplever sykehusleger i Tyskland økt tidspress som følge av strammere økonomiserings-/effektivitetskrav (Judith Rosta og Aasland, 2011). Økt byråkratisering av legearbeidet, som i Tyskland ofte tilskrives innføringen av diagnose relaterte grupper (DRG), er et annet problemområde som tas opp i tyske studier (Blum og Müller, 2003; Klinke og Müller, 2008b). DRG brukes i Tyskland til å beregne sykehusenes kostnader ut fra ulike diagnoser og behandlingsform. Tyske sykehus får refusjon fra Krankenkassen for utført behandling basert på DRG. Ordningen ble gradvis gjort gjeldende for samtlige tyske sykehus i perioden 2003 – 2005 (Rosenbrock & Gerlinger 2006:170-172). Ifølge Klinke & Müller (2008b) har ordningen ført til at leger må bruke mer tid til administrative oppgaver, og får ergo mindre tid til pasienter.

Det er få entydige tegn på at tysk legeprofesjonen samlet sett er blitt vesentlig svekket av reformene, til tross for endringene. Kälble (2005) viser til at tysk legeprofesjon i stor grad har lykkes med å unngå tap av profesjonell autonomi i forbindelse med moderniseringsreformen av GKV i 2004 (Kälble 2005:8-9).

En annen indikator, som viser at tysk legeprofesjon har styrket sin posisjon i perioden, er veksten i antall legeårsverk. Antall leger (årsverk) på tyske sykehus har økt i perioden 1991 – 2008, sammenlignet med utviklingen i andre land (OECD, 2010; Statistisches Bundesamt Deutschland, 2010a). Tyske sykehus er også mer ”legeskjeve¹¹” enn andre land (OECD 2010). Döhler (1997) forklarer dette ved å vise til at tysk legeprofesjon relativt tidlig i historien fikk tildelt jurisdiksjon i føderalt lovverk, og som bremset opp for etableringen og utviklingen av andre helseprofesjoner (Döhler, 1997). Slik sett har tyske leger klart å verne om arbeidsoppgaver som i andre land gradvis er overført til andre yrkesgrupper i sykehussektoren.

Ifølge Bandelow (1998) regnes tyske legeforeninger (tysk= *Ärzteverbände*) for å være de mest suksessrike interesseforbund i Tyskland. Det er generell enighet om at den vesttyske legeprofesjon, særlig på 60-tallet og frem til 80-tallet, hadde status som nærmest uovervinnelig vetomotstander i tysk helsepolitikk (Wiesenthal, 1981; Immergut, 1992; Bandelow, 1998; Wendt, 2009). Dette forklares i litteraturen med høy organiseringsgrad og stor mobiliseringsevne ved arbeidskonflikter (Offe, 1971), stor homogenitet grunnet lik utdanning og sammenlignbar yrkesmessig utgangspunkt, høy status i befolkningen, tilgang til økonomiske ressurser og politiske nettverk, og ikke minst legeprofesjonens institusjonelle forankring i korporative og relativt selvstyrte institusjoner (Bandelow, 2004; Rosenbrock og Gerlinger, 2006; Wendt, 2009). Den tyske legeprofesjonens doble representasjon (Bandelow 2004:52), som legeprofesjonen har via Marburger Bund, Hartmannbund, NAV-Virchow Bund, Bundesärztekammer (BÄK) og lovpålagte institusjoner¹² som Kassenärztliche Vereinigungen (KV), Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) og Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), gjør at tysk legeprofesjon har stor innflytelse på tysk helsepolitikk. Den tyske gjenforeningen i 1990¹³, og reformene¹⁴ som er vedtatt i perioden 1991 – 2008, har ikke endret

¹¹ Målt ut fra forholdstallet mellom antall leger (årsverk) og annet helsepersonell.

¹² De såkalte *Körperschaften* (fristilte rettssubjekt/institusjoner som har fått utvidet delegert myndighet fra tyske føderale myndigheter.). *Krankenkassen*, *Kassenärztliche Vereinigungen* og *Der Gemeinsame Bundesausschuss* regnes ifølge tysk helse-/sosiallovgivning som *Körperschaften* (Bundesministeriums der Justiz, 2011).

¹³ Via *Übergangsregelungen* (overgangsregler) fikk leger utdannet i DDR relativt uproblematisk autorisasjon (tysk= *Approbation*), og kunne dermed praktisere som lege i det nye, gjenforente Tyskland (Bühler, 1999: 234-237). Gjenforeningen

helhetsinntrykket av tysk legeprofesjon som en av de mest innflytelsesrike aktører i tysk helsepolitikk.

førte til at strukturer og institusjoner som ble etablert i DDR-perioden (1949 – 1990), gradvis ble deinstitutionalisert (Mecklinger, 1998), og der vesttyske legeforbund hadde en sentral rolle (Stone, 1991). Strukturelle og kulturelle trekk som vesttysk helsesektor er tuftet på, ble slik sett gradvis gjort gjeldende i hele Tyskland etter 1990 (Mecklinger 1998; Wendt 2009).

¹⁴ En oppdatert og kronologisk oversikt over alle reformer og lovendringene i tysk helsesektor er tilgjengelig på forum Gesundheitspolitik: <http://www.forumgesundheitspolitik.de/meilensteine/index.htm>

5. Metode og data

Forskningsspørsmålet vil i stor grad være styrende for valg av metoder (Johannessen m.fl., 2006). I kapitelet gjør jeg rede for avhandlingens forskningsdesign, begrunnelsen for designet, bruk av kilder, utvalg og metoder.

5.1 Forskningsdesign og begrunnelsen for valget

Forskningsdesign handler om å vurdere ulike alternativer for hvordan man skal svare på forskningsspørsmålene (Johannessen m.fl., 2006). For å belyse forskningsspørsmålene har jeg valgt komparativt forskningsdesign. I prinsippet foregår komparasjon i alle vitenskapsdisipliner. Ethvert begrep, enhver teori og typologi vil som regel ta utgangspunkt i avgrensninger mot andre begrep, teorier, og typologier. Dette fordrer at forskeren kontinuerlig må foreta sammenligninger. Ifølge Ragin (1987) er det likevel forskjeller mellom forskere som bevisst anvender metoden, eksempelvis ved sammenligninger på tvers av land, og forskere som tar egenskaper ved land nærmest for gitt (Ragin, 1987: 1-6). Forskere som betoner komparasjon som metode ved sammenligninger av land, er generelt mer interessert i å identifisere likheter og forskjeller mellom land:

“This knowledge provides the key to understanding, explaining and interpreting diverse historical outcomes and processes and their significance for current institutional arrangements.” (Ragin, 1987: 6)

Hantrais (1999) hevder at komparativ forskning i samfunnsvitenskapen i starten ofte tok utgangspunkt i forestillinger om en kontekstfri verden, og der funn av fenomener i ett land ofte ble generalisert og forsøkt gjort universelt gjeldende for andre land (Hantrais, 1999: 93). Slike studier på makronivå har ofte hatt fokus på likhet og konvergens, og slike studier er blitt kritisert for å studere land relativt uavhengig av den kulturelle konteksten som det enkelte land inngår i. Forskerens varierende kunnskap om kulturen, historien og språket til landene som studeres, er en annen utfordring ved denne type studier (Hantrais, 1999). På den andre enden av skalaen

finnes forskere som forfekter det prinsipielle synet om at slike fenomen kun kan forklares ut fra den kulturelle konteksten der slike fenomen oppstår og at tilsynelatende like fenomener mellom land vanskelig lar seg sammenligne og generalisere (Hantrais, 1999). I likhet med Hantrais (1999) argumenterer jeg for et tredje standpunkt, som impliserer at:

”...social reality is also context dependent, but the context itself serves as an important explanatory variable and an enabling tool, rather than constituting a barrier to effective cross-national comparisons.” (Hantrais, 1999: 94)

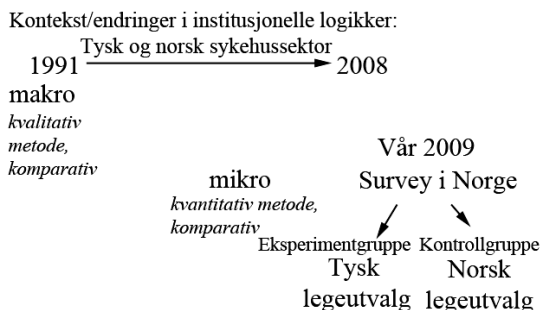
Valget av forskningsdesignet i avhandlingen bygger slik sett i større grad på en strategisk enn en prinsipiell begrunnelse. Ifølge Grønmo (2010) er strategiske begrunnelser mht. forskningsdesign og metoder forankret i konkrete vurderinger av hvilke metoder som svarer best på forskningsspørsmålet. I dette lyset betraktes ingen metoder prinsipielt bedre eller mer vitenskaplig enn andre (Grønmo, 2010: 56). Prinsipielle begrunnelser er ofte forankret i forskerens vitenskapsteoretiske ståsted om samfunnets karakter og samfunnsforskningens egenart. Slike prinsipielle standpunkt vil ofte være styrende for hvorvidt forskeren velger å anvende kvantitativ eller kvalitativ metode (Ragin, 1987; Hantrais, 1999; Grønmo, 2010). I denne avhandlingen har jeg tatt utgangspunkt i fordeler ved begge metoder, med utgangspunkt i forskningsspørsmål og studiens sentrale antakelser.

Kvalitative metoder er anvendt for å studere eksempler på NPM og endringer i tysk og norsk sykehussektor i perioden 1991 – 2008 (se illustrasjon 1). Utvelgelsen av landene begrunnes med at landene representerer ulike typer case mht. i hvilken grad slike reformer har utfordret legeprofesjonen, tidspunktet for implementeringen av slike reformer og landenes forskjellige vektlegging av ulike virkemidler. Den kvalitative, komparative analysen gir dessuten fordeler mht. å vurdere hvorvidt slike endringer representerer reelle skifter i institusjonelle logikker. Makroanalysen er også foretatt for å bygge oppunder avhandlingens antakelser.

Survey er anvendt for å undersøke om den overordnede, nasjonale konteksten har betydning for tyske sykehuslegers kulturelt – kognitive virkelighetsoppfatninger.

Komparasjonen på mikronivå har til hensikt å analysere om leger utdannet i Tyskland (eksperimentgruppen), og som flyttet til Norge før 2009, har forestillinger som harmoniserer med institusjonelle logikker i hjemlandet. Som kontroll er disse legenes svar sammenlignet med et utvalg leger som har tatt hele sin medisinerutdanning i Norge (kontrollgruppen), og som etter studietiden primært har arbeidet på norske sykehus.

Illustrasjon 1 Makro- og mikrokomparasjoner som er foretatt i avhandlingen



5.2 Makroanalysen og bruk av kilder

I avhandlingen har jeg brukt ulike typer primærkilder. Krav som bør stilles til kilder er kildenes relevans, autensitet, troverdighet og tilgjengelighet (Grønmo, 2010: 121-123). Relevansen sier noe om hvorvidt kildene er dekkende for problemstillingen som skal besvares. Autensiteten sees i sammenheng med ektheten til kildene. Troverdigheten til kilder har bl.a. sammenheng med den tilliten vi som forskere har til de/den som har gitt oss denne informasjonen. Tilgjengelighet har sammenheng med at forskeren har nødvendig tilgang til relevante kilder som kan kaste lys over problemstillingen.

Under har jeg oppsummert hvilke hovedkilder som er brukt for å sammenligne landene i perioden 1991 t.o.m. 2008. Slike kilder har ulike egenskaper. I avhandlingen skiller jeg mellom 3 hovedgrupper og som har ulike egenskaper: 1) Dokumenter, 2) statistikk, og 3) andre primærkilder.

Dokumenter

En sentral dokumentkilde i avhandlingen er nasjonale lover. De norske lovene som omhandler sykehussektoren foreligger på webportalen www.lovdatab.no. De mest sentrale norske lover som har relevans for studien er lov om pasientrettigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b), spesialisthelsetjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999c), helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a) og helseforetaksloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001). Begrunnelsen for å innføre en ny praksis eller ny lov fremgår også av andre offentlige dokument. Her er det i første rekke Stortingsmeldinger, offentlige utredninger og Odelstingsproposisjoner som er sentrale dokument (Helse og omsorgsdepartementet, 1997b; Sosial- og helsedepartementet, 2001a; Norges Forskningsråd, 2007; Arbeids- og inkluderingsdepartement, 2008; Kunnskapsdepartementet, 2011).

Lovene som regulerer *Die gesetzliche Krankenversicherung* og tysk sykehussektor er samlet i *Sozialgesetzbuch V* og foreligger på webportalen www.gesetze-im-internet.de/sgb_5. Det innebærer at alle lover som hører innunder helse- og sosial, på føderalt nivå, er samlet i én stor lovsamling. Føderale reformer som har ført til omfattende endringer i tysk sykehussektor er *GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000* (Der Bundestag, 1999) og *Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung* (Der Bundestag, 2003). Offentlige dokumenter som beskriver innholdet og forarbeidene til disse foreligger på webportalen til Bundestag (www.bundestag.de/dokumente/). I tillegg har jeg anvendt offentlige dokument, eksempelvis *Gutachten og Gesundheitsberichterstattung*, utarbeidet på oppdrag fra det tyske helsedepartement på føderalt nivå (Bundesministerium der Gesundheit und Soziale Sicherung, 2004; Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2006; Expertenkommission Forschung und Innovation, 2010; Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2012).

Statistikk

Den andre store gruppen primærkilder som er brukt er landenes offentlige statistikker for helse- og utdanningssektoren, samt statistikk som er publisert av OECD. Statistikk brukes som indikatorer for endring over tid. For norske forhold har jeg primært tatt

utgangspunkt i statistikk publisert av SSB (Statistisk Sentralbyrå, 2008, 2011).

Primærkilden for sammenlignende statistikk mellom Tyskland og Norge er OECD Health Data (OECD, 2010). Primærkilder for tysk sykehus- og universitetssektor er publisert av Statistisches Bundesamt Deutschland (2010b, 2010a).

Andre primærkilder

En rekke forskere har publisert bøker, artikler og rapporter som analyserer endringer i hhv. tysk og norsk sykehussektor separat (Blum og Müller, 2003; Byrkjeflot og Neby, 2005; Dent, 2005; Kälble, 2005; O. Berg, 2006; Rosenbrock og Gerlinger, 2006; Torjesen, 2007; Klinke og Müller, 2008b; Jespersen og Wrede, 2009; Kjekshus, 2009; Wendt, 2009). Få av disse har foretatt direkte sammenligninger mellom endringer i tysk og norsk sykehussektor med utgangspunkt i eksemplene som er valgt i avhandlingen. Imidlertid foreligger det komparative studier i tilstøtende sektorer, som bl.a. analyserer endringer i tysk og norsk universitetssektor i lys av NPM (Bleiklie, 2009; Schimank og Lange, 2009; Bleiklie og Lange, 2010).

5.3 Mikroanalysen og bruk av kilder

Primærkilden til mikroanalysen baserer seg på en tverrsnittsstudie som ble gjennomført våren 2009. Tverrsnittsstudier måler situasjonen på et gitt tidspunkt og har dermed også begrensninger når man skal tolke resultater fra slike studier (Johannessen m.fl., 2006: 75). For å samle inn data fra tyske og norske sykehusleger i Norge har jeg brukt survey som instrument. Sammenligninger på tvers av tysk og norsk utvalg er foretatt ved hjelp av kvantitativ metode, fortrinnsvis khikvadrat, T-tester og regresjonsanalyser.

5.3.1 Spørreskjema og trekning av utvalg

Spørsmålene i surveyen stammer fra et validert spørreskjema (Skogstad, Knardahl, Lindström m.fl., 2001) og noen spørsmål er basert på en tysk studie (Kaiser, 2002). Det er foretatt tilpasninger for å relatere spørsmålene i spørreskjemaet til organisasjonskonteksten (norske sykehus) og for å skaffe ytterligere bakgrunnsinformasjon (se spørreskjema, vedlegg). Legene som deltok i studien fikk

presentert spørsmål og svaralternativ både på tysk og norsk. Oversettelsen er foretatt i flere omganger, først ved forfatter og deretter ved hjelp av oversetter.

Pilotundersøkelse ble gjennomført ved å teste spørsmålene på tre sykehusleger.

For å nå et representativt utvalg tyske sykehusleger i Norge tok jeg i 2008 kontakt med Den norske legeforening (DNL). I samme periode ble det innhentet tillatelse til gjennomføringen av doktorgradsprosjektet fra Personvernombudet (se vedlegg).

Utvalgsriteriet for sykehuslegene i det tyske utvalget var at samtlige leger i utvalget hadde fullført medisinstudiet i Tyskland og også skulle være tyske statsborgere. En randomisert trekning av det norske utvalget ble deretter foretatt. Det norske utvalget ble avstemt mot det tyske utvalget mht. kjønn, alder, legespesialitet og bosted (fylke). Trekningen av utvalgene ble foretatt av DNL, Seksjon for register. I begynnelsen av februar 2009 sendte jeg i samarbeid med DNL ut 1074 postale spørreskjema. I brevet til legene ble det også lagt ved et brev med informasjon på tysk og norsk om prosjektets formål, veiledere og håndteringen av dataene (se vedlegg). I april samme år ble det sendt en førstegangspurring og som også ble siste purring. Jeg punchet samtlige spørreskjemadata i løpet av våren og sommeren 2009. I prosessen ble det fjernet 5 respondenter fra det opprinnelige bruttoutvalget på 1074, og som skyldes manglende oppdatering av brukerinformasjon i registeret¹⁵. Korrigert bruttoutvalg i studien er dermed 1069 sykehusleger. Dataanalyser er foretatt med dataprogrammet SPSS Statistics.

5.3.2 Utvalg, representativitet og frafall

Et avgjørende prinsipp i denne type studie er at funnene lar seg generalisere fra utvalg til populasjon (Johannessen m.fl., 2006). Det forutsetter et representativt utvalg som tilsvarende den populasjonen man ønsker å forske på. Som nevnt ble utvalgene trukket av legeforeningens registeransvarlig. DNL sitt medlemskapsregister inneholder opplysninger om de fleste av landets leger. Dette har sammenheng med den høye

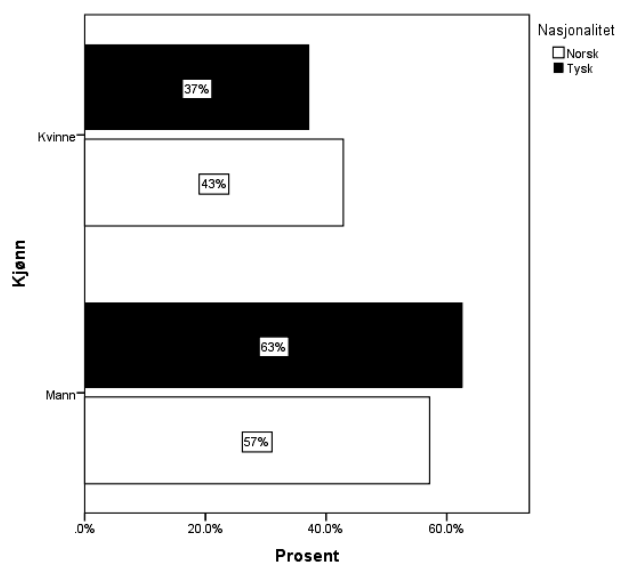
¹⁵ Noen av respondentene hadde bl.a. fødselspermisjon eller hadde sluttet å arbeide som lege (pensjonister).

organisierungsgraden i DNL¹⁶. Registeret inneholder blant annet opplysninger om legenes kjønn, alder, nasjonalitet (statsborgerskap), årstall for eksamen og autorisasjon, stilling, legespesialitet og arbeidssted.

Samlet svarprosent i studien er på 59 prosent (627 av 1069). Dette regnes som en tilfredsstillende svarprosent i denne type studier (Johannessen m.fl., 2006).

Svarprosenten i det tyske utvalget er på 63 prosent (n=340) vs. 53 prosent (n=287) i det norske utvalget. Kjønnfordelingen i tysk og norsk utvalg fremgår av figur 1.

Figur 1 Kjønnfordeling - tysk og norsk legeutvalg



Figur 1 viser en liten skjevhet når man ser på sammensetningen i utvalgene. I det tyske utvalget er det prosentvis noen flere menn enn kvinner sammenlignet med kjønnfordelingen i det norske utvalget. Selv med tilfredsstillende svarprosent så er det systematisk skjevhet i frafallet som man i slike studier bør være oppmerksom på (Jacobsen, 2003: 350). En sammenligning av korrigert bruttoutvalg med nettoutvalget i forhold til kjønn viser relativ små avvik og vurderes derfor ikke som kritisk (se tabell 1).

¹⁶ DNL regner med at dette tallet ligger på omtrent 96 prosent.

Tabell 1. Frafallsanalyse – kjønnsfordeling i tysk og norsk legeutvalg

Nasjonalitet: Tysk

Kjønn	Antall, brutto	Fordeling i % (brutto)	Antall, netto	Fordeling i % (netto)
Kvinne	209	39	126	37
Mann	327	61	212	63
Sum	536	100	338	100

Nasjonalitet: Norsk

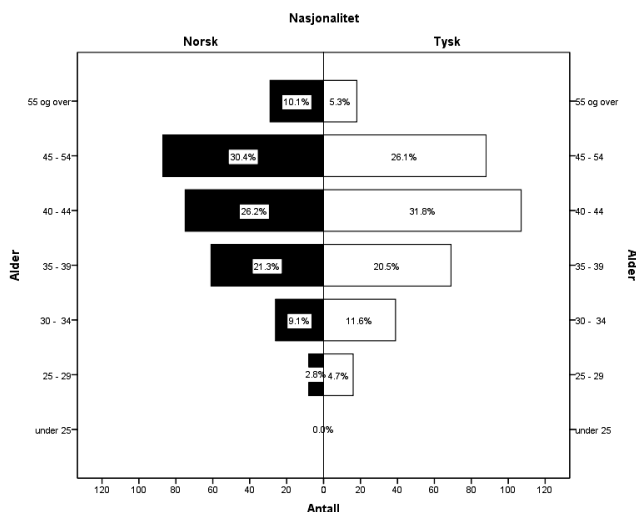
Kjønn	Antall, brutto	Fordeling i % (brutto)	Antall, netto	Fordeling i % (netto)
Kvinne	206	39	123	43
Mann	327	61	164	57
Sum	533	100	287	100

*To respondenter i det tyske utvalget oppga ikke kjønn.

Legene i de to utvalgene er fordelt på totalt 41 legespesialiteter og der de antallmessig største grupper er anesthesiologi (n=67), voksenpsykiatri (n=64) og radiologi (n=50).

Aldersspredningen i utvalgene fremgår av figur 2. Figur 2 viser at de fleste respondenter i begge utvalg ligger i aldersspennet 35 – 54 år.

Figur 2. Aldersfordeling - tysk og norsk legeutvalg



Legene er spredt geografisk og alle 19 fylker er representert. De fleste er bosatt i Oslo (n=113), Rogaland (n=71), Hordaland (n=55) og Sør-Trøndelag (n=55).

Stillingsmessig representerer overleger (59 prosent, n= 368) og assistentleger (21 prosent, n= 131) de største grupper innenfor hvert av utvalgene.

Majoriteten av legene i det tyske utvalget migrerte til Norge etter 1990. 57 prosent (n=194) migrerte til Norge i perioden 2000 – 2009 (se tabell 2).

Tabell 2. Tysk legeutvalg – Fordeling år/perioder og arbeidsstart i Norge

Nasjonalitet		Antall	Prosent
Tysk	Før 1990	17	5.0
	1990 - 1999	119	35.0
	2000 - 2009	194	57.1
	Totalt	330	97.1
	Ikke svart	10	2.9
Totalt		340	100.0

5.3.3 Statistiske metoder som er anvendt

I samfunnsvitenskapen finnes en rekke analysemetoder som kan anvendes for å beskrive og analysere forskjeller på tvers av utvalg (Jacobsen, 2003; Johannessen m.fl., 2006). For å analysere studiens primærdata har jeg anvendt både Khikvadrat (Kirchhoff, 2010) og T-tester (Kirchhoff, 2011, 2012). Ut fra valgt forskningsdesign og type data er legenes institusjonelle bakgrunn i studien bestemt av landet der legene studerte medisin. I og med at det i begge utvalg finnes leger som har arbeidet lenge og kort tid på samme arbeidsplass, gir det grunnlag for testing av sammenhenger mellom antall år man har arbeidet på samme arbeidsplass og undersøkte forhold i studien. Slike sammenhenger er testet ved hjelp av korrelasjonsanalyse. Multipl, lineær regresjonsanalyse er anvendt i to av artiklene (Kirchhoff, 2011, 2012). Studiens komparative forskningsdesign retter seg primært mot testing for evt. forskjeller mellom utvalgene, og sekundært mot testing av evt. forskjeller innenfor utvalgene.

5.3.4 Metodiske vurderinger

Ett ankepunkt mot studier som tar utgangspunkt i aktørperspektivet på mikronivå, er at forskningen sjelden fanger opp betydningen av overordnet systemnivå (Sørensen, 2004: 198). Slike studier tenderer mot å betone individuelle trekk hos sosiale aktører (ibid.), selv om forskning viser at også strukturelle og kontekstuelle forhold påvirker sosiale aktørers opplevelser (Blomberg og Kroll, 1999). Dette er et argument for at overordnede kontekstuelle og strukturelle forhold bør beskrives og inkorporeres i denne type analyser, med sikte på å gi en videre fortolkning av funn der nasjonal bakgrunn/statsborgerskap forklarer en del av variasjonen på avhengig variabel. Begrensingen ved dette er at jeg dermed har sett bort fra regional og lokal variasjon i tysk og norsk sykehussektor. For å ta hensyn til slik variasjon burde jeg ideelt fått registrert en rekke tilleggsvariabler, eksempelvis detaljert informasjon om universitetene, fylkene/Länder og sykehusene der legene studerte i studietiden. Det er mange argumenter som tilsier at nasjonale forskjeller bør vektlegges i min studie:

- 1) Mitt forskningsspørsmål retter seg mot å avdekke evt. forskjeller mellom utvalgene, dvs. på et overordnet, aggregert nivå. Variasjon hos enkeltindivider

vil selvsagt forekomme, men er ikke vektlagt i studien. Jeg argumenterer for at det er de nasjonale, institusjonelle særtrekkene som tydeligst konstituerer ulikheter mellom denne type utvalg. Påstanden underbygges av funn i tverrkulturelle studier, og som viser til flere ulikheter mellom leger på tvers av vestlige land (Blendon, Donelan, Leitman m.fl., 1993; Richter, Eisemann og Zgonnikova, 2001; Judith Rosta, Nylenna og Aasland, 2009; von dem Knesebeck, Gerstenberger, Link m.fl., 2010; Judith Rosta og Aasland, 2011).

- 2) Medisinstudiet er innenfor EØS/EFTA-området en standardisert og lovregulert utdanning. Slik sett er kravet til innhold, nivå og lengde i studieopplegget harmonisert (Arbeids- og inkluderingsdepartement, 2008: 88). Variasjon i måten universiteter organiserer studieløp i medisin og ulik begrunnelse for valg av undervisningsmetoder forekommer i begge land (O. G. Aasland og Wiers-Jenssen, 2007; Nikendei, Weyrich, Junger og Schrauth, 2009). I norsk sammenheng viser studien til Aasland og Wiers-Jenssen (2007) at slik variasjon ikke har vesentlig betydning for leger utdannet i Norge og deres selvvalgte ferdigheter og faglige oppdatering. Tvert om viser forskning at norske leger utdannet i utlandet frembringer en annen type leger, sammenlignet med norske leger som studerer medisin i Norge (Wiers-Jenssen og Aasland, 2010).
- 3) Data som anvendes i komparativ forskning baserer seg ofte på sammenligninger på et overordnet aggregert nivå (Deloitte AS, 2008; OECD, 2010; The European Observatory on Health Systems and Policies, 2011).

Ulempen med surveydata er at de baserer seg på forhåndsdefinerte spørsmål. Forskningsdesignet har slik sett praktiske begrensninger mht. hvor mye man kan spørre om (Johannessen m.fl., 2006: 222). En annen fare består i at spørsmålene kan styre respondentene i en bestemt retning. Det er forsøkt løst ved å basere seg på spørsmål som er validert og tidligere testet ut i sykehussektoren (Skogstad m.fl., 2001; Kaiser, 2002). En slik tilnærming åpner for å sammenligne egne resultat med andre undersøkelser.

I og med at jeg har tatt utgangspunkt i tyske sykehusleger i Norge, så er funnene i studien ikke representative for tyske sykehusleger i Tyskland. Jeg kan heller ikke utelukke at leger som migrerer til et annet land, ut fra personlighetstrekk, gir mer positiv respons på denne type spørsmål. Samtidig indikerer forskning at arbeidsmigranter opplever større problemer med norsk arbeidsliv, sammenlignet med arbeidstakere som tilhører majoritetsbefolkningen (Tynes og Sterud, 2009). Dette kan tyde på at arbeidsmigranter generelt vil gi mer negativ respons på denne type spørsmål. Videre ville en longitudinell studie, og der legene ble spurt de samme spørsmål på forskjellige måletidspunkt, hatt større gyldighet mht. studiens konklusjoner. Anførte metodiske vurderinger tilsier at studiens funn bør tolkes med varsomhet.

6. Resultater fra makroanalysen

I dette kapittel gir jeg eksempler på NPM i tysk og norsk sykehussektor i perioden 1991 – 2008. Dermed tar jeg utgangspunkt i forskningsspørsmål 1. Formålet er å finne svar på om det i løpet av dette tidsspennet har skjedd endringer i institusjonelle logikker, som indikerer en vesentlig svekkelse av profesjonelle logikker i disse landene.

6.1 Innsatsbasert finansiering

Ifølge Pollitt er et av trekkene ved NPM fokus på produktivitet og kostnadseffektivitet gjennom større vektlegging av målstyring (Pollitt, 2009: 164). For å oppnå mer ytelse gjennom målstyring har en rekke land implementert innsatsbaserte finansieringssystemer i sykehussektoren, og som er basert på diagnoserelaterte grupper (DRG). DRG-gruppering betyr at hver behandlet pasient blir plassert i en DRG, ut fra den/de diagnose(r) hun/han har. DRG brukes ofte som grunnlag for aktivitetsbasert finansiering, som også gjør det mulig å sammenligne sykehus. DRG-baserte finansieringssystemer er primært output orienterte, men gir ingen informasjon om behandlingskvaliteten (Joumard, Hoeller, André og Nicq, 2010).

Både i Norge og Tyskland var det sterke politiske argument for å innføre innsatsbaserte finansieringssystemer (Helse og omsorgsdepartementet, 1996; Braun, Rau og Tuschen, 2008). I Norge ble de viktigste prinsippene for innsatsstyrt finansiering (ISF) lagt fram for Stortinget i 1996 (Helse og omsorgsdepartementet, 1996). Som nasjonalt finansieringssystem ble det innført i 1997. Begrunnelsen for innføringen av ISF i Norge var bl.a. at regjeringen ønsket å korte ned ventelistene og dermed effektivisere pasientbehandlingen i norske sykehus (Helse og omsorgsdepartementet, 1996). I Norge får somatiske sykehus dekket ca. 40 prosent av utgiftene gjennom ISF-ordningen, og resterende 60 prosent via basisbevilgningen (Haug, 2009: 27).

Tyskland innførte et noe annet system for innsatsbasert finansiering enn Norge, og som i *Krankenhausfinanzierungsgesetz* (KHG, avsnitt 3, § 17b) kalles *pauschaliertes Endgeltsystem* (Der Bundestag, 2001). Dette skjedde gradvis og frivillig fram til 2003. I 2004 ble systemet gjort obligatorisk for alle tyske sykehus (Rosenbrock og Gerlinger, 2006), med en konvergensfase som varte frem til 2009 (Rosenbrock og Gerlinger, 2006: 171). Systemet ble initiert i forbindelse med *GKV – Gesundheitsreform 2000* (Der Bundestag, 1999). Reformen regnes i Tyskland som den største enkeltreform i sykehussektoren på 30 år (Braun m.fl., 2008: 3). Den primære målsettingen bak innføringen av systemet var å forbedre sykehusenes kostnadseffektivitet¹⁷ (Klinke og Müller, 2008a: 10), samt å skape like konkurranseforhold for samtlige sykehus i sektoren (Augurzky og Scheuer, 2007: 264). Få år senere, i forbindelse med innføringen av *Fallpauschalengesetz* i 2001 (Der Bundestag, 2001), ble det tilføyd to nye politiske målsettinger: *Transparenz und Qualität* (Braun m.fl., 2008: 4). Systemet skulle styrke konkurransen mellom sykehusene og gjøre det enklere å sammenligne sykehus ut fra kvalitetsindikatorer¹⁸ og økonomiske indikatorer. Det tyske diagnosebaserte systemet er influert av det australskbaserte DRG-systemet (Rosenbrock og Gerlinger, 2006: 170). DRG-systemet i Tyskland erstattet et system der sykehus tidligere fikk dekket kostnader ut fra varigheten på sykehusoppholdet til den enkelte pasient (tysk= *tagesgleiche Pflegesätze*). Innføringen av DRG i Tyskland har ført til at et allerede relativt byråkratisk forvaltningssystem, ble betraktelig utvidet som følge av endringen (Blümel m.fl., 2012). En tysk studie viser at innføringen av DRG i 2004 gradvis har ført til en større bevissthet blant leger rundt motsetningsforholdet mellom medisinske og økonomiske handlingsimperativer (Klinke og Müller, 2008a: 99).

¹⁷ tysk= Wirtschaftlichkeit

¹⁸ Säkalt *outcome-indikatorer*, og som brukes for å måle ulike aspekt ved kvaliteten på pasientbehandlingen (Joumard m.fl., 2010).

6.2 Pasientrettigheter

En indikator på et evt. skifte fra profesjonslogikk til en mer brukerorientert tilnærming i tråd med NPM, er hvorvidt landene har gjennomført reformer der pasienter gis utvidete rettigheter. Ifølge *Euro Patient Empowerment Index 2009* scorer Tyskland svakt på pasientrettigheter, sammenlignet med Norge og andre land (Björnberg, Cebolla Garrofé og Lindblad, 2009). Til tross for det har pasienter i Tyskland lettere direkte adgang til legespesialist (Björnberg m.fl., 2009), og mindre utfordringer med ventelister enn i Norge (Siciliani og Hurst, 2004).

I Norge ble pasientrettighetene styrket bl.a. gjennom pasientrettighetsloven i 1999 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b). Tyske pasienter fikk styrket deres rettigheter bl.a. ved innføring av et føderalt pasientombud fra og med 2004. Dette skjedde i forbindelse med *GKV-Modernisierungsgesetz* i 2003 (Der Bundestag, 2003). Til tross for endringene hadde tyske pasienter og pasientorganisasjoner, sammenlignet med andre land i perioden, fortsatt liten reell innflytelse på tysk helsevesen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2006).

Tendensen i Norge og Tyskland går i retning av å inkorporere pasientinteresser i helsesektoren. Opprettelsen av et nasjonalt pasientombud i 1999 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b) og lovfesting av pasientrepresentasjon i helseforetak i 2001 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001: , § 35) er eksempler på det i Norge. Også Tyskland har styrket pasientrettighetene, dog noen år senere og i mindre omfang enn Norge. I tillegg til opprettelsen av et pasientombud (tysk= *Patientenvertreter*, jfr. www.patientenbeauftragte.de) i 2004, fikk pasienter lovfestet deltakerstatus (uten stemmerett) i *Der Gemeinsame Bundesausschuss*¹⁹ samme år (Bundesministeriums der Justiz, 2011: , SGB V, § 140f). De relativt moderate medbestemmelsesrettigheter som tyske pasienter har fått lovfestet i perioden, sees i avhandlingen som indikator på svakere brukerorientering enn tilfellet er i norsk reformpolitikk.

¹⁹ Denne føderale institusjonen ble opprettet i forbindelse *GKV-Modernisierungsgesetz* i 2003 (Der Bundestag, 2003) og startet sin virksomhet fra og med 2004.

6.3 Profesjonalisering av ledelse

Et trekk ved NPM-reformer er slike reformers vektlegging av ledelse som reformvirkemiddel (Pollitt og Bouckaert, 2011). Når ledelse oppfattes som reforminstrument for å oppnå bestemte mål, impliserer det ofte en instrumentell betydning av begrepet. I dette perspektivet kan ledelse sees som ett av flere instrument for å oppnå ønskede økonomiske resultat og mål. De norske reformtiltak passer godt innenfor en slik forståelse av ledelse, som bl.a. tydeliggjøres av Sosial- og helsedepartementet i rapporten "Sykehusreformen – noen eierperspektiv" (2001):

"For å skape og vedlikeholde effektive organisasjoner med høy kvalitet, må foretakenes ledelse vektlegge tradisjonell økonomisk styring og ledelse.." (Sosial- og helsedepartementet, 2001b: 7).

Få år før, la norske myndigheter grunnlaget for å optimalisere ledelsesstrukturen i sykehusene. Innføring av prinsippet om enhetlig ledelse i 1999 innebar at det kun skulle være én ansvarlig leder på alle nivåer. Prinsippet er nedfelt i lov om spesialisthelsetjenesten § 3-9 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999c). Før dette hadde Norge praktisert delt ledelse, slik praksis er på de fleste tyske sykehus (Barth og Jonitz, 2009; Schrappe, 2009). Endringene i Norge banet samtidig vei for at andre yrkesgrupper enn leger heretter fikk konkurrere om avdelingslederstillinger i sykehusene (Torjesen, 2007). For leger i lederroller innebærer endringene også en hybridisering av legelederrollen (L. N. Berg m.fl., 2010), dvs. at faglige prioriteringer i større grad utfordres av økonomisk- administrative rasjonaliteter i den enkelte sykehusorganisasjon.

Mens ledelse har vært sentralt i norsk reformpolitikk, så er ledelse som reforminstrument nokså fraværende i Tyskland. Dette kan skyldes at Tyskland har andre tradisjoner for ledelse i helsesektoren, men også i privat sektor (Byrkjeflot, 1997; Larsen, 2003; Jepson, 2010). Slike tradisjoner betoner i større grad faglig ledelse, dvs. at fagekspertene normalt leder kunnskapsintensive virksomheter som universitet og sykehus. Her blir yrket (tysk= *Beruf*) ofte avgjørende for hvem i organisasjonen som utpekes som leder(e).

I tidsperioden 1991 – 2008 har ingen føderale reformer tatt sikte på å profesjonalisere ledelse i sykehussektoren. Generelt oppfattes ledelse i sektoren som noe som er bestemt ut fra faglige mål og premisser, slik det er bestemt i Sozialgesetzbuch V, § 107. Ifølge Brown & Amelung (1999) er det lite aksept for ledelsesprogrammer og annen formell ledelsestrening i sektoren:

”...management programs and other formal training for health management professionals are virtually unknown in Germany, and health care management in the “business” sense has had little presence and less status, for the simple reason that Germans find it distasteful to view health care as business.” (Brown og Amelung, 1999: 83).

Profesjonell ledelse har generelt lite legitimitet i tysk sykehus- og universitetssektor (Dent, 2005; Barth og Jonitz, 2009; Schimank og Lange, 2009; Schrappe, 2009). Tredelt ledelse, såkalt trojka-ledelse, er fortsatt normen (Barth og Jonitz, 2009; Schrappe, 2009). En slik ledelsesstruktur tar utgangspunkt i hvilken funksjon ulike yrkesgrupper har innenfor sykehusorganisasjonen (pleie, forvaltning og medisinsk personale). Selv som Tyskland ikke har vedtatt reformer som direkte berører ledelse i sektoren, så har *Bundesärztekammer* (den tyske legeföreningen) tatt initiativ til å utvikle et frivillig tidagers kurs for leger som vil skolere seg i ledelse (Bundesärztekammer, 2007a). Startskuddet for arbeidet begynte i 2003, før *Curriculum Ärztliche Führung* ble vedtatt av styret for den tyske legeföreningen i 2007. I årsberetningen til den tyske legeföreningen står det at det var omtrent 150 leger som tok kurset i 2009 (Bundesärztekammer, 2009: 203). Med utgangspunkt i at det totalt var 128 117 legeårsverk på tyske sykehus pr. 31.12 2008 (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2010a), så er det et forholdsvis lite antall leger som ønsker å ta et slikt kurs. I 2011 var antallet kursdeltakere kommet opp i 700 (Bundesärztekammer, 2011: 244). Økningen viser en stigende interesse blant leger for denne typen kurs i Tyskland.

Et annet trekk ved ledelse i tysk sykehussektor er at sykehusene ofte beskrives som strengt hierarkisk oppbygd, med opp til 6 ledd i legehierarkiet (Jurkat m.fl.,

2006), mens det medisinske hierarkiet i Norge normalt har 3 nivåer (Märker og Nordstrand, 2011: 33). Ifølge Jurkat m. fl. (2006) bidrar slike strukturer til at særlig leger i utdanningsstillinger mistrives med ledelsesforholdene.

6.4 Privatisering

Privatisering kan omfatte en rekke forhold, og der jeg primært har sett på endringer som omfatter skifte av juridisk eierskap. I tillegg har jeg valgt å se på endringer der offentlige sykehus kjøper helsetjenester fra private aktører. I avhandlingen ser jeg slike endringer som indikatorer for en mer markedsorientert tilnærming i tråd med NPM. Dette har sammenheng med at privatisering fører med seg større fokus på økonomiske resultat, produktivitet og konkurranse (Pollitt og Bouckaert, 2011). Hvorvidt økt privatisering faktisk gir mer effektive sykehus er omdiskutert i litteraturen (Mobley og Magnussen, 1998: 1091; Kalseth, Anthun, Hope m.fl., 2011), og ikke tema for diskusjonen i avhandlingen.

En viktig grunn til at flere stater har valgt å privatisere sykehusmarkedet, er ønske om økt effektivitet og mer konkurranse mellom ulike tilbydere av sykehustjenester (Joumard m.fl., 2010). Slik sett kan private sykehus være både et supplement og et korrektiv til offentlige sykehus (Kalseth m.fl., 2011). En indikator for privatisering i tysk og norsk sykehussektor i samme tidsrom vil være hvorvidt man ser en utvikling fra offentlig eide sykehus til privateide, kommersielle sykehus. Samlet sett vurderes reformene i norsk sykehussektor ikke som et intendert ønske fra statens side om å la private aktører overta offentlige sykehus (Sosial- og helsedepartementet, 2001a; Opedal og Stigen, 2005). Norske sykehus skulle etter helseforetaksreformen overtas av staten og ikke av private aktører. Imidlertid ga helseforetaksreformen åpning for at offentlige sykehus fortsatt kunne kjøpe tjenester fra private aktører på områder som kjøp av ambulansetjenester, røntgentjenester, rusbehandling o.l. Den statlige overtakelsen av det fylkeskommunale ansvaret for spesialisthelsetjenesten forutsatte at alle avtaler med og til private virksomheter skulle videreføres (Sosial- og helsedepartementet, 2001a: 49). I tillegg skulle helseforetakene etablere avtaler med de private virksomheter som over lengre tid var en del av fylkeskommunale helseplanene,

men der samarbeidet ikke tidligere var blitt formalisert. Videre ble det i lovforslaget lagt sterke føringer for at de nye helseforetakene ikke kunne selge ut deler av sykehusvirksomheten til private, uten at dette ble forelagt Stortinget (ibid.). Tall fra SAMDATA i perioden indikerer kun et beskjedent antall offentlige helseforetak som har avtaler om kjøp av private helsetjenester fra private aktører, selv om antallet har økt noe etter at helseforetaksreformen ble vedtatt (SAMDATA, 2008).

Mens norsk sykehussektor i all hovedsak består av offentlig eide sykehus²⁰, så er tyske sykehus hovedsaklig eid av det offentlige, private/kommersielle eller ideelle aktører (Specke, 2005). Tyske sykehus kan grovt deles inn etter 4 behandlingsnivåer²¹, som bl.a. er betinget av spesialiseringsgraden til det enkelte sykehus og hvilke oppgaver sykehuset har innenfor *Krankenhausplan* (Rosenbrock og Gerlinger, 2006: 155). Ifølge tysk lov er hvert av de 16 Bundesländer pålagt å utarbeide en sykehusplan (*Krankenhausfinanzierungsgesetz*, § 6). Tysk lov gir dessuten hvert Bundesland beslutningsmyndighet til selv å bestemme hvilke sykehus som skal ha ansvaret for å behandle pasienter. *Krankenkassen* (KK) har ansvaret for å refundere sykehusenes behandlingsutgifter, såfremt sykehusene inngår i en slik sykehusplan (Bundesministeriums der Justiz, 2011: , § 108 i SGB V). Sykehus som inngår i dette systemet omtales også som plansykehus (tysk = *Plankrankenhäusern*). Universitetssykehus inngår automatisk i denne ordningen.

Statistikk viser store endringer i tysk sykehussektor mht. skifte av juridisk eierskap. Fra 1991 til og med 2008 har antall private, kommersielle sykehus økt fra 358 til 637 sykehus (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2010a). Antallet offentlig eide sykehus er i samme periode blitt redusert fra 1110 sykehus i 1991 til 665 sykehus i 2008 (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2010a). Andelen ideelle sykehus er stort sett uendret i samme periode. I 2008 utgjorde private sykehus 30,6 prosent, offentlige sykehus 31,9 % og ideelle sykehus 37,5 % (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2010a).

²⁰ Som også var situasjonen før helseforetaksreformen i 2001.

²¹ Tysk = *Versorgungsstufen*

Privatiseringen av det tyske sykehuslandskapet, kan ifølge Stumpfögger (2009) sees som resultat av en situasjon der offentlige sykehus og sykehusenes inntektsgrunnlag gradvis er blitt svekket gjennom myndighetenes skattepolitikk (Stumpfögger, 2009: 201), samt at innføringen av ISF/DRG-systemet også har åpnet for mer konkurranse mellom offentlige, private og ideelle sykehus (Braun m.fl., 2008). Oppkjøpet av offentlige eide sykehus fra private aktører startet først i de ”nye” tyske delstatene i løpet av 1990-tallet, før tendensen også ble merkbar i de ”gamle” delstatene på 2000-tallet (ibid, s. 200). Ifølge Stumpfögger (2009) befant det tyske, private sykehuslandskapet seg i 2008 fortsatt i såkalt *Gründerzeit* (Stumpfögger, 2009: 203). Det innebærer at få av de private, kommersielle aktørene har forsøkt å dele opp og deretter selge profitable deler av virksomheten til nye aktører, evt. selge ulønnsomme deler tilbake til det offentlige (ibid., 206). Yrkesgruppen sykehusansatte som er blitt mest rammet av denne privatiseringen, både økonomisk, utdanningsmessig og arbeidsmessig, er ifølge Stumpfögger pleiepersonalet (Stumpfögger, 2009: 208). Leger er stor sett blitt forskånet, som bl.a. vises i veksten i antall legestillinger i private og offentlige sykehus (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2010a). Et annet trekk ved privatiseringen av tyske sykehus er at det bak eierovertakelsene ofte er selskap som representerer kommersielle legeinteresser (Rosenbrock og Gerlinger, 2006: 156). Den tyske legeforeningen er selv ikke prinsipiell motstander av privatisering, så lenge det offentlige tar et overordnet ansvar for helsetilbudet. I en egeninitiert utredning om temaet står bl.a. følgende:

” Der Bundesärztekammer sind private und freigemeinnützige Träger grundsätzlich ebenso willkommen wie öffentlich-rechtliche. Es ist allerdings wichtig, dass es die öffentliche Hand ist, die im Fall von Versorgungslücken die Verantwortung für deren Schließung trägt.” (Bundesärztekammer, 2007b: 21)

Foreningen poengterer at mangfoldet i eierskapsløsninger, dvs. privat, offentlig eller ideell juridisk eierskap, utgjør en styrke for tysk helsevesen, bl.a. ved at man lettere kan sammenligne fordeler/ulempner ved ulike eierskapsløsninger (ibid., s. 86). Den tyske legeforeningens prinsipielle holdninger til privat eierskap skiller seg vesentlig fra

holdningen til Den norske legeforening. Før helseforetaksreformen ble vedtatt var det en viss uro rundt spørsmålet om privatisering. Noen måneder før, og samme år som Lov om helseforetak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001) ble vedtatt i Stortinget, uttrykte daværende president for legeforeningen imidlertid glede over at foretaksmodellen ble valgt, og at modellen styrket det offentlige eierskapet i lovforslaget:

”Det er blitt pekt på at den åpner for senere privatisering av sykehusene, og at regjeringen i høringsnotatets § 39 direkte la til rette for dette. Legeforeningen delte ikke denne frykten, men ønsket likevel at det skulle gjøres helt klart at sykehusenes medisinske virksomheter også i fremtiden skulle være i statlig eie, organisert innenfor foretakene.”(Aarseth, 2001: 1535).

Eksemplet viser at legeprofesjonen har nokså ulike standpunkt til dette temaet, og kan innenfor en tysk kontekst være uttrykk for at den tyske legeforeningen også må ta hensyn til interessene til sykehusleger som er ansatt i privateide sykehus. Samtidig har Tyskland lange tradisjoner for såkalt *Trägerpluralitet*, som innebærer større aksept for ulike eierskapsformer (Rosenbrock og Gerlinger, 2006: 156). Slik sett er tysk legeprofesjonen i større grad vant til å måtte forholde seg til en sykehussektor der det er legitimt å drive sykehus innenfor privat, kommersiell regi. Eksemplet viser at profesjonslogikken ikke nødvendigvis behøver å være i et direkte motsetningsforhold til markedslogikken.

6.5 Kvalitetssikring på systemnivå

Vektleggingen av systemer som benyttes for å forbedre kvaliteten av offentlige tjenester, er reformtiltak som ofte forbindes med NPM (Pollitt, 2009).

Kvalitetsutvikling representerer også en ledelsesfilosofi som gjennom strategi og metode skal sikre kontinuerligere forbedringer for virksomheten (Statens Helsetilsyn, 2002: 9). Imidlertid bidrar slike systemer også til at behandlere settes under mer presis målstyringspress både fra myndigheter og pasienter, bl.a. fordi slike system kan kobles til målbare kvalitetsindikatorer (O. Berg, 2006: 39).

Fokus på å forbedre kvaliteten av helsetjenester i sykehusene representerer ikke noe nytt, verken for sykehus eller leger (Donabedian, 1966). Den medisinske utviklingen generelt når det gjelder det å forbedre operasjonsteknikker, utarbeidelse av prosedyrer for behandlingsopplegg og pasientforløp, ressurser som sykehus bruker til å vedlikeholde helsepersonalets kompetanse etc., er bare noen konkrete eksempler på at sykehus er opptatt av forbedringsarbeid. Det kan være mange grunner til at en rekke land lovfester at sykehus skal ha systemer for å sikre og måle kvalitet. En nærliggende forklaring er at sykehus i større grad gjøres juridisk og økonomisk ansvarlige for behandlingsfeil som begås (Norsk Pasientskadeerstatning, 2009). Alvorlige systemfeil kan være med på å svekke omdømmet til legeprofesjonen, sykehusene og helsevesenet generelt.

I løpet av 1990-årene har tyske føderale helsemyndigheter gjennomført flere forskriftsendringer som berører kvalitetssikring (Kastenholz og Both, 2002; Rosenbrock og Gerlinger, 2006: 246). De største endringene ble vedtatt i forbindelse med to føderale reformer: *GKV - Gesundheitsreform 2000* (Der Bundestag, 1999) og *GKV-Modernisierungsgesetz* (Der Bundestag, 2003). I følge Rosenbrock & Gerlinger (2006) er det særlig den rød-grønne koalisjonsregjeringen som siden 1998 har vært pådriver for dette arbeid (ibid.) Bestemmelsen om at alle sykehus skal innføre et kvalitetssikringssystem kom i 2000 (Kastenholz og Both, 2002: 216) og er nedfelt i *Sozialgesetzbuch V*, § 135a *Verpflichtung zur Qualitätssicherung*. Rettsgrunnlaget for kvalitetssikring ble i 2004 utvidet og skjerpet, bl.a. ved at lovgiver ga *Der Gemeinsame Bundesausschuss* (G-BA) et overordnet ansvar for kvalitetssikring i sykehussektoren (Rosenbrock og Gerlinger, 2006). I tråd med tysk forvaltningstradisjon i helsesektoren fikk G-BA utvidet beslutningsmyndighet innenfor sitt forvaltningsansvar (regulert i *SGB V*). Skjerpelsen innebærer bl.a. at sykehus fra og med 2004 skal utarbeide årlige, strukturerte kvalitetsrapporter, og som bl.a. brukes som sammenligningsgrunnlag. Fra og med 2005 er alle sykehus pålagt å offentliggjøre slike kvalitetsrapporter (tysk= *Qualitätsberichte*). Verre, økonomisk sett, er at leger og sykehusavdelinger risikerer å miste retten til å utføre visse typer behandlinger, hvis antallet behandlinger innenfor en gitt behandlingskategori kommer under en kritisk grense (Rosenbrock og Gerlinger, 2006: 246).

Norge innførte et lovfestet pålegg om kvalitetssikring i 1994. Dette skjedde i forbindelse med at lov om statlig tilsyn med helsetjenesten ble endret (Statens Helsetilsyn, 2002). I loven stod²² det bl.a.:

”Enhver som yter helsetjenester skal etablere internkontroll for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.” (Statens Helsetilsyn, 2002: 7)

Statens helsetilsyn mener at det har tatt tid å få etablert slike systemer i virksomhetene. Dette til tross for at staten nokså tidlig etablerte prosjektet Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten, samt har brukt 72 millioner kroner over statsbudsjettet til dette prosjektet (Statens Helsetilsyn, 2002: 21). Prosjektet varte fra 1995 – 2000. Ambisjonen var at alle virksomheter innen norsk helsetjeneste, innen år 2000, skulle ha etablert effektive og helhetlige internkontroll- og kvalitetssystemer for sin virksomhet (ibid., s. 7). I prosjektevalueringen konkluderer man med at prosjektmålsettingen var for ambisiøs. Blant annet viser Helsetilsynet til at man ikke hadde en egen forskrift i denne tidsperioden, og at det trolig var en medvirkende grunn til at såpass få virksomheter hadde etterkommet statens pålegg (Statens Helsetilsyn, 2002: 6). Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten kom i 2002 og trådte i kraft i 2003 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002). Forskriften angir minimumskrav til innholdet i internkontrollen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002: , § 4), og sees bl.a. i sammenheng med bestemmelser i Lov om spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999c: , § 2-1a) og Lov om helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a: , § 16).

Selv om begge land har vedtatt lover og forskrifter som regulerer kvalitetssikringsarbeidet i sykehusene, er det likevel forskjeller mellom landene på dette området. Selv om alle tyske sykehus fra og med 2000 er pålagt å etablere systemer for kvalitetssikring, innebærer endringene ingen krav om at sykehus skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter eller pårørende til forbedring av virksomheten.

²² Ordlyden er senere blitt endret.

Dette kravet er tatt inn i den norske forskriften (Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, §4e). Tyske sykehus står generelt relativt fritt til å finne kvalitetssikringssystemer, som ut fra sykehusets egenart, størrelse og behov, tilfredsstillende minimumskravene som er vedtatt av G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2005). I den norske forskriften er det dessuten sterke føringer på at sykehus skal skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse (jfr. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, §4f). Den tyske forskriften gir ingen pålegg på dette området (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2005), og lar det være opp til sykehuseier å finne tilfredsstillende ordninger.

For å sikre bedre kvalitet i sykehustjenestene har tyske, føderale myndigheter siden 2004 opprettet to institusjoner: *Der Gemeinsamme Bundesausschuss* (G-BA) og *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* (IQWiG). G-BA har siden 2004 fått det overordnede ansvaret for kvalitetssikring og andre saksområder i helsesektoren, slik det er nedfelt i Sozialgesetzbuch V, § 91 (Bundesministeriums der Justiz, 2011). Instituttet er et relativt autonomt, korporativt beslutningsorgan og består av sentrale aktører i tysk helsesektoren. Ifølge tysk lov har G-BA utvidet beslutningsmyndighet, og vedtar bl.a. forskrifter som sykehus er pålagt å rette seg etter. Også IQWiG ble opprettet i 2004 i forbindelse med *GKV-Modernisierungsgesetz* (Der Bundestag, 2003). IQWiG er et institutt som G-BA skal bruke som underordnet faginstans i faglige, medisinske spørsmål (jfr. § 139a i Sozialgesetzbuch V). IQWiG utarbeider bl.a. nasjonale retningslinjer (tysk= *Gutachten*) for ulike behandlingsprosedyrer (tysk= *Behandlungsleitlinien*). Formålet med disse er å understøtte leger når disse skal velge et formålstjenelig behandlingsopplegg (Specke, 2005: 466). I den sammenheng har Brown & Amelung (1999) tidligere påpekt at tyske leger ser utviklingen av slike nasjonale retningslinjer "...as an invitation to craft mandates that justify doing everything medically possible and doing it perfectly, even if costs rise." (Brown og Amelung, 1999: 83). I tråd med dette synet vurderer jeg legeprofesjonens rolle i utviklingen av evidensbasert medisin i Tyskland, ikke nødvendigvis som en svekkelse av gruppens interesser. Tvert om kan endringen mot større vektlegging av evidensbasert medisin har banet vei for utvidet tilgang og

kontroll over en ny helsepolitisk arena. Arenaen legitimeres av nyopprettede institusjoner som G-BA og IQWiG. Begge institusjoner baserer sin legitimitet i stor grad på uavhengighet og faglighet, slik deres oppgaver er definert i tysk lov, jfr. § 90 og § 139 i Sozialgesetzbuch V (Bundesministeriums der Justiz, 2011).

6.6 Skifte i institusjonelle logikker, stor variasjon mellom Tyskland og Norge

Gjennomgangen viser forskjeller i virkemiddelbruk og tidspunkt for iverksettelsen av endringene i tysk og norsk sykehussektor. Endringene i Tyskland fremstår i større grad som inkrementelle endringer, sammenlignet med utviklingen i Norge. Det begrunnes med at endringene i Tyskland, sammenlignet med Norge, i liten grad har ført til reelle brudd i måten sykehus styres, ledes og forvaltes på. Det kan skyldes særtrekk ved tysk helsevesen, og der sektoren i større grad styres og forvaltes av ikke-statlige, korporative aktører (Wendt, 2009). Samtidig representerer selve makt- og ansvarsdelingen mellom Bund og Bundesländer, både når det gjelder helse og andre samfunnsområder, en styringsutfordring for den tyske stat (Katzenstein, 1987; Katzenstein, Green og Paterson, 2005).

Flere viser til at Norge har brudd med en styringstradisjon i sykehussektoren, som kan sees i lys av NPM og dermed større aksept for ideer og løsninger fra privat sektor (Byrkjeflot og Neby, 2005; Læg Reid, Opedal og Stigen, 2005; O. Berg, 2006; Magnussen m.fl., 2009). Implementeringen av helseforetaksreformen i 2002 representerer her et reelt skifte i styringslogikken. Reformen er blitt interpretert som en ”big bang reform” (Byrkjeflot og Neby, 2005), og den bidro til at den statlige styringen og ledelsen i sykehusene ble styrket.

Eksemplene viser at profesjonelle logikker settes under press i begge land, ved at NPM-element innføres i sektoren. Svekkelsen av profesjonelle logikker er imidlertid mer tydelig i Norge, sammenlignet med utviklingen i Tyskland. Nedenfor har jeg oppsummert hovedfunnene:

- Sammenlignet med utviklingen i Norge, startet Tyskland relativt sent med å vedta omfattende helsereformer i sykehussektoren. Illustrasjon 2 gir en kronologisk oversikt over når tid de ulike endringene ble vedtatt i lov eller forskrift.

Illustrasjon 2. Eksempler på innføring av NPM i Tyskland og Norge for perioden 1991 – 2008

Tyskland	Årstall	Norge
	1991-1993	
	1994	<i>Kvalitetssikring</i>
	1995	
	1996	
	1997	<i>ISF, DRG</i>
	1998	
	1999	<i>Pasientrettigheter Ledelse</i>
<i>Kvalitetssikring ISF, DRG</i>	2000	
	2001	<i>Helseforetak</i>
<i>Pasientrettigheter</i>	2003	
	2004	
	2005 - 2008	

- Sammenlignet med de norske reformene har de tyske reformene i større grad lagt vekt på konkurranse og kostnadseffektivitet som politiske mål. Her er det særlig innføring av ISF/DRG fra begynnelsen av 2000 som har vært et sentralt politisk virkemiddel. Mens den tyske ISF/DRG-varianten er brukt til å fremme konkurranse i det tyske sykehusmarkedet, så representerer den norske ISG/DRG-varianten en noe ”mildere”, markedsimiterende variant. Privatiseringen av tyske sykehus på eiersiden kan sees som en konsekvens av skattepolitikken, og i mindre grad som en intendert del av helsepolitikken (Stumpfögger, 2009). Også før 1990 var det mange private og ideelle sykehus i Tyskland (Rosenbrock og Gerlinger, 2006). Tysk legeprofesjonen er noe splittet i synet på privat eierskap, men BÄK er ikke prinsipiell motstander av privat eierskap (Bundesärztekammer, 2007b). I Norge er det i samme periode

relativ stor tverrpolitisk enighet om at sykehus primært skal drives og eies av det offentlige. DNL deler dette synet utad (Aarseth, 2001). Private sykehus har i Norge en større betydning på områder der det tradisjonelt har vært flaskehals i det offentlige helsetjenestetilbudet (SAMDATA, 2008).

- Ett reformområde som klart utpreger seg er ledelse. Verken reformpakken *GKV-Gesundheitsreform 2000* (Der Bundestag, 1999) eller *GKV-Modernisierungsgesetz* (Der Bundestag, 2003) inneholder forslag om endringer på dette området. Kontrastert mot utviklingen i Tyskland har norsk reformpolitikk hatt fokus på å profesjonalisere ledelsesrollen på norske sykehus. Endringene åpnet også for at andre yrkesgrupper enn leger fikk konkurrere om avdelingslederstillinger i sykehusene (Torjesen, 2007). Forandringene i Norge innebærer større vektlegging av økonomisk-administrative logikker, og der profesjonalisering av ledelse sees som et sentralt virkemiddel for å oppnå mer effektiv mål- og resultatstyring i sektoren.

- Begge land har på ulike tidspunkt vedtatt at det skal innføres systemer for kvalitetsstyring på sykehus. I Tyskland har fokus på kvalitet vært en sentral del av reformpolitikken etter 2000. I tråd med tysk forvaltningstradisjon har staten delegert oppdraget med å iverksette og kontrollere denne kvalitetspolitikken, til selvstyrte korporative, forvaltningsorgan. Politikken har dermed gitt tilgang til nye arenaer der tysk legeprofesjon, som gjennom sin lovfestede representasjon i slike nyopprettede institusjoner²³, kan påvirke og kontrollere innholdet i politikken. Den norske legeprofesjonens rolle mht. til å utøve kontroll over tilsvarende arenaer vurderes som noe mindre vesentlig. Dette skyldes at legeprofesjonen over lengre tid har fått redusert sin makt og innflytelse i det helsepolitiske forvaltningsapparatet (Erichsen, 1995).

- Begge land har vedtatt reformer som har styrket pasienters kollektive og individuelle rettigheter. Brukerorienteringen er mer sentral i norsk politikk

²³ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) og Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) er eksempler på slike nyopprettede institusjoner.

sammenlignet med tysk politikk (Helse og omsorgsdepartementet, 1997b; Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2006). De norske reformene på området har vært mer vidtrekkende, sammenlignet med utviklingen i Tyskland. Tyske pasienters kollektive interesser blir i liten grad ivaretatt lokalt på tyske sykehus, og gruppens representasjon i sentrale helsepolitiske forvaltningsorganer har mer et symbolsk preg over seg (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2006).

7. Resultater fra mikroanalysen

Kapitlet oppsummerer hovedfunnene i artiklene (Kirchhoff, 2010, 2011, 2012) med utgangspunkt i overordnet forskningsspørsmål 2:

I hvilken grad kan ulik primærinstitusjonalisering, sammen med andre faktorer, ha betydning for sykehuslegers organisasjonstilhørighet, opplevelse av psykososialt arbeidsmiljø og faglig oppdatering?

7.1 Organisasjonstilhørighet

Ett av tre områder som er undersøkt er opplevelsen av organisasjonstilhørighet. Begrepet organisasjonstilhørighet knyttes til organisasjonsmedlemmers identifisering med og til arbeidsplassen. Man antar at denne opplevelsen utvikles over tid, og er en mer varig følelse enn en generell følelse av situasjonsbestemt trivsel (Mathieu og Zajac, 1990). I artikkelen *Tilhørighet til arbeidsplassen*, som er publisert i *Tidsskrift for samfunnsforskning* (Kirchhoff, 2011), svarer jeg på om det er forskjeller mellom tyske og norske sykehusleger mht. i hvilken grad disse opplever organisasjonstilhørighet til norske, offentlige sykehus. I tillegg undersøker jeg om de samme faktorer som har betydning for norske legers organisasjonstilhørighet, har samme betydning for tyske leger. For å måle legenes opplevelse av organisasjonstilhørighet tok jeg utgangspunkt i et validert måleinstrument (Skogstad m.fl., 2001).

Mine funn viser at tyske leger føler generelt mer tilhørighet til arbeidsplassen enn norske leger. Forskjellen er statistisk signifikant blant leger i utdanningsstillinger (se tabell 4).

Tabell 4. Forskjeller i gjennomsnittlig organisasjonstilhørighet mellom tyske og norske leger. Leger i utdanningsstillinger og overleger som ikke har lederansvar.

Utvalg	Gjennomsnitt	Standardavvik	P-verdi	N
Tyske leger i utdanningsstillinger	10,36	2,69		92
Norske leger i utdanningsstillinger	9,20	2,88	$p=0,014^*$	55
Tyske overleger	9,77	3,11		115
Norske overleger	9,48	2,81	$p=0,464$	106

Skalaen går fra 1–15, der høye verdier er uttrykk for stor grad av organisasjonstilhørighet. * $p<0,05$. 2-halet T-test.

Ett annet hovedfunn er at de samme faktorer som har betydning for organisasjonstilhørigheten til tyske sykehusleger, ikke har samme betydning for kontrollgruppen. Innenfor det tyske utvalget hadde kontakten og relasjonen til nærmeste faglige leder større betydning for undersøkte forhold, sammenlignet med kontrollgruppen. Organisasjonstilhørigheten til legene i kontrollgruppen var i større grad betinget av trekk ved avdelingsledelseskonteksten i samlet forklaringsmodell (Kirchhoff, 2012: 199). Videre fant jeg forskjeller mellom overleger og leger under utdanning innad i utvalgene. Mens organisasjonstilhørigheten til tyske overleger korrelerte negativ i forhold til leger i utdanningsstillinger i eget utvalg, var tendensen motsatt i kontrollutvalget. En av flere forklaringer kan være at mer erfarne leger innenfor det tyske utvalget opplever en relativ statusvekkelse i forhold til den beviselig høyere status disse hadde innenfor det tyske sykehushierarkiet (Kirchhoff, 2012: 203-204).

Ett annet funn er at avdelingsleders utdanningsbakgrunn (lege/sykepleier) hadde større betydning for organisasjonstilhørigheten til norske leger, enn for tyske leger (Kirchhoff, 2012: 206). I begge utvalg var det en negativ korrelasjon mellom opplevd organisasjonstilhørighet og utdanningsbakgrunnen til avdelingsleder, hvis avdelingsleder hadde sykepleierfaglig bakgrunn. Det var imidlertid kun i det norske utvalget at denne sammenhengen var statistisk signifikant ($r = -0,203$, $p < 0,05$, $n =$

181). I samlet forklaringsmodell hadde avdelingsleders yrkesbakgrunn ingen signifikant betydning for å forklare organisasjonstilhørigheten til tysk og norsk utvalg.

De samlede resultater gir kun svak empirisk støtte for at ulik primærinstitusjonalisering kan ha betydning for undersøkte forhold. Funn som styrker en slik tilnærming, er at jeg fant forskjeller mellom utvalgene mht. hvilken betydning ledelseskontekster og stillingsplassering har. Analysen viser også at organisasjonstilhørigheten til tyske leger avtar jo lenger disse har vært ansatt på norske sykehus. Denne sammenhengen er ikke signifikant i det norske utvalget (se tabell 5).

Tabell 5. Samvariasjon mellom antall måneder/år leger har vært ansatt på samme sykehus og organisasjonstilhørighet. Tyske og norske sykehusleger (hele utvalget).

Nasjonalitet		Organisasjonsengasjement	
Norsk	Hvor lenge har du arbeidet på nåværende arbeidsplass?	Pearson	-.032
		Korrelasjon	
		Sig. (1-halet)	.299
		N	278
Tysk	Hvor lenge har du arbeidet på nåværende arbeidsplass?	Pearson	-.137**
		Korrelasjon	
		Sig. (1-halet)	.006
		N	331

** . Signifikans $p < 0,01$ (1-halet test).

Argumenter som svekker betydningen av ulik primærinstitusjonalisering, sett opp mot undersøkte fenomen, er at tyske leger opplever noe høyere organisasjonstilhørighet sammenlignet med kontrollgruppen. I tillegg har sykepleierbakgrunnen til avdelingsleder relativt større negativ betydning for organisasjonstilhørigheten til leger i kontrollgruppen enn for leger i eksperimentgruppen. Her kunne man forvente motsatt resultat, siden ledelse i Tyskland normalt utøves av ledere som selv er leger.

Videre viser resultatene at også lokale forhold (trekk ved arbeidsmiljøet på avdelingen) spiller inn, og som sammen med nevnte faktorer forklarer opplevd organisasjonstilhørighet.

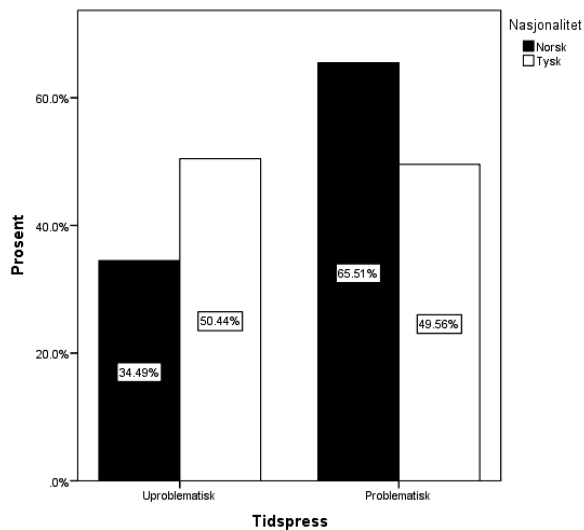
7.2 Psykososialt arbeidsmiljø

Det andre området som jeg har belyst er opplevelsen av psykososialt arbeidsmiljø. Begrepet brukes som en samlebetegnelse på mange forhold som har med arbeidsplassen å gjøre (Skogstad, 2000). Tolkningen og vektleggingen av slike forhold vil bl.a. være betinget av de erfaringer man har gjort seg i tidligere arbeidsliv og individuelle faktorer.

Funnene er publisert i tidsskriftet *Søkelys på arbeidslivet*, og der artikkelen har tittelen *Forskjeller i opplevelse av arbeidsmiljøet blant norske og tyske overleger* (Kirchhoff, 2010). Spørsmålet er om tyske og norske overleger har sammenfallende opplevelser av det psykososiale arbeidsmiljøet på norske sykehus. Kan evt. forskjeller mellom utvalgene tilskrives ulik primærinstitusjonalisering?

Mine funn viser at tyske overleger opplever mindre tidspress enn norske overleger, og at tidspress er den enkeltfaktoren som i begge utvalg oppleves som det største problemet (figur 3, s. 71). I artikkelen forklarer jeg funnet med at terskelen for å erkjenne tidspress som et problem kan være noe høyere i et tysk utvalg enn i et norsk legeutvalg, og at dette kan sees i sammenheng med det tyske utvalgets implisitte, maskuline verdipreferanser (Kirchhoff, 2010: 99). Slike verdipreferanser antas å være relativt stabile (G. Hofstede og Hofstede, 2005). Antakelsen styrkes ved at antall måneder/år legene har arbeidet i Norge har relativt lite betydning for hvordan legene opplever tidspress (Kirchhoff, 2010: 97). Et annet poeng er at norsk sykehussektor, til tross for omfattende reformer, er relativt velregulert når det gjelder hvordan legeprofesjonens arbeidstid er regulert og vernet i lovgivningen.

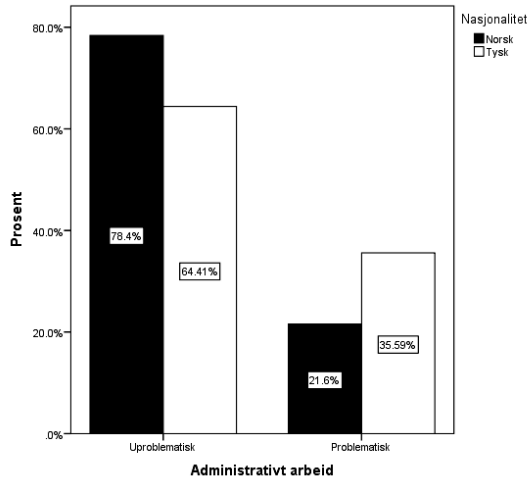
Figur 3 Opplevelsen av tidspress. Tysk legeutvalg (n=338) og norsk legeutvalg (n=287)



Tilsvarende har det ikke vært i Tyskland, og der en rekke studier viser til brudd på arbeidstidsbestemmelser og høy arbeidsbelastning blant sykehusleger (Kaiser, 2002; Janus m.fl., 2007; Laubach og Fischbeck, 2007; Judith Rosta og Aasland, 2011; Voltmer, Rosta, Siegrist og Aasland, 2011). Slik sett vil endringene i norsk sykehussektor kun delvis forklare hvorfor tyske sykehusleger opplever tidspress noe annerledes enn legene i det norske kontrollutvalget.

Videre fant jeg at tyske overleger opplever administrativt arbeid som et større problem enn norske overleger (figur 4).

Figur 4 Opplevelsen av administrativt arbeid. Tysk legeutvalg (n=338) og norsk legeutvalg (n=287).



I artikkelen tar jeg utgangspunkt i en rekke mulige forklaringer på funnet (språkferdigheter, legespesialitet og kjønn), men der jeg til slutt heller mot at ulike faglige tradisjoner innenfor enkelte legespesialiteter og legenes forventninger til legerollen, bør tillegges vekt (Kirchhoff, 2010: 100 - 101). Videre viser egne funn at varigheten på ansettelsesforholdet i Norge i liten grad endrer på legenes oppfatninger av nevnte forhold. Dette styrker antakelsen om at ulik primærinstitusjonalisering kan virke inn på tyske overleger og deres opplevelse av administrativt arbeid i Norge.

7.3 Faglighet

Det tredje området som jeg har belyst er faglighet. Faglighet belyses med utgangspunkt i et mikroperspektiv og et systemperspektiv. Mikroperspektivet tar utgangspunkt i normer og verdier som moralsk og juridisk forplikter profesjonsutøveren til å holde seg faglig oppdatert (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a). Systemperspektivet tar utgangspunkt i hvordan sykehusorganisasjoner legger til rette for at fagligheten lokalt understøttes strukturelt, f.eks. gjennom å sørge for at overleger kan ta utdanningspermisjon eller at sykehus har rutiner for å kontrollere at den nødvendige kompetansen blir kontinuerlig oppdatert og vedlikeholdt (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999c). I artikkelen *Et institusjonelt perspektiv på faglighet i tysk og norsk sykehussektor* (Kirchhoff, 2012), gir jeg en rekke eksempler på hvordan systemperspektivet på faglighet praktiseres på ulike vis innenfor en tysk og norsk kontekst. Samtidig beskriver jeg hvordan faglighet i sykehussektoren utfordres, fordi sykehus i begge land har større fokus på kostnadseffektivitet og målbare resultat. I artikkelen argumenterer jeg for at ulike kontekstuelle forhold i sum påvirker leger og deres institusjonalisering ulikt, og som kan manifestere seg i variasjoner i ulik orienteringsgrad til å holde seg faglig oppdatert.

Ved hjelp av multippel regresjonsanalyse viser jeg at flere faktorer kan forklare legers orienteringsgrad til å holde seg faglig oppdatert. Nasjonal erfaringsbakgrunn (nasjonalitet) er den variabelen som bidrar mest til å forklare målt fenomen i samlet forklaringsmodell (Kirchhoff, 2012: 16). I noe større grad enn legene i kontrollutvalget, gir tyske leger uttrykk for å holde seg faglig oppdatert (tabell 6). Forskjellen mellom legeutvalgene vises også når man gjør sammenligninger på tvers av kjønn. Tabell 7 viser at tyske mannlige og kvinnelige sykehusleger har noe høyere orienteringsgrad til å holde seg faglig oppdatert, sammenlignet med kontrollgruppen.

Tabell 6. T-test. Holder du deg faglig oppdatert i ditt arbeid? Tysk (n=340) og norsk legeutvalg (n=284).

Utvalg	Gjennomsnitt	Standardavvik	P-verdi	N
Tyske sykehusleger	4,27	,686	$p = 0,000^{**}$	340
Norske sykehusleger	4,02	,730		284

Skalaen går fra 1 – 5, der høye verdier er uttrykk for at leger bruker tid til å holde seg faglig oppdatert. Signifikans: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tabell 7. T-test. Holder du deg faglig oppdatert i ditt arbeid? Tysk og norsk legeutvalg. En sammenligning på tvers av kvinner/menn i utvalgene.

Utvalg	Gjennomsnitt	Standardavvik	P-verdi	N
Tyske, mannlige sykehusleger	4,28	,685	$p = 0,000^{**}$	212
Norske, mannlige sykehusleger	4,00	,786		163
Tyske, kvinnelige sykehusleger	4,25	,692	$p = 0,013^*$	126
Norske, kvinnelige sykehusleger	4,04	,651		121

Skalaen går fra 1 – 5, der høye verdier er uttrykk for at leger bruker tid til å holde seg faglig oppdatert. Signifikans: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Et annet forhold som jeg har undersøkt er hvorvidt varigheten på ansettelsesforholdet har betydning for legers orienteringsgrad til å holde seg faglig oppdatert. Tabell 8 viser at varigheten på ansettelsesforholdet har ingen markant sammenheng med undersøkte fenomen. Det er kun innenfor kontrollgruppen jeg finner en svak positiv sammenheng mellom undersøkte fenomen og varigheten på ansettelsesforholdet.

Tabell 8. Samvariasjon mellom antall måneder/år man har vært ansatt på samme arbeidsplass og spørsmålet Holder du deg faglig oppdatert i ditt arbeid?

Nasjonalitet			Holder du deg faglig oppdatert i ditt arbeid?
Tysk	Hvor lenge har du arbeidet på nåværende arbeidsplass?	Pearson Korrelasjon	0,039
		Sig. (1-halet test)	0,239
		N	337
Norsk	Hvor lenge har du arbeidet på nåværende arbeidsplass?	Pearson Korrelasjon	0,115
		Sig. (1-halet test)	0,028*
		N	277

Signifikans: *p<0,05, **p<0,01

Resultatene samlet sett gir empirisk støtte for at ulik primærinstitusjonalisering, sammen med andre faktorer det ble testet for, kan ha betydning for legers orienteringsgrad til å holde seg faglig oppdatert. Funnene som sådan bør ikke tolkes dit hen at tyske leger faktisk bruker mer tid til faglig oppdatering, sammenlignet med legene i kontrollutvalget. Det kan hende at leger i stor grad svarer i tråd med tatt-for-gitt forestillinger og forventninger som denne type spørsmål berører. Slik sett kan resultatene tolkes ut fra forklaringen om at det kan være noe mindre aksept for å erkjenne at egen faglig oppdatering er et forsømt område innenfor eksperimentgruppen, sammenlignet med kontrollgruppen.

8. Ny kunnskap?

James G. March (1991: 71) skiller mellom genuin kunnskap i betydningen av å oppdage noe helt nytt, og kunnskap som har som mål å utvikle, nyansere og forbedre eksisterende kunnskap. Jeg vil plassere mitt bidrag innenfor sistnevnte kategori. Begrunnelsen for det er at forskning allerede har frembrakt noe kunnskap om forskjeller mellom leger i ulike land. Fokuset har ofte vært på legers arbeidsforhold (Judith Rosta m.fl., 2009; Siegrist, Shackelton, Link m.fl., 2010; Judith Rosta og Aasland, 2011), holdninger til pasienten og involvering av pasienten i behandling av sykdom (Richter, Eisemann, Bauer m.fl., 2002; McKinlay, Link, Arber m.fl., 2006; Cartwright, Onwuteaka-Philipsen, Williams m.fl., 2007; Lutfey, Campbell, Renfrew m.fl., 2008; von dem Knesebeck, Bonte, Siegrist m.fl., 2008; von dem Knesebeck m.fl., 2010) og legenes holdninger til eget helsesystem (Blendon m.fl., 1993; Garson, Yong, Yock og McClellan, 2006). Også makroorienterte studier, der sykehussektoren er sammenlignet på tvers av land, viser til forskjeller når det gjelder reformer og strukturelle forhold (Byrkjeflot og Neby, 2005; Dent, 2005; Magnussen m.fl., 2009; Wendt, 2009).

Avhandlingen genererer ny kunnskap om en legegruppe som i 2008 representerte den antallmessig største gruppen utenlandske leger i Norge (Statistisk Sentralbyrå, 2008). Min forskning utfyller eksisterende kunnskap, og der tidligere studier har vist at utenlandsk utdannede leger ofte holdes utenfor arbeidslivet (Blair, 1994; Leon Jr, Ojeda, Mills Sr m.fl., 2008; Louis, Lalonde og Esses, 2010). Fokuset i slike studier har ofte vært konsentrert rundt implikasjonene som arbeidsmigrasjonen av leger har for avsenderland og mottakerland (Kangasniemi, Winters og Commander, 2007). Imidlertid finnes få studier som viser hvilke implikasjoner slik arbeidsmigrasjon har for migrerende leger, ut fra deres perspektiv. Aggregert kunnskap om innvandrerbefolkningen i Norge baserer seg generelt på ikke-vestlige arbeidsinnvandrere med relativ lav formell utdanning (Rambøll Management Consulting, 2009). Slik sett har man lite kunnskap om vestlige innvandrere med høy formell utdanning.

Empirien i avhandlingen støtter oppunder synet om at profesjonsutøvere kan sees som bærere av relativt varige institusjonelle logikker (R. W. Scott, 2008; Thornton m.fl., 2012). Det begrunnes med at jeg fant statistisk, signifikante forskjeller mellom eksperiment- og kontrollgruppen på undersøkte områder, samt at varigheten på ansettelsesforholdet i Norge hadde relativt lite betydning for undersøkte fenomen (Kirchhoff, 2010, 2011, 2012). Min forskning viser at slike forskjeller i svært få tilfeller betyr at migrerende leger opplever større utfordringer med å tilpasse seg endringer i sykehussektoren i landet de kommer til, sammenlignet med leger som tok sin utdanning i Norge.

Min empiri viser også at det i Tyskland og Norge, i perioden 1991 – 2008, har skjedd større endringer i institusjonelle logikker. Markedslogikken har fått større fotfeste i begge land, og slik sett utfordret og blandet seg med den profesjonelle logikken i sektoren. Analysen, ut fra gitte eksempler (jfr. kap. 6), viser variasjon mellom landene i innhold og virkemiddelbruk, tidspunktet for når reformer ble vedtatt, og i hvor stor grad slike endringer har berørt legeprofesjonen. Til tross for stor endring i begge land, viser funnene at legeprofesjonens faglige autonomi er mindre berørt av slike endringer i Tyskland sammenlignet med utviklingen i Norge.

I ettertid ser jeg at en kvalitativ, metodisk tilnærming (f.eks. intervju av tyske leger) kunne ha bidratt til å gi et mer utfyllende svar på mine forskningsspørsmål. Når dette sies så ligger det også i sakens natur at avhandlingen måtte avgrenses i forhold til den tid og de ressurser som jeg har hatt til rådighet.

9. Litteratur

- Aarseth, H. P. (2001) 'Hva vil vi med sykehusreformen?', *Tidsskrift for den norske Legeforening*, 121 (12): 1535.
- Aasland, O. G. (2012) 'Legers faglige yringsfrihet'.
- Aasland, O. G. og Rosta, J. (2011) 'Hvordan har overlegene det?', *Overlegen* (1): 51-59.
- Aasland, O. G. og Wiers-Jenssen, J. (2007) 'Har Oslo96-reformen hatt betydning for legers oppdatering og ferdighetsnivå?', *Tidsskrift for den norske Legeforening*, 127 (16): 2100-2104.
- Abbott, A. (1988) *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Alford, R. R. og Friedland, R. (1985) *Powers of theory : capitalism, the state, and democracy*. Cambridge Cambridgeshire ; New York: Cambridge University Press.
- Arbeids- og inkluderingsdepartement (2008) St.meld.nr. 18 (2007-2008). Arbeidsinnvandring. Oslo.
- Aubert, V. (1964) *Sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Augurzyk, B. og Scheuer, M. (2007) 'Outsourcing in the German Hospital Sector', *The Service Industries Journal*, 27 (3): 263-277.
- Bandelow, N. C. (1998) *Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen?* Opladen: Leske + Budrich Verlag.
- Bandelow, N. C. (2004) 'Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Korporatismus zum Pluralismus?', *Politische Bildung*, 37 (2): 49-63.
- Barth, S. og Jonitz, G. (2009) 'Ärztliche Führungskompetenz', *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103: 193-197.
- Becker, G., Kempf, D. E., Xander, C. J. m.fl. (2010) 'Four minutes for a patient, twenty seconds for a relative - an observational study at a university hospital', *Bmc Health Services Research*, 10: 9.
- Berg, L. N., Byrkjeflot, H. og Kvåle, G. (2010) 'Hybridledelse i sykehus : en gjennomgang av litteraturen', *Nordiske Organisasjonsstudier*, 12 (3): 30-49.

-
- Berg, O. (2006) *Fra politikk til økonomikk: den norske helsepolitiske utvikling det siste sekel, Tidsskriftets skriftserie*. Oslo: Tidsskrift for den norske legeforening.
- Berger, P. L. og Luckmann, T. (1967) *The social construction of reality*. 1. utgave. New York: Doubleday.
- Bertelsen, T. (1998) *De skapte legemangelen. Kampen mot utenlandsmedisinerne. En universitetspolitisk og profesjonspolitisk studie fra årene 1945-60*. Bergen: Alma Mater.
- Björnberg, A., Cebolla Garrofé, B. og Lindblad, S. (2009) Euro Health Consumer Index. Health Consumer Powerhouse AB.
- Blair, L. (1994) 'Foreign doctors - Wasted resources', *Canadian Family Physician*, 40: 831-&.
- Bleiklie, I. (2009) 'Norway: From Tortoise to Eager Beaver?', i Paradeise, C., Reale, E., Bleiklie, I. og Ferlie, E. (red.) *University Governance. Western European Comparative Perspectives*. Springer.
- Bleiklie, I. og Lange, S. (2010) 'Competition and Leadership as Drivers in German and Norwegian University Reforms', *Higher Education Policy*, 23: 173-193.
- Blendon, R. J., Donelan, K., Leitman, R. m.fl. (1993) 'Physicians perspectives on caring for patients in the United States, Canada and West-Germany', *New England Journal of Medicine*, 328 (14): 1011-1016.
- Blomberg, H. og Kroll, C. (1999) 'Do Structural Contexts Matter? Macro-Sociological Factor and Popular Attitudes Towards Public Welfare Services', *Acta Sociologica*, 42 (4): 319-335.
- Blum, K. og Müller, U. (2003) 'Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser.', *Das Krankenhaus*, 7: 544-548.
- Blümel, M., Fuchs, S. og Busse, R. (2012) Ressourcenverbrauch durch Verwaltung im deutschen Gesundheitssystem. Gutachten zur Vorlage bei der Bundesärztekammer. Berlin: Technische Universität Berlin.
- Bourdieu, P. og Nice, R. (1990) *The logic of practice*. Oxford: Polity Press.
- Braun, T., Rau, F. og Tuschen, K. H. (2008) 'Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz', i Klauber, J., Robra, B.-P.

-
- og Schellschmidt, H. (red.) *Krankenhaus - Report 2007* (s. 3-22). Stuttgart: Schattauer.
- Brown, L. D. og Amelung, V. E. (1999) 'Manacled competition': Market reforms in German health care', *Health Affairs*, 18 (3): 76-91.
- Bundesministerium der Gesundheit und Soziale Sicherung (2004) Gutachten zum "Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland". Hamburg.
- Bundesministeriums der Justiz (2011) *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung*. Bundesministeriums der Justiz 2011 [lasted ned 11.11 2011]. Hentet fra http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/index.html#BJNR024820988BJNE055001308.
- Bundesärztekammer (2007a) Curriculum Ärztliche Führung. Bundesärztekammer. Berlin.
- Bundesärztekammer (2007b) Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland. Folgen für die ärztliche Tätigkeit. Berlin: Bundesärztekammer.
- Bundesärztekammer (2009) Tätigkeitsbericht 2009 der Bundesärztekammer. Bundesärztekammer. Berlin.
- Bundesärztekammer (2011) Tätigkeitsbericht 2011 der Bundesärztekammer. Bundesärztekammer. Berlin.
- Bühler, G. (1999) *Medizinstudium und Studienreform in der SBZ und in der DDR (1945 - 1990)*. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag.
- Byrkjeflot, H. (1997) 'Institusjonelle forutsetninger for faglig og profesjonell ledelse - industriledelse i Tyskland og USA', i Byrkjeflot, H. (red.) *Fra styring til ledelse* (s. 85-122). Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.
- Byrkjeflot, H. og Angell, S. I. (2007) 'Dressing Up Hospitals as Enterprises? The Expansion and Managerialization of Communication in Norwegian Hospitals', i Kjær, P. og Slaata, T. (red.) *Mediating Business. The Expansion of Business Journalism*: Copenhagen Business School Press.
- Byrkjeflot, H. og Neby, S. (2004) The decentralized path challenged? : Nordic health care reforms in comparison. Bergen: Rokkansenteret.

-
- Byrkjeflot, H. og Neby, S. (2005) 'Norge i Norden: Fra etternøler til pioner i reformering av sykehussektoren', i Stigen, I. M. og Opedal, S. H. (red.) *Helse-Norge i støpeskjeen - søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Cain, B. E. (2001) 'Reform: Political', i Editors-in-Chief: Neil, J. S. og Paul, B. B. (red.) *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (s. 12888-12891). Oxford: Pergamon.
- Cartwright, C., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Williams, G. m.fl. (2007) 'Physician discussions with terminally ill patients: a cross-national comparison', *Palliative Medicine*, 21: 295-303.
- Deloitte AS (2008) Makroanalyse av bemanning og produktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste. En sammenligning av Norge, Danmark, Finland, Tyskland og Skottland. Oslo: Rapport på oppdrag for Arbeidsgiverforeningen Spekter.
- Dent, M. (2005) 'Post-New Public Management in public sector hospitals? The UK, Germany and Italy', *Policy and Politics*, 33 (4): 623-636.
- Der Bundestag (1999) Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000. Bundesministerium der Justiz.
- Der Bundestag (2012) *Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze*. Bundesministerium der Justiz 2001 [lasted ned 18.07 2012]. Hentet fra http://www.gesetze-im-internet.de/khg/_17b.html.
- Der Bundestag (2003) Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190).
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (2011) *Gesetzlicher Auftrag und Arbeitsweise*. Der Gemeinsame Bundesausschuss, 2004 [lasted 2011]. Hentet fra <http://www.g-ba.de/institution/auftrag/>.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (2009) Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -Psychotherapeuten im Krankenhaus. Bundesanzeiger 2009: Der Gemeinsame Bundesausschuss.

-
- Deutscher Bundestag (2012) *Koalitionsvereinbarungen und Koalitionsausschüsse*.
Deutscher Bundestag 2012 [lasted ned 18. april 2012]. Hentet fra
http://www.bundestag.de/dokumente/datenhandbuch/06/06_10/index.html.
- DiMaggio, P. J. og Powell, W. W. (1991) 'The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields', i Powell, W. W. og DiMaggio, P. J. (red.) *The New Institutionalism in Organizational Analysis* (s. 63-82). Chicago og London: The University of Chicago Press.
- Donabedian, A. (1966) 'Evaluating the Quality of Medical Care', *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3): 166-206.
- Durkheim, É. (2002) *Suicide: a study in sociology*. London: Routledge.
- Döhler, M. (1997) *Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich*. Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag.
- Erichsen, V. (1995) 'Health Care Reform in Norway: The End of the "Profession State"?', *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (3): 719-737.
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Expertenkommission Forschung und Innovation (2010) Das deutsche Forschungs- und Innovationssystem. In *Studien zum deutschen Innovationssystem*. Berlin: Expertenkommission Forschung und Innovation.
- Forum Gesundheitspolitik (2012) *Forum Gesundheitspolitik: Meilensteine der Gesundheitspolitik*. Forum Gesundheitspolitik 2012 [lasted ned 16.10.2012 2012]. Hentet fra <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/meilensteine/index.htm>.
- Freidson, E. (2001) *Professionalisme: The third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Friedland, R. og Alford, R. (1991) 'Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions', i Powell, W. W. og DiMaggio, P. (red.) *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Garcia-Perez, M. A., Amaya, C. og Otero, A. (2007) 'Physicians' migration in Europe: an overview of the current situation', *Bmc Health Services Research*, 7: 8.

-
- Garson, A., Yong, C. M., Yock, C. A. og McClellan, M. B. (2006) 'International differences in patient and physician perceptions of "high quality" healthcare: A model from pediatric cardiology', *American Journal of Cardiology*, 97 (7): 1073-1075.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2005) Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. Gemeinsamer Bundesausschuss.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006) Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Berlin: Robert Koch Institut. Statistisches Bundesamt.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012) *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Themenhefte/Schwerpunktberichte*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012 [lasted ned 18.06. 2012]. Hentet fra http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=&p_aid=&p_knoten=FI&p_sprache=D&p_suchstring=7126.
- Greenwood, R., Oliver, C., Sahlin, K. og Suddaby, R. (red.) (2008) *The SAGE handbook of organizational institutionalism* utgave. Los Angeles, London: SAGE.
- Grønmo, S. (2010) *Samfunnsvitenskapelige metoder*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Haave, P. (2011) 'Organisert legemakt på lånt tid', *Nytt norsk tidsskrift*, 28 (3): 252-262.
- Hall, P. A. og Taylor, R. C. R. (1996) 'Political Science and the Three New Institutionalisms*', *Political Studies*, 44 (5): 936-957.
- Hallett, T. og Ventresca, M. J. (2006) 'Inhabited Institutions: Social Interactions and Organizational Forms in Gouldner's "Patterns of Industrial Bureaucracy"', *Theory and Society*, 35 (2): 213-236.
- Hantrais, L. (1999) 'Contextualization in cross-national comparative research', *International Journal of Social Research Methodology*, 2 (2): 93 - 108.
- Haug, K. (2009) 'Verdens beste helsevesen?', i Haug, K., Kaarbøe, O. M. og Olsen, T. E. (red.) *Et helsevesen uten grenser?*: Cappelen Akademisk Forlag.

-
- Haug, K., Kaarbøe, O. M. og Olsen, T. (red.) (2009) *Et helsevesen uten grenser?* utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet *Lov om helsepersonell m.v.* Lovdata 1999a [lasted].
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999b) *Lov om pasientrettigheter.* In *1999.07.02 nr 063.*
- Helse- og omsorgsdepartementet *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Lovdata 1999c [lasted].
- Helse- og omsorgsdepartementet *Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).* Lovdata 2001 [lasted].
- Helse- og omsorgsdepartementet (2002) *Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.* In *FOR 2002-12-20 nr 1731:* Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse og omsorgsdepartementet (1996) *St.meld. nr. 44 (1995-96). Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering.*
- Helse og omsorgsdepartementet (2012) *Innsatsstyrt finansiering.* Helse og omsorgsdepartementet 1997a [lasted ned 6.3.2012 2012]. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/innsatsstyrt-finansiering.html?id=227811>.
- Helse og omsorgsdepartementet (1997b) *NOU 1997: 2. Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus.*
- Hippe, J. M. og Trygstad, S. C. (2012) *Ti år etter - Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus.* Oslo: Fafo.
- Hofstede, G. og Hofstede, G. J. (2005) *Culture and Organizations - Software of the Mind:* McGraw-Hill.
- Hood, C. (1995) 'The "New Public Management" in the 1980s: variations on a theme', *Accounting, Organizations and Society*, 20 (2/3): 93-109.
- Immergut, E. M. (1992) *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe.* New York: Cambridge University Press.
- Jacobsen, D. I. (2003) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskaplig metode.* 3. utgave: Høyskoleforlaget.

-
- Janus, K., Amelung, V. E., Gaitanides, M. og Schwartz, F. W. (2007) 'German physicians "on strike" - Shedding light on the roots of physician dissatisfaction', *Health Policy*, 82 (3): 357-365.
- Jepperson, R. L. (1991) 'Institutions, Institutional Effects and Institutionalism', i Powell, W. W. og DiMaggio, P. J. (red.) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Jepson, D. (2010) 'Is organisational leadership theory and discourse converging internationally? An examination of the German case', *Scandinavian Journal of Management*, 26 (1): 1-12.
- Jespersen, P. K. og Wrede, S. (2009) 'The changing autonomy of the Nordic medical professions', i Magnussen, J., Vrangbæk, K. og Saltman, R. B. (red.) *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Changes* (s. 151-179). Berkshire: Open University Press.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. og Kristoffersen, L. (2006) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 3 utgave. Oslo: Abstrakt forlag.
- Joumard, I., Hoeller, P., André, C. og Nicq, C. (2010) *Health Care Systems. Efficiency and Policy Settings* OECD.
- Jurkat, H. B., Raskin, K. og Cramer, M. (2006) 'German medical hierarchy: the ladder to quality of life?', *The Lancet*, 368 (9540): 985-986.
- Kaiser, R. H. (2002) *Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärzten im Krankenhaus. Eine empirische Untersuchung in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Kalseth, B., Anthun, K. S., Hope, Ø., Kittelsen, S. A. C. og Persson, B. A. (2011) *Spesialisthelsetjenesten i Norden*.
- Kangasniemi, M., Winters, L. A. og Commander, S. (2007) 'Is the medical brain drain beneficial? Evidence from overseas doctors in the UK', *Social Science & Medicine*, 65 (5): 915-923.
- Kastenholz, H. og Both, B. (2002) 'Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung aus Sicht des Bundesministerium für Gesundheit', *Bundesgesundheitsblatt*, 45 (3): 215-222.

-
- Katzenstein, P. J. (1987) *Policy and politics in West Germany : the growth of a semi-sovereign state, Policy and politics in industrial states*. Philadelphia: Temple University Press.
- Katzenstein, P. J., Green, S. og Paterson, W. E. (2005) *Conclusion: Semisovereignty in United Germany Governance in Contemporary Germany*: Cambridge University Press.
- Kirchhoff, R. (2010) 'Forskjeller i opplevelse av arbeidsmiljøet blant norske og tyske overleger', *Søkelys på arbeidslivet*, 27: 87-104.
- Kirchhoff, R. (2011) 'Tilhørighet til arbeidsplassen. En komparativ studie av tyske og norske sykehusleger i Norge', *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 52 (2): 181-210.
- Kirchhoff, R. (2012) Et institusjonelt perspektiv på faglighet i tysk og norsk sykehussektor. Upublisert vitenskaplig artikkel. Høgskolen i Ålesund.
- Kjekshus, L. E. (2009) 'Changing demands for institutional management', i Magnussen, J., Vrangbæk, K. og Saltman, R. B. (red.) *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Changes* (s. 274-293). Berkshire: Open University Press.
- Klinke, S. og Müller, R. (2008a) Auswirkungen der DRGs auf die Arbeitsbedingungen, das berufliche Selbstverständnis und die Versorgungsqualität aus Sicht hessischer Krankenhausärzte. In *ZeS-Arbeitspapier*. Bremen: Universität Bremen.
- Klinke, S. og Müller, R. (2008b) Auswirkungen der DRGs auf die Arbeitsbedingungen, das berufliche Selbstverständnis und die Versorgungsqualität aus Sicht hessischer Krankenhausärzte. In *ZeS-Arbeitspapiere*. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.
- Kopetsch, T. (2009) Arztlzahlentwicklung: Hohe Abwanderung ins Ausland – sehr geringe Arbeitslosigkeit. (16), <http://www.aerzteblatt.de/archiv/64237/>.
- Kuhn, T. S. (1996) *The structure of scientific revolutions*. 3. utgave. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Kunnskapsdepartementet (2011) NOU 2011: 6. Et åpnere forskningssystem. Oslo.
- Kvamme, E. (2008) 'Tysk medisin – fallet fra verdenstoppen sett gjennom Buchenwald-briller', *Michael Quarterly*, 5: 115-122.

-
- Kälble, K. (2005) 'Between professional autonomy and economic orientation - The medical profession in a changing health care system', *GMS Psycho-Social-Medicine*, 2: 1-13.
- Larsen, B. (2003) 'German organization and leadership theory—stable trends and flexible adaptation', *Scandinavian Journal of Management*, 19 (1): 103-133.
- Larson, M. S. (1977) *The rise of professionalism : a sociological analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Laubach, W. og Fischbeck, S. (2007) 'Job Satisfaction and the Work Situation of Physicians: a survey at a German University hospital', *International Journal of Public Health*, 52: 54-59.
- Leon Jr, L. R., Ojeda, H., Mills Sr, J. I. m.fl. (2008) 'The Journey of a Foreign-Trained Physician to a United States Residency: Controversies Surrounding the Impact of This Migration to the United States', *Journal of the American College of Surgeons*, 206 (1): 171-176.
- Lian, J. O. og Røttingen, J. (2002) 'Legen – homo economicus eller homo sociologicus?', *Tidsskrift for den norske Legeforening*, 17.
- Louis, W. R., Lalonde, R. N. og Esses, V. M. (2010) 'Bias against foreign-born or foreign-trained doctors: experimental evidence', *Medical Education*, 44 (12): 1241-1247.
- Lutfey, K. E., Campbell, S. M., Renfrew, M. R. m.fl. (2008) 'How are patient characteristics relevant for physicians' clinical decision making in diabetes? An analysis of qualitative results from a cross-national factorial experiment', *Social Science & Medicine*, 67 (9): 1391-1399.
- Lægreid, P., Opedal, S. og Stigen, I. M. (2005) 'The Norwegian Hospital Reform: Balancing Political Control and Enterprise Autonomy', *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30 (6): 1027-1064.
- Mache, S., Kloss, L., Heuser, I., Klapp, B. F. og Groneberg, D. A. (2011) 'Real time analysis of psychiatrists' workflow in German hospitals', *Nordic Journal of Psychiatry*, 65 (2): 112-116.

-
- Magnussen, J., Vrangbæk, K. og Saltman, R. B. (red.) (2009) *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Changes*. 1. utgave. Berkshire: Open University Press.
- March, J. G. (1991) 'Exploration and Exploitation in Organizational Learning', *Organization Science*, 2 (1): 71-87.
- March, J. G. og Olsen, J. P. (1989) *Rediscovering Institutions*. New York: Free Press.
- Mathieu, J. E. og Zajac, D. M. (1990) 'A Review and Meta-Analysis of the Antecedents, Correlates and Consequences of Organizational Commitment', *Psychological Bulletin*, 108 (2): 171 - 194.
- Mayntz, R. (1968) *Bürokratische Organisation*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Mayntz, R. og Scharpf, F. W. (1995) 'Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus', i Mayntz, R. og Scharpf, F. W. (red.) *Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren* (s. 39-72). Frankfurt am Main: Campus.
- McKinlay, J., Link, C., Arber, S. m.fl. (2006) 'How do doctors in different countries manage the same patient? Results of a factorial experiment', *Health Services Research*, 41 (6): 2182-2200.
- Mecklinger, L. (1998) *Zur Umsetzung der Gesundheitspolitik im Gesundheits- und Sozialwesen der DDR*. Berlin: Eigenverlag.
- Merton, R. K. (1957) *The Student Physician*. Edited by Kendall, P. L. Cambridge: Harvard University Press.
- Meyer, F. (2001) "*Dansken, svensken og nordmannen-*": *skandinaviske habitusforskjeller sett i lys av kulturmøtet med tyske flyktninger : en komparativ studie*. Oslo: Unipub forlaget.
- Meyer, J. W. og Rowan, B. (1977) 'Institutionalized Organizations: Formal Structures as Myth and Ceremony', *American Journal of Sociology*, 83: 340 - 363.
- Meyer, R. og Hammerschmid, G. (2006) 'Die Mikroperspektive des Neo-Institutionalismus. Konzeption und Rolle des Akteurs', i Senge, K. og Hellmann, K.-U. (red.) *Einführung in den Neo-Institutionalismus* (s. 160-171). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

-
- Mobley, L. R. og Magnussen, J. (1998) 'An international comparison of hospital efficiency: does institutional environment matter?', *Applied Economics*, 30 (8): 1089-1100.
- Märker, M. og Nordstrand, L. (2011) A Comparison of Hospital Management in Germany and Norway. In *COST STSM report: COST ISO903: Development of medical manager roles in European Health Systems*.
- Nikendei, C., Weyrich, P., Junger, J. og Schrauth, M. (2009) 'Medical education in Germany', *Medical Teacher*, 31 (7): 591-600.
- Norges Forskningsråd (2007) Resultatevaluering av sykehusreformen. Oslo: Norges Forskningsråd.
- Norsk Pasientskadeerstatning (2009) Statistikk for regionale helseforetak 2009.
- OECD (2008) *The Looming Crisis in the Health Workforce. How Can OECD Countries Respond?*, *OECD Health Policy Studies*: OECD.
- OECD (2010) OECD Health Data. OECD.
- OECD (2011) Health at a Glance 2011: OECD Indicators. OECD.
- Offe, C. (1971) 'Politische Herrschaft und Klassenstrukturen', i Kress, G. og Senghaas, D. (red.) *Politikwissenschaft* (s. 135-165). Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Oliver, C. (1992) 'The Antecedents of Deinstitutionalization', *Organization Studies*, 13 (4): 563-588.
- Opedal, S. H. og Stigen, I. M. (2005) *Helse-Norge i støpeskjeen: søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Parsons, T. (1951) *The social system*. Glencoe, Ill.: Free Press.
- Parsons, T. og Platt, G. M. (1973) *The American university*. Cambridge,: Harvard University Press.
- Pollitt, C. (2009) 'Pathologies of The Neo-liberal State: From Bureaucracy to Fragmentocracy', *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 25 (2): 160-182.
- Pollitt, C. og Bouckaert, G. (2004) *Public Management Reform. A Comparative Analysis*. 2 utgave. Oxford: Oxford University Press.
- Pollitt, C. og Bouckaert, G. (2011) *Public Management Reform: A Comparative Analysis - New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*. 3 utgave: Oxford University Press.

-
- Powell, W. W. og DiMaggio, P. J. (red.) (1991) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago og London: The University of Chicago Press.
- Ragin, C. C. (1987) *The comparative method: moving beyond qualitative and quantitative strategies*. Berkeley: University of California Press.
- Rambøll Management Consulting (2009) *Innvandrerens arbeidsforhold*. Oslo.
- Reay, T. og Hinings, C. R. (2009) 'Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics', *Organization Studies*, 30 (6): 629-652.
- Richter, J., Eisemann, M. og Zgonnikova, E. (2001) 'Doctors' authoritarianism in end-of-life treatment decisions. A comparison between Russia, Sweden and Germany', *Journal of Medical Ethics*, 27 (3): 186-191.
- Richter, J., Eisemann, M. R., Bauer, B., Kreibeck, H. og Åström, S. (2002) 'Decision-making in the treatment of elderly people: a cross-cultural comparison between Swedish and German physicians and nurses', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16 (2): 149-156.
- Rosenbrock, R. og Gerlinger, T. (2006) *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. 2. utgave. Bern: Verlag Hans Huber.
- Rosta, J. og Aasland, O. G. (2011) 'Work Hours and Self rated Health of Hospital Doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples', *Health Services Research*, 11 (40).
- Rosta, J., Nylenna, M. og Aasland, O. G. (2009) 'Job satisfaction among hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples', *Scandinavian Journal of Public Health*, 37: 503-508.
- SAMDATA (2012) *Private sykehus*. SAMDATA, Sintef 2008 [lasted ned 22.6. 2012]. Hentet fra <http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/Nokkeltall-for-spesialisthelsetjenesten-2008/Ressursutnyttelse/Somatikk/Private-sykehus/>.
- Sawicki, P. T. og Bastian, H. (2008) 'German health care: a bit of Bismarck plus more science', *BMJ*, 337.
- Scharpf, F. W. (1997) *Games Real Actors Play*. Boulder: Westview Press.

-
- Schimank, U. og Lange, S. (2009) 'Germany: A Latecomer to New Public Management', i Paradeise, C., Reale, E., Bleiklie, I. og Ferlie, E. (red.) *University Governance: West European Comparative Perspectives* (s. 51-75). Springer.
- Schrappe, M. (2009) 'Führung im Krankenhaus', *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103 (4): 198-204.
- Schreyögg, J., Stargardt, T., Tiemann, O. og Busse, R. (2006) 'Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries', *Health Care Management Science*, 9 (3): 215-223.
- Schuricht, C. (2007) *Deutsche Ärzte in Norwegen - Migrationsgründe deutscher Krankenhausärzte*, Geographisches Institut. Heidelberg: Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Scott, R. W. (2008) 'Lords of the Dance: Professionals as Institutional Agents', *Organization Studies*, 29 (2): 219-238.
- Scott, W. R. (1992) *Organizations : rational, natural, and open systems*. 3. utgave. Englewood Cliffs: Prentice-Hall International.
- Scott, W. R. (2001) *Institutions and organizations*. 2. utgave, *Foundations for organizational science*. Thousand Oaks, Calif.; London: Sage.
- Scott, W. R. (2008) *Institutions and organizations : ideas and interests*. Los Angeles ; London: Sage Publications.
- Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P. J. og Caronna, C. A. (2000) *Institutional Change and Healthcare Organizations - From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Senge, K. (2006) 'Zum Begriff der Institution im Neo-Institutionalismus', i Senge, K. og Hellman, K.-U. (red.) *Einführung in den Neo-Institutionalismus. Mit einem Beitrag von W. Richard Scott*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Siciliani, L. og Hurst, J. (2004) 'Explaining Waiting-time Variations for Elective Surgery across OECD Countries', *OECD Economic Studies*, 38 (1): 95-123.
- Siegrist, J., Shackelton, R., Link, C. m.fl. (2010) 'Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health care systems', *Social Science & Medicine*, 71 (2): 298-304.

-
- Simon, H. A. (1957) *Models of man : social and rational : mathematical essays on rational human behavior in a social setting*. New York ; London: John Wiley.
- Siversten, G. (2006) Bibliometrisk undersøkelse av forskningen i kliniske fag 2000-2005. Oslo: Norsk institutt for studier av forskning og utdanning.
- Skog, O.-J. (2007) *Å forklare sosiale fenomener*. 2. utgave utgave. Oslo: Gyldendahl Akademisk.
- Skogstad, A. (2000) 'Psykososiale faktorer i arbeidet.', i Einarsen, S. og Skogstad, A. (red.) *Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer*. (s. 15-34). Fagbokforlaget.
- Skogstad, A., Knardahl, S., Lindström, K. m.fl. (2001) QPSNordic - Generelt spørreskjema for psykologiske og sosiale faktorer i arbeid. In *STAMI-rapport*. Oslo: STAMI.
- Sosial- og helsedepartementet (2001a) Ot.prp. nr. 66 (2000 - 2001). Om lov om helseforetak m.m. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet (2001b) Sykehusreformen – noen eierperspektiv. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Specke, H. K. (2005) *Der Gesundheitsmarkt in Deutschland*. 3. utgave. Bern: Verlag Hans Huber.
- Stamsø, A. M. (2009) *Velferdsstaten i endring*. Edited by Stamsø, A. M. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Statens Helsetilsyn (2002) Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Oslo: Statens Helsetilsyn.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2010a) Grunddaten der Krankenhäuser. I *Gesundheit*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt Deutschland.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2010b) Prüfungen an Hochschulen. I *Bildung und Kultur*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt Deutschland.
- Statistisk Sentralbyrå *Sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning i helse- og sosialtjenester, etter fagutdanning og utenlandsk statsborgerskap*. Statistisk Sentralbyrå 2008 [lasted]. Hentet fra http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=05688.
- Statistisk Sentralbyrå (2011) Spesialisthelsetjenesten. Statistisk Sentralbyrå.

-
- Stone, D. A. (1991) 'German Unification: East Meets West in the Doctor's Office', *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 16 (2): 401-412.
- Stumpfögger, N. (2009) 'Wenn die Gründerzeit zu Ende geht', i Böhlke, N., Gerlinger, T., Mosebach, K., Schmucker, R. og Schulten, T. (red.) *Privatisierung von Krankenhäusern* (s. 199-219). Hamburg: VSA: Verlag Hamburg.
- Sørensen, B. A. (2004) "'Den invariante tilfredshet" - om måleparadokser i jobbtildfredsforskning', i Foss, C. og Ellefsen, B. (red.) *Helsetjenesteforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Taraldset, H. (2010) 'Utenlandske leger i Norge 2001 - 2010', *Fagtidsskriftet HMT*, 6: 16-19.
- The Council of The European Communities (2012) *Council Directive 93/16/EEC of 5 April 1993 to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications*. The Council of The European Communities 1993 [lasted ned 22.2. 2012]. Hentet fra http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=en&type_doc=Directive&an_doc=1993&nu_doc=16.
- The European Observatory on Health Systems and Policies (2011) *The European Observatory on Health Systems and Policies 2011* [lasted ned 15.11 2011]. Hentet fra <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory>.
- Thelen, K. (1999) 'Historical institutionalism in comparative politics', *Annual Review of Political Science*, 2: 369-404.
- Thornton, P. H. og Ocasio, W. (1999) 'Institutional Logics and the Historical Contingency of Power in Organizations: Executive Succession in the Higher Education Publishing Industry, 1958-1990', *American Journal of Sociology*, 105 (3): 801-843.
- Thornton, P. H. og Ocasio, W. (2008) 'Institutional Logics', i Greenwood, R., Oliver, C., Suddaby, R. og Sahlin-Andersson, K. (red.) *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism* (s. 99-129). Sage Publications.

-
- Thornton, P. H., Ocasio, W. og Lounsbury, M. (2012) *The Institutional Logics Perspective. A New Approach to Culture, Structure, and Process*. 1. utgave. Oxford: Oxford University Press.
- Torjesen, D. O. (2007) 'Kunnskap, profesjoner og ledelse', *Tidsskrift for samfunnsforskning* (2): 275-291.
- Townley, B. (1997) 'The Institutional Logic of Performance Appraisal', *Organization Studies*, 18 (2): 261-285.
- Tynes, T. og Sterud, T. (2009) Arbeidsmiljø blant innvandrere. I *STAMI-rapport*. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Voltmer, E., Rosta, J., Siegrist, J. og Aasland, O. (2011) 'Job stress and job satisfaction of physicians in private practice: comparison of German and Norwegian physicians', *International Archives of Occupational and Environmental Health*: 1-10.
- von dem Knesebeck, O., Bonte, M., Siegrist, J. m.fl. (2008) 'Country differences in the diagnosis and management of coronary heart disease - a comparison between the US, the UK and Germany', *Bmc Health Services Research*, 8: 7.
- von dem Knesebeck, O., Gerstenberger, E., Link, C. m.fl. (2010) 'Differences in the Diagnosis and Management of Type 2 Diabetes in 3 Countries (US, UK, and Germany) Results From a Factorial Experiment', *Medical Care*, 48 (4): 321-326.
- Walgenbach, P. og Meyer, R. (2008) *Neoinstitutionalistische Organisationstheorie*. Stuttgart: Verlag Kohlhammer.
- Wendt, C. (2009) *Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich*. 2. utgave. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wiers-Jensen, J. og Aasland, O. G. (2010) 'Selvvurderte ferdigheter blant norske leger utdannet i utlandet og i Norge', *Søkelys på arbeidslivet*, 26 (4): 364-378.
- Wiesenthal, H. (1981) *Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein Beispiel für Theorie und Politik des modernen Korporatismus*. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag.

-
- Wiig, O. og Gunnes, H. (2009) Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2008. Oslo: Norsk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.
- World Health Organization (2006) Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications. World Health Organization.
- Young, R., Weir, H. og Buchan, J. (2010) Health Professional Mobility in Europe and the UK: A Scoping Study of Issues and Evidence.
- Zucker, L. G. (1977) 'The Role of Institutionalization in Cultural Persistence', *American Sociological Review*, 42: 726-743.
- Zucker, L. G. (1991) 'The Role of Institutionalization in Cultural Persistence', i DiMaggio, P. og Powell, W. W. (red.) *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago ; London: University of Chicago Press.

